



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
FILOMENA MARIA DA COSTA PINHEIRO

A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NO PSF

FORTALEZA - CEARÁ

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
FILOMENA MARIA DA COSTA PINHEIRO

**A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NO PSF**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sílvia Maria Nóbrega -
Therrien

FORTALEZA - CEARÁ
2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Título do trabalho: A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NO PSF

Autora: Filomena Maria da Costa Pinheiro

Defesa: 04 /12 /2006

Conceito obtido: Satisfatório "com louvor"

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Sílvia Maria Nóbrega - Therrien
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Orientadora

Profª Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª Dra. Maria Irismar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

"Agora que apareceu esse novo jeito de viver a saúde, que as universidades tentassem formar profissionais para a população e não para dentro do consultório, que o profissional fosse treinado estagiando mais junto do povo, procurando ver a realidade, se integrando com eles sem ter medo de se expor". (Entrevistado 6).

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*In Memoriam*) querido, amado e respeitado, José Lúcio Costa, a minha espera todas as noites, mas que infelizmente não pode assistir à conclusão dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, com seu olhar atento e cuidadoso, sempre presente em todos os momentos da minha vida.

À minha família, pelo grande apoio e por aceitarem as minhas ausências e se esforçarem em compreendê-las.

À minha orientadora, Prof^ª. Dra. Sílvia Maria Nóbrega Thérien, que com grande dedicação, desde o primeiro momento, me conduziu pelos caminhos desta pesquisa, com suas valiosas orientações. Uma pessoa que aprendi a respeitar e admirar.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, cujos ensinamentos foram imprescindíveis para a formação acadêmica e a elaboração deste ensaio.

Aos colegas do Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da UECE, pela amizade, pelo companheirismo em compartilhar todos os momentos, alegres e difíceis dessa caminhada.

Às minhas amigas e companheiras de Mestrado, Maria Celestina S. Oliveira e Carla Mônica N. Pombo, pela oportunidade de tê-las conhecido e por terem compartilhado comigo tantos momentos diversos.

Aos funcionários do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Mairla e Maria, sempre tão prestativos para me ajudar.

À minha amiga, Prof^ª. Maria da Glória Almeida Martins, sempre luz no meu caminho.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro, para a realização deste estudo.

Aos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios investigados, Dra. Ana Paula Chaves Almeida (Quixeramobim), Michele Mota Matias (Choró) e Nathália Maria Moreira Campos (Quixadá), pela atenção e gentileza com que me receberam.

Aos funcionários da 8^a Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará, pela disponibilidade e colaboração na coleta de dados, junto a essa Instituição.

Aos sujeitos dessa pesquisa, os cirurgiões-dentistas, pela presteza de me concederem as entrevistas, sem o que não teria sido possível a realização deste estudo.

RESUMO

Este estudo sobre "A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF" teve por objetivo analisar a formação desse profissional para a atenção à promoção de saúde bucal no PSF nos Municípios de Quixadá, Quixeramobim e Choró, que fazem parte da 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará – CERES, com vistas a contribuir para a melhoria na formação e, conseqüentemente, na assistência prestada à população. Com essa intenção, procurou-se conhecer os projetos político-pedagógicos – PPP adotados para a formação do cirurgião-dentista nos cursos de graduação; relacionar a estrutura curricular anteriormente adotada nos cursos de graduação com as novas diretrizes curriculares propostas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB e identificar as mudanças ocorridas; caracterizar a formação recebida por estes cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde; verificar como são desenvolvidas por estes profissionais no PSF as atividades de promoção de saúde bucal; e identificar as dificuldades e avanços para desenvolver a promoção de saúde na atenção a saúde bucal sentidas por esse grupo. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória, documental e com abordagem qualitativa no tratamento dos dados. A unidade geográfica da investigação foi, por um lado, as instituições de ensino superior, com seus cursos de graduação e PPP dos cursos de odontologia e, por outro, os três municípios que fazem parte da 8ª CERES. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas que trabalham nas equipes de saúde bucal -ESB do PSF desses municípios e que realizaram a sua formação odontológica no Estado do Ceará. Na primeira fase deste estudo, foi realizada uma pesquisa documental junto aos cursos de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – UFC e Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Na segunda fase da investigação, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa, o questionário e a entrevista semi-estruturada. Trabalhou-se com 11 sujeitos significativos, cirurgiões-dentistas das ESB do PSF. Constatou-se que os cursos de Odontologia estudados estão realizando suas reformas curriculares procurando se adequar às novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Verificou-se na análise da documentação e no discurso dos sujeitos que a formação recebida na graduação se mostrou insuficiente para o trabalho no PSF, embora já possuam incorporada uma concepção de promoção de saúde, apesar da forte presença da ideologia curativista estabelecida na graduação. Com relação às atividades de promoção de saúde desenvolvidas no PSF, estas se restringem, predominantemente, às atividades de prevenção (nas escolas) e Educação em Saúde. As dificuldades indicadas para o trabalho de promoção de saúde foram: demanda excessiva por atendimento odontológico, formação insuficiente na graduação, questões culturais, falta de apoio dos gestores, falta de compromisso dos profissionais, dificuldades no trabalho em equipe e de trabalhar a intersectorialidade e as condições de saúde da população. Os avanços conseguidos na saúde bucal indicaram progressos na promoção de saúde, melhoria no acesso aos serviços odontológicos, a produção de vínculos e a melhoria nos níveis de saúde bucal.

Palavras-chave: Formação do cirurgião-dentista, Promoção de saúde, PSF.

ABSTRACT

This purpose about "The formation of dental surgeon and the promotion of oral health in the Family Health Program - PSF " had for objective to analyze that professional's formation for the attention to the promotion of oral health in PSF in the Municipalities of Quixadá, Quixeramobim and Choró, that are part of the 8th Regional Cell of Health of the State of Ceará - CERES, with views to contribute for the improvement in the formation and consequently, in the rendered attendance to the population. With that intention, it sought: to know the political and pedagogical project - PPP, that has been adopted for the formation of dental surgeon in the dentistry undergraduate courses; to relate the curriculum structure previously adopted in the undergraduate courses with the new curriculum guidelines proposed by Law of Guidelines and Basis of National Education - LDB and to identify the happened changes; to characterize the formation received by these dentists for the development of the work of promotion of health; to verify how they are being developed by these professionals in PSF the activities of promotion of oral health; and to identify the difficulties and progresses to develop the promotion of health in the attention the oral health felt by that group. It is a study of nature descriptive, exploratory, documental and with qualitative approach in the treatment of the data. The geographical unit of the investigation had at first, the higher education institutions, with your undergraduate courses and PPP of the dentistry courses and after, the three municipalities that do part of 8th CERES. The subject of the study were the dental surgeons that work in oral health team - ESB of PSF of those municipalities and that had carried professionals your dental formation in the State of Ceará. In the first phase of that study a documental research was carried the dentistry courses of the Universidade Federal do Ceará – UFC and Universidade de Fortaleza – UNIFOR, that are the two institutions that own courses of that nature in the State of Ceará. In the second phase of the research were used, two research instruments, the questionnaire and the semi-structured interview. We worked with 11 significant subjects, dental surgeons of ESB of PSF. It was verified that the dentistry courses studied are accomplishing your curriculum reforms trying to adapt the new National Curriculum Guidelines. We verified in the it analyzes of the documentation and in the discourse of the subjects, that the formation received in the graduation it was shown insufficient for the work in PSF, although they already possess incorporate a conception of promotion of health, so to strong presence of the ideology healing built in the graduation. With relationship to the activities of promotion of health developed in PSF, these limit, predominantly, the prevention activities (in the schools) and education in health. The suitable difficulties for the work of promotion of health were: disputes excessive for dental attendance, insufficient formation in the graduation, cultural subjects, lack of the managers' support, lack of the professional's commitment, difficulties in the work in team and of working the inter-sector and the conditions of health of the population. The progresses gotten in the oral health indicated progresses in the promotion of health, improvement in the access to the dental services, the production of entails and the improvement in the levels of the oral health.

Key-words: Formation of dental surgeon, Promotion of oral health, PSF.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1. O despertar pelo objeto de estudo e a contextualização do problema.....	13
2 ESTUDOS SOBRE FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA: O ESTADO DA QUESTÃO.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
3.1 Formação profissional do cirurgião-dentista: o caminho percorrido.....	30
3.2 Novos rumos para a educação do ensino superior de graduação na área da saúde.....	40
3.3 Promoção da saúde: definindo novos cenários na promoção de saúde bucal	48
3.4 PSF: espaço para concretização das práticas de promoção de saúde bucal..	58
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	69
4.1 Tipo de estudo.....	69
4.2 Campo de estudo.....	70
4.3 O caminho trilhado.....	81
4.4 Os sujeitos do estudo.....	83
4.5 A coleta de dados.....	83
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICES	157
Apêndice I Termo de consentimento livre e esclarecido	157
Apêndice II Roteiro para a entrevista com os cirurgiões-dentistas	158
Apêndice III Questionário de pesquisa para os cirurgiões-dentistas	159
ANEXOS	160
Anexo I Parecer CNE/CES 1300/01	160
Anexo II Estrutura curricular do curso de Odontologia da UNIFOR (1995-2004) .	186
Anexo III Estrutura curricular do curso de Odontologia da UNIFOR (a partir 2005)	189
Anexo IV Estrutura curricular do curso de Odontologia da UFC (1973-2004)	193
Anexo V Estrutura curricular do curso de Odontologia da UFC (a partir 2005)	196

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
CAIC	Centro de Atenção Integrada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-Dentista
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CERES	Célula Regional de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Centre National de La Recherche Scientifique
CODAS	Coordenadoria de Desenvolvimento e Atenção à Saúde
CROMG	Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais
CRUTAC	Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
DOU	Diário Oficial da União
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FECLESC	Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPEC/CCS	Núcleo de Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET	Programa Especial de Treinamento
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICENTRO	Fundação Universitária do Sertão Central
UNIFOR	Universidade de Fortaleza.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos sobre formação do cirurgião-dentista no Brasil no período de 1992 a 2005.....	25
Quadro 2 - Distribuição do número de equipes do PSF e de saúde bucal no Brasil e no Estado do Ceará em setembro de 2006.....	63
Quadro 3 - Distribuição dos municípios que compõem a 8ª CERES e sua população no ano de 2005.....	70
Quadro 4 - Indicadores de Saúde do Município de Quixeramobim em 2005.....	73
Quadro 5 - Indicadores de Saúde do Município de Quixadá em 2005.....	77
Quadro 6 - Indicadores de Saúde do Município de Choró em 2005.....	80
Quadro 7 - PPP – Missão do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/UNIFOR). Ano 2006.....	90
Quadro 8 - PPP – Princípios norteadores do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/UNIFOR). Ano 2006	91
Quadro 9 - PPP – Perfil Profissiográfico do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/UNIFOR). Ano 2006	93
Quadro 10 - PPP – Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia das instituições estudadas (UFC/UNIFOR). Ano 2006.....	96
Quadro 11 - PPP – Estrutura Curricular do Curso de Odontologia da UFC.....	108
Quadro 12 - PPP – Estrutura Curricular do Curso de Odontologia da UNIFOR..	109
Quadro 13 - Atividades desenvolvidas pelos CD entrevistados nos Municípios de Quixeramobim, Quixadá e Choró – Ceará em 2006.....	117

FIGURA

Figura 1 - Representação teórica da formação do cirurgião-dentista na promoção de saúde bucal no PSF 30

1 INTRODUÇÃO

1.1 O despertar pelo objeto de estudo e a contextualização do problema

Após 16 anos de experiência profissional em clínica odontológica particular, resolvi me atualizar e conhecer um pouco a área de saúde coletiva e esse objetivo me levou a fazer um curso de especialização em Saúde Pública. Essa experiência me proporcionou outra visão sobre a saúde, diferente do universo vivenciado até então. Verifiquei a dicotomia entre estas duas realidades, tanto no seu arcabouço teórico como também nas práticas vivenciadas nestes dois contextos com relação à saúde bucal.

Esse vivenciar na área de Saúde Pública me fez repensar no papel do profissional da odontologia e me levou a algumas reflexões: constatei que a formação acadêmica recebida na minha época não me preparou para o serviço público, mas sim para o trabalho em clínica. Esse abismo entre uma realidade de saúde pública e a qualificação elitista para a assistência na clínica fez surgir os primeiros questionamentos voltados para a formação profissional. Como se encontra atualmente a formação do cirurgião-dentista? Que mudanças ocorreram com vistas a contemplar essa realidade de saúde?

Para os docentes que estão preparando estes futuros profissionais também se dirigiram meus questionamentos: que saberes estão sendo veiculados por eles com relação a estas novas exigências? Será que estes docentes também já modificaram a sua ação docente diante desta nova realidade que se impõe? Estão conseguindo articular o conhecimento científico, o serviço e a participação social para a promoção de saúde da população?

Com o início da implantação das equipes de saúde bucal no ano de 2001, na cidade de Quixadá, Município no qual desenvolvo prática profissional, estes questionamentos se fizeram mais fortes e outros a estes se juntaram, uma vez que passei a observar todo o processo de implantação e funcionamento dessas equipes. Verifiquei que houve aumento no acesso aos serviços de atendimento odontológico pelo usuário do serviço público, mas que o modelo de atendimento continuava muito semelhante ao desenvolvido na clínica particular. Surgiu então mais um questionamento: como estão sendo preparadas estas equipes de saúde bucal,

integrantes do Programa de Saúde da Família - PSF para atuarem junto ao usuário do serviço público, e como são trabalhadas as atividades de promoção de saúde bucal, referencial maior desse Programa?

Compreendendo que o processo saúde-doença, é determinado pela existência de condições de trabalho, qualidade de moradia, alimentação e meio ambiente, possibilidades de lazer, autonomia e exercício da cidadania, ou seja, uma multiplicidade de variáveis extraodontológicas condiciona a existência ou não das doenças e influi no ritmo e na velocidade em que se expandem. Entendo também que o desenvolvimento econômico, a ideologia do Estado, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva, fazem parte íntima do processo saúde-doença (PINTO, 2000, p. 2). Bem assim, o aparato biomédico, por si só, não consegue modificar os condicionantes nem os determinantes desse processo, operando um modelo de atenção à saúde marcado, na maioria das vezes, pela centralidade dos sintomas.

Constato que, a partir desse entendimento, foi preciso criar outro modo de pensar e trilhar outros caminhos para garantir a saúde da população e que a promoção de saúde surge e se torna imprescindível para a melhoria na qualidade de saúde, fazendo parte do elenco das responsabilidades do Estado, reafirmada nos princípios e diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde - SUS. Há necessidade, portanto, diante do contexto exposto, de adequação da Odontologia a estes novos tempos, para preparar seus profissionais de acordo com as necessidades do cenário de saúde no Brasil, levando-os a se transformarem em agentes catalisadores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhoria dos níveis de saúde geral e de saúde bucal das comunidades por eles assistidas. Isto é exigência da realidade dos campos de trabalho odontológico.

Nesse sentido, a pesquisa pretende contribuir com uma pequena parcela nesse processo, quando busca analisar a formação do cirurgião-dentista para a atenção à promoção de saúde bucal no PSF nos Municípios de Quixeramobim, Quixadá e Choró, que fazem parte da 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará – CERES. E mais especificamente, tem como objetivos:

- conhecer os projetos político-pedagógicos - PPP adotados para a formação do cirurgião-dentista nos cursos de graduação;

- relacionar a estrutura curricular anteriormente assumida nos cursos de graduação com as novas diretrizes curriculares propostas pela LDB e identificar as mudanças ocorridas;
- caracterizar a formação recebida pelos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde;
- verificar como são desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSF as atividades de promoção de saúde bucal; e
- identificar as dificuldades e avanços para desenvolver a promoção de saúde na atenção à saúde bucal sentidas por esse grupo de profissionais.

Nesta perspectiva espera-se que esta pesquisa venha contribuir para a melhoria na formação dos cirurgiões-dentistas e, conseqüentemente, traga melhoria na assistência à saúde prestada à população, entendendo-se que, para isso, entre outros fatores, a universidade, a comunidade e o serviço devem ser parceiros e estar cada vez mais integrados em busca da qualidade de vida.

2 ESTUDOS SOBRE FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA: O ESTADO DA QUESTÃO

Só se vai conseguir um trabalho melhor tanto na odontologia, como na medicina, na enfermagem, quando a gente perceber a importância da prevenção, isso tem que ser trabalho com mais amor e esse amor tem que ser conquistado a partir da universidade. (Entrevistado 6).

A cárie ainda constitui imenso problema de saúde pública no mundo, sendo, seguramente, uma das doenças infecciosas de que mais padecem as pessoas. Mesmo em países centrais, apesar da diminuição da prevalência de cárie, esta situação ainda se faz presente, na medida em que 95% da população apresenta esta patologia, que é de alta prevalência também em países periféricos e em desenvolvimento. No Brasil, apesar das melhorias em saúde bucal, o quadro epidemiológico dessas doenças ainda é preocupante, pois nossas crianças e adolescentes continuam apresentando elevados índices de cárie (WEYNE, 1997, p. 6; MALTS, 2000, p.326).

A Odontologia brasileira para Garrafa (1993, p.54) carrega há vários anos uma contradição insustentável, pois, ao mesmo tempo em que é considerada uma das mais avançadas do mundo sob o ponto de vista técnico, constata-se na população do País um dos índices mais elevados de doenças bucais. O mesmo autor complementa essa análise ao referir que se trata,

[...] portanto, de uma odontologia tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência em expandir esta qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social frente as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados). (GARRAFA,1993,p.54).

As práticas de saúde, cuja a forma tradicional de ações curativas, de caráter individual, ainda hegemônica em nosso meio, mostram-se ineficazes para a resolução desses problemas. Neste contexto, a Odontologia nas últimas décadas é repensada, levando a mudança no paradigma de prática da profissão em vários países. A forma tradicional de tratamento centrada na doença está gradualmente cedendo espaço para outro tipo de atenção profissional, cuja ideologia é a prevenção das enfermidades e a promoção de saúde.

Pode-se refletir, com base nestas considerações, que este modelo de atenção de saúde bucal vigente até então na maioria das instituições de saúde bucal, pode ter suas raízes vinculadas em grande parte à formação desses profissionais, uma vez que essa formação é fundamentada ainda num modelo de ensino que valoriza mais as ciências básicas do que os aspectos de promoção e prevenção. Weyne (1997, p.14), sobre essa questão, comenta que

[...] aprendemos na faculdade que só estaríamos aptos a melhorar os níveis de saúde bucal das pessoas quando nos tornássemos capazes de fazer boas restaurações e refinadas próteses, além de dominar com proficiência as técnicas cirúrgicas, incluindo, naturalmente, um bom desempenho na extração de dentes. Éramos instruídos para ficar esperando o aparecimento dos "danos" na dentição – cavidades cariosas e bolsas periodontais – e só, a partir desse ponto então, iniciar o chamado tratamento curativo dessas lesões.

Sobre sua própria reflexão Weyne (1997, p.14) realiza uma constatação ao referir à idéia de que, "trabalhando sob a égide dessa filosofia, foi possível observar, tanto nos consultórios como nos serviços que, muitas vezes, ainda nem tínhamos acabado de tratar restauradoramente um quadrante da dentição do paciente e já estava voltando com mais cavidades cariosas". Nesse contexto da análise de Weyne (1997), esta forma de atenção odontológica, baseada exclusivamente em procedimentos operatórios, não se mostrou capaz de controlar as doenças bucais, e nem mesmo evitar que muitas pessoas assim tratadas perdessem todos ou quase todos os dentes na terceira idade.

Nas últimas décadas, muitos países começaram a perceber que os enormes volumes financeiros alocados para o tratamento das doenças cárie e periodontal não produziam resultados satisfatórios, apresentando pouco impacto epidemiológico, baixa cobertura e desigualdades no acesso. Começaram, então, a concentrar pesquisas nesta área, iniciando também estudos da estrutura educacional do curso de Odontologia.

Como o nosso objeto de investigação possui relação direta com a formação odontológica, conseqüentemente, com o curso de graduação de Odontologia e seus egressos, procuramos, com base nesses estudos, mapear o que foi produzido sobre esse tema. A intenção é identificar qual o atual "estado da questão" relativamente à formação odontológica, o que consideramos de grande importância para a contextualização da busca aqui proposta. Para Nóbrega-Therrien e Therrien (2004, p.7) o "estado da questão" tem como finalidade levar o pesquisador a registrar, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, como se

encontra o tema ou objeto de sua investigação no estado atual da ciência ao seu alcance [...], bem como deixar clara a contribuição pretendida pela pesquisa ao tema investigado e ao estudo como um todo.

Para melhor situar e caracterizar o objeto de investigação desta pesquisa mapeamos os estudos publicados na literatura nacional de 1992 a 2005¹ com relação a esse tema. Os artigos editados sobre formação odontológica² não são muitos, e, acreditamos, isso ocorre por ser um tema relativamente novo, ou por ser recente a preocupação com o mister do cirurgião-dentista, sendo tema mais abordado na última década no meio acadêmico, quando se iniciaram as modificações nos currículos dos cursos de Odontologia. Estes estudos serão a seguir apresentados.

Em 1992, uma análise realizada por Freitas e Nakayama (citada por Marsiglia, 1998, p.193) sobre o perfil dos alunos formados em Odontologia no Estado de São Paulo os levou a concluir que o perfil pretendido pelo currículo mínimo, implantado a partir de 1982, não foi alcançado, pois a maioria dos estudantes de Odontologia, oriundos das classes sociais de maior poder aquisitivo, demonstram pouca ou nenhuma preocupação com as responsabilidades sociais da profissão e revelavam forte tendência à especialização. Para esses autores, é, então, necessário, para que haja uma transformação na saúde bucal da população, que os profissionais e os responsáveis por sua formação compreendam a estrutura social, as bases da saúde coletiva e a inserção da Odontologia neste âmbito, além da compreensão das relações sociais e econômicas decorrentes da situação concreta da sociedade.

Estudo realizado por Freire *et al* (1995, p.15) com os acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, no período de 1993-94, para conhecer o perfil socioeconômico e cultural dos acadêmicos, revelou que o aluno busca na Odontologia um meio para sobreviver bem economicamente e objetiva na carreira ser especialista e trabalhar por conta própria, atendendo a população de alta renda. Concluíram, ainda, os autores que o desprezo desses

¹ O período utilizado para o levantamento foi dos últimos 14 anos, pelo fato de que foram encontradas poucas publicações sobre o tema nos últimos cinco anos, período sugerido para investigação.

² Foi realizada uma revisão bibliográfica nos artigos publicados nos seguintes periódicos: Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO, Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, Revista Divulgação em Saúde para Debate, Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo e Revista Brasileira em Promoção de Saúde (considerados predominantemente no sistema Qualis de categorias A e B nas publicações da área), dissertações de mestrado e mais buscas à base de dados *on line* da Bireme (SciELO, Lilacs e Medline), sobre o tema objeto dessa investigação.

acadêmicos pelo serviço público odontológico, considerado de baixa qualidade e resolubilidade, ficou bastante evidenciado e, mais ainda, constataram que nenhum acadêmico, dentre os pesquisados, pretende dedicar-se exclusivamente ao serviço público ou tenciona especializar-se na área de saúde pública, social e coletiva. A partir destas constatações, entendem que o perfil deste acadêmico de Odontologia é preocupante e que estes recursos humanos estão sendo formados dentro de uma universidade pública, mantida com o dinheiro do povo e sem um compromisso para com a sociedade, e questionando, então, o papel da universidade frente ao acadêmico que ingressa nos cursos de Odontologia. Referem ainda os autores que as

[...] análises curriculares realizadas nas últimas décadas revelam que o atual modelo de ensino odontológico configurado na maioria das faculdades de odontologia brasileiras vem de encontro às expectativas dos acadêmicos, além de não alterarem os modelos tradicionais de prática e não contribuirão para a melhoria do grave quadro de saúde bucal da população. (FREIRE et al, 1995, p. 15).

Marcelino (2000), em estudo sobre avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões-dentistas do Município de Araçatuba-SP, ante os avanços ocorridos na Odontologia, então, às vésperas do século XXI, concluiu que eles consideram necessário que as universidades integrem o ensino aos problemas da população, cumprindo de fato o seu papel social, e julga necessário também que os cirurgiões-dentistas tenham habilidades para aplicar princípios biológicos, técnico-científicos e éticos na promoção da saúde bucal e na solução dos problemas causados pelas doenças bucais mais prevalentes.

Zoletti e Giongo (2001) em análise qualitativa sobre a opinião dos alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ com relação ao papel do cirurgião-dentista na sociedade, entrevistaram alunos do primeiro ao oitavo semestres, que alegaram, quando questionados sobre suas atuações sociais na Odontologia, falta de tempo – em função da carga horária acadêmica - falta de oportunidade e de capacitação adequada para trabalhar com a sociedade. Já os que realizaram tais trabalhos relataram ótimos resultados, tanto na forma de aceitação quanto na melhoria na saúde. Os autores do estudo concluíram ser importante que o cirurgião-dentista convença a sociedade sobre o seu papel humano, social e científico, promovendo a saúde e, assim, apagando a imagem de tecnicista e que a falta de tempo e de oportunidade dos acadêmicos para

desenvolverem trabalhos sociais são conseqüências do atual método de ensino desenvolvido nas faculdades de Odontologia.

Unfer e Saliba (2001) publicaram, em 2001, um estudo realizado com os cirurgiões-dentistas que exercem atividades junto às unidades sanitárias da zona urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. Esse trabalho teve como objetivo identificar e analisar as principais características dessa tarefa odontológica, relacionadas à formação no curso de graduação. Como resultados, a investigação demonstrou que o trabalho odontológico se caracteriza pela carência de recursos materiais, sendo que as principais deficiências da formação na graduação referem-se ao distanciamento entre o ensino e a realidade socioeconômica e cultural da população. Para o trabalho em saúde pública, evidenciaram falhas no aprendizado, principalmente na área de ciências sociais e na disciplina Odontologia Social. Os entrevistados reforçam estes resultados, quando assinalam que a formação do cirurgião-dentista deveria contemplar experiências de aprendizado em ambiente extramural e levar em consideração o contexto socioeconômico e cultural da população para a capacitação dos futuros profissionais ao trabalho em serviço público.

Esse estudo concluiu que o preparo universitário de cirurgiões-dentistas deveria contemplar atividades de integração ensino-serviço como um processo institucional e contextualizado na sociedade, julgando necessário que as universidades saiam de seu enclausuramento e realizem atividades de ensino-aprendizagem por meio do sistema de saúde. Concluiu também que o trabalho odontológico se caracteriza pela deficiência de recursos materiais, como medicamentos, equipamentos e instrumentais, indicando que as ações odontológicas são predominantemente dirigidas à doença e dependentes tecnologicamente.

Nesse mesmo ano, Frazão e Schneider Filho (2001) realizaram um ensaio com o objetivo de avaliar o estágio curricular de Odontologia em saúde coletiva, realizado em 14 Unidades Básicas de Saúde - UBS da Secretaria Municipal da Saúde de Diadema - SP, pelos estudantes matriculados na disciplina Odontologia Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo. Foram considerados três aspectos para as análises: a contribuição proporcionada pelo número de pessoas assistidas nas atividades

realizadas pelos estagiários, as características dos projetos educativos desenvolvidos e a opinião deles sobre a vivência. A metodologia utilizada foi uma pesquisa-ação, no período de 1997 a 1998. Os resultados apontaram que mais de 90% do tempo do estágio foi gasto com atividades práticas realizadas nas UBS e em espaços sociais adstritos às UBS. O número médio de pessoas beneficiadas variou de 198,2 a 503,6 nestes espaços e de 12,9 a 24,7 nas UBS. Constataram que os projetos educativos atenderam as características técnico-pedagógicas requeridas e contribuíram para os esforços desenvolvidos na promoção de saúde. O relato dos estudantes mostrou que a experiência contribuiu para a sua formação, permitindo a reflexão sobre diferentes aspectos da organização e dinâmica de um sistema local de saúde. Os autores discutiram ainda a importância dos processos de cooperação interinstitucional para que as agências de formação, de fomento à pesquisa e de prestação de serviços de saúde criem as condições necessárias e cumpram o papel de produzir e difundir métodos tecnológicos que imprimam maior acessibilidade e eficácia epidemiológica e social aos recursos odontológicos disponíveis.

Em 2002, Paula e Bezerra (2003, p.7) realizaram um estudo sobre a estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil, no qual analisaram 89 currículos provenientes de quase todos os estados brasileiros e do Distrito Federal que oferecem cursos de graduação em Odontologia, com exceção o Estado de Tocantins, onde os cursos foram implantados no ano de 2003. A amostra representou 52,35% dos 170 cursos de Odontologia no Brasil em 2003. Esses autores observaram que os currículos expressam uma gama de variações na composição das respectivas cargas horárias. São pontos pacíficos, no entanto, o proeminente tratamento dado à formação técnica e a separação entre as áreas de formação básica e profissionalizante nos currículos formalmente estruturados. Concluíram que o tratamento dispensado às áreas de formação em Saúde Coletiva e em Ética e Cidadania é bastante díspar, dependente do perfil que cada curso pretenda dar ao seu alunado. Verificaram também que a introdução de novas áreas do conhecimento é incipiente, o que denota a ausência de atenção destinada ao tema por parte da administração dos cursos. Consideram ficar patente a necessidade de reorientação para a correspondente adequação dos cursos às novas diretrizes curriculares.

Péret e Lima (2003), em um exame das diretrizes nacionais e internacionais sobre a pesquisa científica e sua influência na formação dos docentes

de Odontologia, mapearam o conteúdo dos documentos do Banco Mundial, da UNESCO, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9394/96 e do Plano Nacional de Educação 2001-2010, que revelou a ocorrência de estratégias e políticas para a educação superior voltadas para o setor produtivo e para a mercantilização do ensino. Discutem os autores, no estudo, que esse caráter mercantilista conferido à pesquisa, na perspectiva neoliberal, traz preocupações no tocante à formação do docente de Odontologia, pois a formação desse professor acontece, por excelência, na pós-graduação, quando são produzidas as pesquisas nas universidades. Assim, ainda para os autores, o desenvolvimento das pesquisas sob o enfoque mercantilista poderá estar reforçando o modelo conservador de formação, ou seja, o flexneriano, com ênfase no tecnicismo e voltado ao interesse privado, distanciando-se do social. Comentam ainda que a grande valorização da pesquisa como fonte geradora de tecnologia e, conseqüentemente, de crescimento econômico, pode estar afastando o desenvolvimento de outros tipos de investigação sobre os cursos de pós-graduação, como a pesquisa pedagógica ou do docente, que propicia a formação de profissionais críticos, reflexivos, com amplo conhecimento pedagógico e político, para que possam contribuir com o desenvolvimento social mais democrático e igualitário em oportunidades para os cidadãos brasileiros.

Em Londrina, no ano de 2003, Melo (2004) realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de Odontologia do Estado do Paraná. Esse estudo apontou para a necessidade de haver uma reformulação também das pós-graduações, de modo a subsidiar os docentes universitários às novas práticas de ensino que requeridas pelas diretrizes. Destacou também o autor as dificuldades encontradas durante as discussões no interior dos cursos, que reforçam as relações de poder que nas Instituições de Ensino Superior – IES no Brasil. Concluiu, também, que as IES, formadoras de recursos humanos em Odontologia e demais áreas da saúde, não devem restringir seu papel social ao atendimento às demandas por serviços de saúde no seu interior e sim estendê-lo para fora dele.

Matos (2003), em ensaio acerca da "Promoção de saúde: a percepção dos docentes de um curso de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais", obteve como resultado, com relação ao processo ensino-aprendizagem, o fato de que os professores tem claro que a função docente transcende a mera formação técnica, que sua missão é formar cidadãos e, para que de fato os

profissionais egressos do curso de Odontologia vivenciem práticas orientadas para a promoção de saúde, novos espaços pedagógicos deverão ser agregados ao cotidiano de ensino odontológico.

Funk *et al* (2004) realizaram um trabalho em que avaliaram o perfil do cirurgião-dentista formado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo-RS, no período de 1965 a 1999. Foi utilizado no estudo um questionário para a coleta de dados, de cujo total de 1.117 questionários enviados, os autores obtiveram um retorno de 309, o que corresponde a 27,7%. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais atua no Estado do Rio Grande do Sul e consideram necessário o aperfeiçoamento profissional. Sentem-se satisfeitos com a prática da Odontologia, mas deixam transparecer a insatisfação com os aspectos financeiros da profissão. Constataram os autores que os cirurgiões-dentistas necessitam ampliar sua visão de atenção à saúde, percebendo o paciente como um ser integral, posto em um âmbito biológico, social, econômico e cultural, pois, durante o curso de graduação, para os entrevistados, o conteúdo da abordagem teórica e prática das ciências biológicas básicas foi considerado bom, mas as atividades comunitárias, os programas de promoção de saúde e as ações de integração com outras áreas da saúde foram havidos como insuficientes.

Secco e Pereira (2004), neste mesmo ano, publicaram uma pesquisa que investigou as concepções de qualidade de ensino de treze coordenadores de curso de graduação das faculdades de Odontologia do Estado de São Paulo, que também possuem cursos de pós-graduação *stricto sensu*, com a finalidade de apontar tendências e contradições relativas às dimensões político-estruturais, curriculares e pedagógicas da profissão. A análise desses dados buscou identificar elementos que pudessem interferir na formação docente. Os dados foram coletados entre setembro de 2001 e abril de 2003. Os resultados da pesquisa apontam, no plano político-estrutural, para a crise da Odontologia, seja pelo número de escolas no País, seja pela exaustão do modelo de atendimento, individual e elitista, seja pelo dilema ético dos profissionais que se colocam entre os convênios odontológicos e os custos dos consultórios; no plano curricular apontam para a valorização das condições materiais, da titulação acadêmica e dos processos de avaliação. Com algumas contradições em relação à defesa da formação generalista mostram contradições evidentes no plano pedagógico (em relação aos métodos de ensino-aprendizagem e participação do aluno). Concluíram os autores que um projeto político-pedagógico

realizável cria espaço para mudanças nos currículos das escolas de Odontologia e acentua os desafios em termos de orientações pedagógicas e competências da função docente.

Em 2005, Péret e Lima (2005) publicaram mais um estudo, que teve como objetivo analisar os critérios da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) para a área de Odontologia com relação às diretrizes referentes à pesquisa e sua influência na formação docente em Odontologia, buscando identificar os limites e as possibilidades para o desenvolvimento de uma formação docente crítica e voltada para o social. Os resultados apresentados nesse estudo, realizado por meio da análise de documentos e pela técnica da análise de conteúdo, apontaram para a existência de barreiras para o desenvolvimento da formação do professor de Odontologia comprometida, mais uma vez, com as questões sociais e, conseqüentemente, na perspectiva crítica. Consideram que isto pode ocorrer, visto que a pós-graduação é influenciada pelo modelo produtivista de avaliação. Ressaltam, no entanto, a existência da possibilidade de transpor estes obstáculos mediante a incorporação da pesquisa educativa (pedagógica), por meio da articulação entre o ensino e pesquisa.

Ainda no ano de 2005, Facó *et al* (2005) publicaram um estudo realizado em agosto de 2003, em dez municípios pertencentes à Microrregional de Saúde II³, no Estado do Ceará. Foi utilizada uma abordagem metodológica quantitativa, do tipo transversal-descritivo, tendo sido entrevistados 18 profissionais cirurgiões-dentistas desses municípios, inseridos no PSF. Essa pesquisa objetivou analisar o perfil do cirurgião-dentista no PSF, levando em consideração aspectos importantes, como o tipo de trabalho desenvolvido e a satisfação dos profissionais em fazê-lo, a motivação dos dentistas neste programa e a sua qualificação profissional. Com relação a este último aspecto, concluíram que a formação acadêmica deixa a desejar, quando se fala em saúde coletiva, levando os seus operadores a sentirem dificuldades na adaptação com o tipo de serviço proposto pelo PSF. Consideram a inadequação na formação de recursos humanos para o setor público na área odontológica, e como imperativa a necessidade de sua reorientação às necessidades da sociedade brasileira. Finalizam, expressando que a universidade, que constitui o centro formador por excelência de recursos humanos odontológicos,

³ A Microrregional de Saúde II é um espaço territorial composto pelos Municípios de Caucaia, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu, Itapajé, Umirim, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, Apuiarés e General Sampaio.

não proporciona elementos técnicos que permitam aos estudantes a compreensão das realidades sociais da profissão, graduando-os de forma despreparada para enfrentar o exercício profissional.

A presente dissertação propõe-se também estudar a formação do cirurgião-dentista, entretanto, vai mais além, quando se dispõe a examinar essa preparação acadêmica vinculada à atenção à promoção de saúde bucal no PSF.

Os estudos mapeados e aqui registrados evidenciam o caminho de uma formação diante das necessidades de uma população de país em desenvolvimento, com vasto território e carências sociais para serem atendidas. Esse estado da questão de estudos sobre formação relativos à realidade brasileira, nos permitem mostrar que a pesquisa em foco, não se limitará a verificar somente a formação do cirurgião-dentista, mas pretendemos articular essa formação na promoção de saúde bucal e a promoção de saúde ao processo de trabalho do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família.

O mapeamento de outros estudos no campo deste, oferece um terreno seguro para pesquisa, pois, ao contextualizar o nosso objeto nesse cenário científico, ele expõe a dimensão da produção do conhecimento nessa área, subsidiando a nossa investigação e evidenciando sua contribuição para a ciência.

Para promover melhor visualização e entendimento dos estudos publicados sobre formação do cirurgião-dentista elaboramos o Quadro 1, onde agrupamos as informações levantadas em categorias de identificação, o que permite maior compreensão e contribuição às questões desta pesquisa.

QUADRO 1 – Estudos sobre formação do cirurgião-dentista no Brasil, no período de 1992 a 2005.

AUTORES-FONTES	ANO/PUBLICAÇÃO	LOCAL	SUJEITOS	OBJETIVOS	CONCLUSÕES
FREITAS e NAKAYAMA	1992	Estado de São Paulo	Alunos formados em Odontologia	Traçar o perfil dos alunos formados.	- pouca preocupação com a realidade social da profissão; -tendência à especialização
FREIRE et al	1995	Estado do Goiás	Alunos da UFGoiás	Conhecer o perfil socioeconômico e cultural.	-desprezo pelo serviço público; -ser especialista; -sobreviver bem; economicamente -trabalhar por conta própria.

MARCELINO	2000	Araçatuba-SP	Cirurgiões-dentistas	Avaliação do perfil profissional e percepção social do C.D.	-Necessidade da integração do ensino-população
ZOLETTI e GIONGO	2001	Rio de Janeiro	Acadêmicos da UFRJ	Atuação social da Odontologia	-importância de convencer a população do papel humano, social e científico do C.D.; -a falta de tempo e de oportunidade dos acadêmicos são conseqüências do atual método de ensino.
UNFER e SALIBA	2001	Santa Maria - RS	Cirurgiões-dentistas	Identificar e analisar características do trabalho odontológico relacionado à formação	-carências de recursos materiais; -distanciamento entre ensino e realidade sócio-econômica e cultural; -contemplação de atividades de integração ensino-serviço.
FRAZAO e SCHNEIDER FILHO	2001	Diadema-SP	Acadêmicos	Avaliar o estágio curricular em saúde coletiva	-importância da cooperação inter-institucional das agências de formação; -importância da experiência do estágio.
PAULA e BEZERRA	2003	Brasil, com exceção do Estado Tocantins	Currículos dos cursos de graduação	Estudo sobre a estrutura curricular	-Variação na composição curricular; -proeminente formação técnica; -separação entre a formação básica e profissionalizante; -disparidade no tratamento dado às áreas de saúde coletiva; -necessidade de adequação as novas diretrizes.
PERÉT e LIMA	2003	Brasil	Diretrizes Nacionais e Internacionais	Análise da influência das diretrizes nacionais e internacionais sobre a pesquisa científica e a influência na formação dos docentes.	-mercantilização do ensino; -ênfase da pesquisa como fonte geradora de tecnologia e crescimento econômico poderá afastar a pesquisa pedagógica.
MELO	2003	Londrina- PR	Cursos de Odontologia do Estado do Paraná	Identificar o processo de implantação das DCN nos cursos de Odontologia do Est. do Paraná.	-reformulação da pós-graduação (<i>stricto sensu</i>); -IES não devem restringir o seu papel social dentro da instituição, mas fora dele.

MATOS	2003	Minas Gerais	Docentes do curso da UFMG	Promoção de saúde: percepção do docente	-função docente transcende a mera formação técnica; -novos espaços pedagógicos devem ser agregados.
FUNK et al	2004	Estado do Rio Grande do Sul	Cirurgiões-dentistas	Avaliação do perfil do C.D. formado pela Universidade.	-necessidade de ampliar sua visão de atenção à saúde; -os C.D. consideram a necessidade de aperfeiçoamento profissional; -insuficiência nos programas de promoção de saúde e de integração com outras áreas.
SECCO e PEREIRA	2004	Estado de São Paulo	Coordenadores do curso de Odontologia	Apontar tendências e contradições relativas às dimensões político-estruturais, curriculares e pedagógicas da profissão.	-a transformação da crise em um projeto político-pedagógico realizável cria espaço para mudanças nos currículos e acentua os desafios em termos de orientações pedagógicas e competências da função.
PERÉT e LIMA	2005	Brasil	Crítérios da CAPES.	Identificar limites e possibilidades para o desenvolvimento de uma formação crítica e voltada para o social.	- existência de barreiras para a formação do professor voltada para as questões sociais.
FACÓ et al	2005	Ceará	Cirurgiões-dentistas	Analisar o perfil do cirurgião-dentista no PSF	-inadequação na formação de recursos humanos para o setor público na área Odontológica.

Conforme evidenciados neste quadro, a maioria dos estudos está concentrada nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e observa-se que grande parte, em suas conclusões, revela a necessidade de mudanças na formação do cirurgião-dentista, apontando a necessidade de mudanças curriculares e o ensino voltado para as necessidades sociais, bem como a integração ensino-serviço.

Visualiza-se, pois, nesse *estado da questão*, que, de 1992 a 2005 a tendência de caminho – formação predominantemente elitista para preocupação com o social e a promoção da saúde – é um *continuum*, que consideramos haver sido reforçado não só pela constatação de necessidade da realidade brasileira, mas também, concretamente, pela LDB/96, que culminou com as Diretrizes Curriculares

dos Cursos, e neles o de Odontologia, em 2001, bem como a própria realidade da inclusão dos cirurgiões-dentistas no PSF. Pensamos que essa sinergia de acontecimentos configura esse caminho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

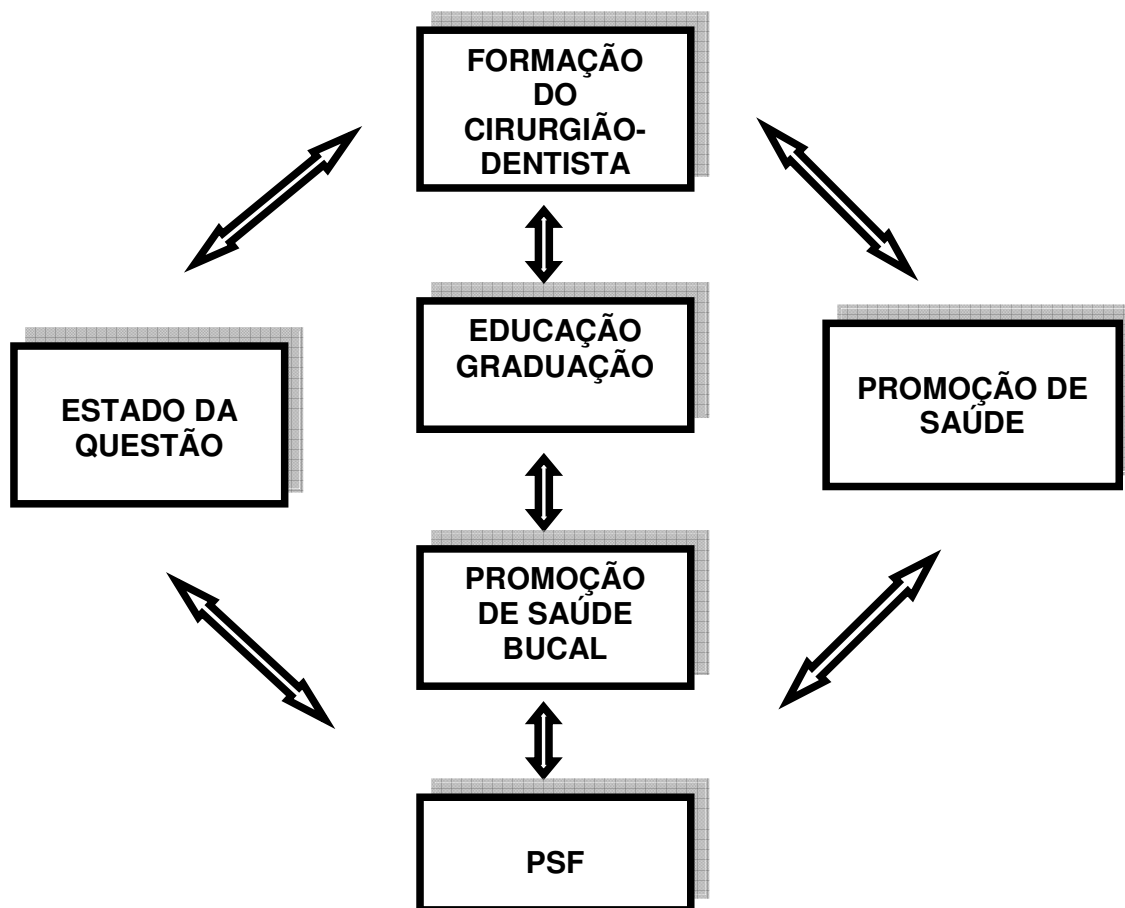
O meu trabalho é mais ambulatório, eu acho que não leva a nada, não adianta você só ta curando, se você não está prevenindo... eu acho que eu trabalho assim naquela coisa de uma roda, uma roda que vai e volta, é a doença que vai e volta... (Entrevistado 7).

O conhecimento do "estado da questão" do tema aqui pesquisado foi de grande importância para situarmos o objeto desta busca relativamente à produção do saber atual. Nesse sentido, o quadro de argumentação teórica foi constituído para promover melhor entendimento da amplitude do objeto deste estudo.

A estrutura foi montada a partir de uma contextualização sobre o assunto, cuja temática foi distribuída em quatro capítulos. O primeiro recupera um pouco o caminho percorrido pela formação do cirurgião-dentista até os dias atuais, para evidenciar as raízes da formação desse profissional (Formação profissional do cirurgião-dentista: o caminho percorrido). No segundo módulo contextualizamos os rumos do ensino superior brasileiro, para conhecermos o modelo acadêmico do ensino superior da graduação na área da saúde, as reformas curriculares e projetos político-pedagógicos. (Novos rumos para a educação do ensino superior de graduação na área da saúde), abordando a seguir, no terceiro segmento, a promoção da saúde na promoção de saúde bucal, para evidenciarmos como se encontra essa temática nos dias atuais (Promoção da saúde: definindo novos cenários na promoção de saúde bucal) e, por último, sua atuação no processo de trabalho no PSF, que é o tema do quarto capítulo (PSF: um espaço para concretização das práticas de promoção de saúde bucal), tendo como eixo norteador central dessa argumentação teórica a promoção de saúde.

Assim, a Figura 1 configura a argumentação teórica desta pesquisa, nela se podendo visualizar melhor o caminho a ser percorrido, na articulação entre formação do cirurgião-dentista, promoção de saúde, promoção de saúde bucal e Programa de Saúde da Família - PSF.

FIGURA 1 – Representação teórica da formação do cirurgião-dentista na promoção de saúde bucal no PSF.



3.1 Formação profissional do cirurgião-dentista: o caminho percorrido

Para entender o ensino na Odontologia, é preciso acompanhar o processo que se desenvolveu na área da saúde, da formação e da prática médica, pois a Odontologia, em muitos aspectos, acompanhou-lhes os passos. Com base nos trabalhos principalmente de Marsiglia (1998, p.175) teceremos considerações sobre o assunto.

Até o século XIX, as teorias e a prática da polícia médica foram adequadas para atender as demandas da sociedade e do Estado absolutista. Com a Revolução Industrial, na Europa, passou-se a exigir outro modelo de prática médica, informada pelo paradigma da ciência moderna e por novas teorias sobre o processo

saúde-doença. Durante o século XIX, estudiosos da Europa chamaram a atenção para os efeitos da situação social sobre a saúde da população. Esses trabalhos tiveram influências sobre o desenvolvimento da saúde pública, ao mesmo tempo em que incentivaram o uso de instrumentos de investigação para o conhecimento dos problemas sociais e de saúde. Nos Estados Unidos, estes estudos de percepção e preocupação com o caráter social da saúde só aconteceram no fim do século XIX e no início do século XX. Esse pensamento social na área da saúde, contudo, levou a diferentes concepções.

A incorporação desse novo saber social à formação, nas instituições de ensino, sob a forma de conteúdo e métodos, não ocorreu de modo imediato e, também, com a emergência da bacteriologia no fim do século XIX, esta discussão ficou em segundo plano, tendo como consequência o adiamento da introdução desse saber social na formação para a área da saúde.

No século XX, surgiram duas propostas de reformulação do ensino médico: a de Abraham Flexner, em 1910, que influenciou na reforma do ensino das escolas de Medicina dos Estados Unidos e Canadá, na década de 1920; e a de Bertrand Dawson, em 1920, que influenciou na reforma do ensino das ESCOLAS da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas nos anos 1940/50 (MARSIGLIA,1998,p.175).

Estas duas propostas passaram então a referenciar a prática e a educação médicas. O modelo flexneriano procurou implantar no ensino médico uma medicina tecnicista, na qual a ciência poderia resolver qualquer problema, e negou a idéia de causalidade social da doença. Os aspectos preventivos e da promoção de saúde foram relegados a segundo plano e o corpo humano foi considerado semelhante a máquina, de modo que quaisquer de suas partes poderiam ser tratadas individualmente, e o paciente era abstraído da coletividade, da qual fazia parte, e do seu contexto social. Além disso, a formação científica dos alunos deveria ser buscada nos laboratórios.

O paradigma flexneriano se caracterizava, segundo Lampert (2002, p.67),

- pela predominância de aulas teóricas enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas;
- pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas;
- pela prática desenvolvida predominantemente no hospital;
- pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica e;

- pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros.

Com efeito, os currículos dos cursos de graduação das escolas médicas e áreas afins se estruturaram em departamentos e disciplinas isoladas, havia muito pouca interação, levando a uma fragmentação do conhecimento em especialidades, deixando à margem a abordagem da saúde e do ser humano como um todo. Outro ponto a ser comentado foi à dissociação do ensino em relação ao serviço. As universidades não se integraram com os serviços de saúde. Por outro lado, o modelo dawsonian, influenciado pela tradição inglesa da legislação de proteção aos pobres e da saúde pública, seguiu outro caminho, enfatizando a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atendimento a todas as camadas sociais e a importância da formação dos profissionais se adequarem a esse processo.

Ao contrário de Flexner, Dawson considerava que a formação médica não deveria ocorrer apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer suas funções junto ao indivíduo e à comunidade. Para ele, os currículos escolares deveriam dar ênfase à integração entre ações curativas e preventivas, entre ações destinadas a indivíduos e a coletividade, como também, deveriam concentrar seus esforços na formação de um profissional mais generalista (MARSIGLIA, 1998, p. 178).

A partir da segunda metade do século XX, começaram a surgir tensões e questionamentos sobre este modelo de ensino até então adotado, deixando evidente que esse paradigma voltado em demasia para as especialidades não mais estava satisfazendo, e outro paradigma precisava surgir.

Na América Latina, a reforma dos cursos da área da saúde e a implantação de mais cursos nesta área começaram durante a década de 1940, com base no modelo flexneriano. Com essa abordagem histórica, configura-se então, as raízes das quais foram geradas, o modelo de ensino na área da saúde, bem como, suas práticas, que até hoje perduram em muitos países, inclusive aqui.

No Brasil, à Odontologia também absorveu o paradigma flexneriano, passando a defender a natureza exclusivamente biológica da doença, a atenção centrada sobre o indivíduo e práticas curativas, bem como o desinteresse em relação às ações de promoção e prevenção das doenças. Há duas ou três décadas, esse sistema hegemônico se configurava claramente. Para Weyne (1997, p.15),

[...] a estratégia dessa modalidade de atenção privilegiava a formação de um estoque cada vez maior de dentistas, o que requeria um contínuo e substancial aumento do número de novas faculdades e de vagas naquelas já existentes, exigindo, também, a multiplicação dos equipamentos e consultórios. Tudo isso, para atender a uma demanda de necessidades restauradoras, protéticas e cirúrgicas que, paradoxalmente, não parava de crescer, a despeito do formidável exército de recursos humanos profissionais, do imenso aparato tecnológico e dos incomensuráveis dispêndios financeiros. [...] Também, na área de serviços públicos e das entidades com eles conveniadas, esta forma de atenção era amplamente dominante.

Com estas características do modelo flexneriano, os cursos de Odontologia no País apresentavam-se, segundo Mendes e Marcos citados por Marsiglia (1998, p.182): da seguinte forma:

[...] separação entre a docência, prestação de serviços e pesquisa, ciclo básico separado do ciclo clínico e concentrado nos primeiros anos de curso; dando ênfase na doença ou lesão e nas ações curativas e de reabilitação; estruturação de microdisciplinas por especialidades odontológicas; ensino centrado na difusão de tecnologia sofisticada; ensino exclusivamente nos serviços das escolas; desconhecendo os serviços externos; pessoal docente especializado por microdisciplina; relação professor-aluno autoritária e paternalista; ênfase na pesquisa biológica.

Nesta contextura, a postura tecnicista era absorvida pelos alunos no âmbito da própria universidade e, conseqüentemente, chegando ao mercado de trabalho um profissional com a mesma característica do modelo utilizado na sua formação. Assim, observa-se que a Odontologia recebeu influência na formação dos seus recursos humanos diretamente da formação médica desde a sua origem, absorvendo, portanto, muitas de suas características. Freitas (1993, p.45) comenta que entre estas semelhanças com a prática médica estão

[...] o trabalho intensivo, a feminilização progressiva, a falta de avaliação da qualidade de seus resultados, queda nos níveis salariais e o fato de que novos insumos tecnológicos não tem reduzido custos e demanda por recursos humanos especializados.

O autor complementa ainda a análise, expressando que as três principais características que diferenciam a Odontologia do setor médico são o trabalho isolado e a falta de inserção no sistema de saúde, principalmente em relação às respostas aos problemas de saúde bucal, um arraigado sentimento de se manter como profissão autônoma, ou seja, a hegemonia de uma prática tecnicista, conseqüentemente, a não- orientação para a resolução dos níveis de saúde bucal.

Nas décadas de 1960/70, entretanto, muitos países centrais começaram a perceber que os enormes volumes financeiros alocados para o tratamento das doenças cárie e periodontal, por meio de procedimentos operatórios, não produziam

uma boa relação custo/benefício. Os estudos epidemiológicos mostravam que este tipo de atenção odontológica não era capaz de melhorar os indicadores de saúde bucal. Assim, começaram a concentrar um expressivo volume de recursos em pesquisas, com o objetivo de encontrar novos caminhos. Essa busca levou a nova estruturação da Odontologia, como também dos modelos dominantes na explicação da realidade social, bem como sobre as responsabilidades das universidades ante esta realidade, com repercussões nas reformas de ensino. Começa a se configurar um novo paradigma de prática de saúde bucal no cenário brasileiro.

Na década de 1990, a discussão acerca das formas de atenção à saúde no Brasil se intensificou, assim como vários estudos publicados como os de Freitas & Nakayama (1995), Freitas (1993), Freire *et al* (1995), que discutiram esta problemática, mas ainda com muitas dificuldades e obstáculos a serem transpostos, principalmente, sobre o caráter social da formação e da prática do futuro profissional de odontologia. Nesse sentido, muitos autores, como Garrafa (1993), Sousa (1994), Zanetti (1996), Marcos (2000), Zoletti e Giongo (2001), Noro (2002), Sekulic e Nóbrega -Therrien (2003) Funk et al (2004) e Moisés (2004) passaram a questionar o tipo de formação que ali estava sendo desenvolvida, procurando encontrar soluções conducentes a uma formação desse profissional de Odontologia mais articulada às necessidades de saúde da população.

Observamos que este novo paradigma, de uma formação voltada para a realidade social, apesar de já estar presente no pensamento acadêmico com relação às práticas de saúde bucal, na prática, as mudanças ainda não se encontram evidentes, pois a posição da maioria dos novos profissionais egressos das universidades ainda permanece a mesma, ou seja, predominantemente voltada para a técnica. Sekulic (2004, p.21), refletindo sobre que referência de formação é adotada para os cursos de graduação em Odontologia, comenta que a formação odontológica sempre esteve dirigida ao desenvolvimento das habilidades técnicas. Para a autora, as interfaces da profissão com as necessidades sociais e com a dinâmica do mercado de trabalho não têm sido exploradas adequadamente durante a formação acadêmica, fazendo com que o aluno, recém-egresso da universidade, não tenha conhecimento básico necessário para iniciar sua prática de maneira segura. Infere ainda, a idéia de que os problemas detectados na formação odontológica, como encontrados na literatura, nascem com a própria institucionalização da formação profissional.

O peso da tradição e as dificuldades para a mudança são compreendidos também por Sousa (1994, p.27), ao assinalar

[...] que apesar da universidade brasileira ser bastante nova, já carrega consigo todos os desvios e problemas das precursoras. Problemas estes que vão desde sua concepção, financiamento, legitimidade até o princípio educativo que a rege, sendo que a falta de definição deste para que atenda a necessidade de formação do homem que a sociedade pede, [...] a formação de um trabalhador crítico e não só a manutenção da ordem com a formação de cidadãos decentes, seja o problema mais sério a ser enfrentado.

Na formação do odontólogo percebe-se que não é significativa a ênfase nas questões sociais da prática profissional. Este deveria ser habilitado a utilizar seus conhecimentos técnico-científicos na promoção de saúde bucal e na solução dos problemas causados pelas doenças orais. Esta observação é confirmada por alguns autores, como Zanetti (1996), Vicelli (1996, p.68) e Freire et al (1995, p.15). Nesse sentido, principalmente, Spinelli (1998, p.211) refere um caminho que, segundo ele, é a inserção do ensino das ciências sociais (Psicologia, Sociologia e Antropologia) em Odontologia, que cumpre o importante papel de fornecer aos alunos um instrumental crítico necessário ao desempenho de sua profissão, reduzindo ou problematizando o impacto negativo que a atual formação tecnicista acarreta à prática odontológica. Ressalta, ainda, o autor em sua análise que o potencial maior das estratégias curriculares devem levar os futuros profissionais à inserção nos serviços de saúde, onde a realidade social do País se impõe sem sutilezas, Spinelli (1998, p.211) chega a seguinte conclusão:

a educação em odontologia precisa se questionar, começando pela pergunta inicial 'para quem' estamos desenvolvendo a Odontologia e que 'escola' queremos instituir. A pergunta 'para quem?' é de ordem estritamente social, procura saber em benefício de que classes e forças sociais estamos elaborando o conhecimento da ciência odontológica.

As instituições formadoras de recursos humanos, de certo, devem estar comprometidas com as transformações sociais que levem à melhoria das condições de vida da população, adequando o perfil do profissional a ser formado para a produção de respostas aos problemas que a sociedade demanda, agindo esse profissional da Odontologia como sujeito participante da organização e das práticas sociais. Cabe aqui ressaltar que não basta a inserção das disciplinas das ciências sociais, apenas como outra disciplina a mais na grade curricular, pois entendemos que se faz necessária a integração desta com as outras matérias, e, mais ainda, a compreensão dos docentes a respeito de sua importância e a motivação para as

mudanças necessárias. Marcos (2000, p. 191) adota este entendimento, quando acentua que "as propostas pedagógicas têm apontado tendências socialmente avançadas, mas falham em pontos cruciais, como na articulação de conteúdos e na montagem de um sistema de atenção integral".

O relatório do XI Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos - ENATESPO⁴, realizado em 1995, em Natal, teve como tema central "Brasil, saúde bucal no ano 2000", o que mostra também a necessidade da integração docência, serviço e pesquisa como estratégia da prática odontológica, pois se evidencia fragmentação entre estas três funções da universidade. É de domínio público o fato de que a universidade deve formular o saber mediante a produção de progressivo conhecimento, como também formar profissionais, cidadãos com qualidade e compromisso ético-social. Recomenda o relatório que as entidades representativas dos órgãos com responsabilidade pelo ensino odontológico (ABENO entre outros) assumam o compromisso com os princípios e diretrizes da reforma sanitária, submetendo a formação profissional às necessidades de saúde da população e em sintonia com o SUS (SOUZA *et al*, 1996, p.94). Garrafa (1993, p.54) também comunga da mesma opinião a respeito da desarticulação das universidades em relação aos setores públicos do País, desde 1993.

A implantação de um novo sistema de saúde, as discussões nos conselhos, encontros e associações da Odontologia, como também a participação da categoria em publicações científicas anteriormente citadas neste capítulo, favorecem um clima de mudanças. Observamos que o cenário se modifica, começando a se delinear a necessidade de formação de um profissional com a devida consciência crítica, reflexivo e transformador da realidade de saúde brasileira, pois será formado para atuar nessa realidade. Com essa compreensão, Pimenta (1997, p.42) realça a idéia de que

[...] uma identidade profissional constrói-se, pois, com base na identificação social da profissão, [...] mas constrói também, pelo significado que cada professor, como ator e autor, confere à atividade docente em seu cotidiano com base em seus valores, seu modo de situar-se no mundo, sua história de vida, suas representações, seus saberes, suas angústias e seus anseios.

⁴ ENATESPO – Este encontro contou com a participação de aproximadamente 250 profissionais oriundos de vários estados brasileiros e do Distrito Federal e trabalhou com a abordagem dos seguintes temas: Política de saúde atual e tendências da atenção odontológica para o ano 2000; As práticas de saúde bucal no contexto da vigilância à saúde no distrito sanitário; A integração docência/pesquisa como estratégia de transformação da prática odontológica e democracia e participação social no SUS.

Compreendemos que, para propiciar um ensino de melhor qualidade, a nova prática docente deve estimular o desenvolvimento do pensamento científico, bem como do pensamento crítico-reflexivo para atender as novas exigências contemporâneas, e nela o papel do professor é inquestionável nesse cenário transformador. A respeito de tal aspecto, são pertinentes as análises de Lampert (2002, p.40):

[...] se o ensino é executado predominantemente em função da prática liberal, oferece ao estudante um modelo assistencial bastante curativo, centrado no indivíduo e voltado para a especialização em segmentos/partes/sistemas e órgãos do ser humano. Se o ensino for executado, contando com uma prática docente desenvolvida em instituições assistenciais organizadas sob a meta de cobertura, nos princípios da carta de Alma-Ata e da carta de Ottawa sobre a promoção da saúde, o contexto de aprendizagem se amplia. O ambiente educacional oferecerá, a docentes e alunos, modalidades alternativas de prática médica mais integralizada. Ou seja, sem excluir o aprofundamento e o detalhamento da assistência especializada, localiza-a dentro do contexto geral dos serviços de saúde [...] a proposta pedagógica engaja o estudante na realidade social, propiciando-lhe um enfoque científico mais aberto, mas ao mesmo tempo técnico – tratando do desenvolvimento de habilidades – e reflexivo, permitindo-lhe compreender as várias dimensões do processo saúde-doença.

A sinalização desta nova concepção na formação do profissional odontólogo já pode ser conferida no texto das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais⁵, publicado no ano de 2001, pelo Ministério da Educação do Brasil, para os cursos de Odontologia, onde é descrito o perfil do formando egresso e do profissional, como se segue:

[...] 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.

Busca-se, portanto, com esse perfil, agora oficialmente, um profissional que saiba se imiscuir no plano social, que possa atuar tanto no consultório particular quanto em equipes multidisciplinares de saúde, uma vez que os cirurgiões-dentistas foram formados, até então, quase que exclusivamente para o exercício profissional liberal.

⁵ PARECER CNE/CES 1300/2001, publicado no Diário Oficial da União de 07/12/2001, seção 1. p.25. Resultado da LDB de 1996.

Ainda de acordo com as Novas Diretrizes Curriculares (CNE/CES 1300/2001), o perfil do profissional de Odontologia abrange competências gerais até então jamais contempladas, destacando, a atenção à saúde, onde os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto no plano individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar suas soluções. O texto ainda se reporta ao fato de que os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta a noção de que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto na contextura individual como coletiva. Acredito que com esse perfil profissional, expresso no texto das Diretrizes Curriculares, o cirurgião-dentista estará exercendo sua profissão em benefício da população como um todo.

Dentre as competências e habilidades específicas para o curso de graduação em Odontologia que as Novas Diretrizes Curriculares (CNE/CES 1300/2001) relativamente à formação dos profissionais, aqui destaco algumas delas que considero importantes para o tema do meu estudo, e que, de certa forma, já comentei em passagem anterior:

- respeitar os princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- planejar e administrar serviços de saúde comunitária e entre outras (BRASIL, 2001, p.25).

As quatro últimas competências e habilidades específicas refletem o cirurgião-dentista que a realidade necessita e impõe, ou seja, um profissional inserido dentro do seu contexto social, desenvolvendo ações para e com a

coletividade, por intermédio de um trabalho interdisciplinar, como um agente promotor de saúde.

Nesse sentido, embora as indicações propostas nas Novas Diretrizes Curriculares (CNE/CES 1300/2001) para o curso de Odontologia sejam recentes, do ano de 2001, é importante verificar na realidade da formação dos alunos, o que está sendo concretizado ou se concretizando. A proposta do profissional egresso dos cursos de Odontologia em relação a nova atitude, de compromissos éticos com a sociedade e com o social, ajudando o usuário a viver higidamente, é um terreno amplo para investigação. A formação, aliada à promoção de saúde bucal, constitui a realidade do discurso contemporâneo no campo da saúde coletiva, que visa em última instância à promoção de saúde do indivíduo e comunidade. No SUS, ela é parte de um processo que apenas se inicia, mas que já evidencia seus novos rumos.

Nesse entendimento formulamos um quadro teórico de análise para melhor entendimento do caminho trilhado por esse capítulo. Resumidamente, ali trabalhamos com a história da formação do cirurgião-dentista, do paradigma flexneriano, até chegar a um novo paradigma voltado para as questões sociais e o surgimento das Diretrizes Curriculares Nacionais atuais para o curso de Odontologia, bem como os autores por mim consultados, destacando, Garrafa (1993), Moisés (2004), Marcos (2000) e Freitas e Nakayama (1995), referências no tema focalizado.

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE

Formação Profissional do CD: o caminho percorrido

	TÓPICOS TRABALHADOS	AUTORES CONSULTADOS
FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO- DENTISTA	<ul style="list-style-type: none"> - História da formação do cirurgião-dentista - Paradigma Flexneriano - Novo Paradigma (Formação Social) - Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia 	Mendes e Marcos (1984) Garrafa (1993)* Sousa (1994) Freire <i>et al</i> (1995) Freitas e Nakayama (1995)* Vicelli (1996) Zanetti (1996) Pimenta (1997) Weyne (1997) Marsiglia (1998) Spinelli (1998) Marcos (2000)* Lampert (2002) Sekulic e Nóbrega-Therrien (2003) Funk <i>et al</i> (2004) Moisés (2004)*

*Autores que são referências no assunto.

3.2 Novos rumos para a educação do ensino superior de graduação na área da saúde

Diante das contínuas mudanças epidemiológicas, sociais, culturais e políticas da população, a educação passou a ter o desafio de prover respostas para se enquadrar a uma nova realidade, principalmente no redimensionamento da formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, as universidades têm para si o grande desafio: o de articular o aprimoramento técnico-científico em seus cursos de graduação com o comprometimento social, tendo os seus educadores o papel de agentes destas mudanças, no sentido de dar respostas às reais demandas de saúde do País, ou seja, tem o desafio de formar profissionais para uma realidade complexa e em constantes transformações.

É consenso de vários autores, entre eles, Sousa (1994), Feuerwerker (2002), Melo (2004), Braga (2005), Sekulic e Nóbrega-Therrien (2003) e Paula e Bezerra (2003) a idéia de que as instituições de ensino superior favorecem a transmissão do conhecimento de forma fragmentada e dissociada do todo, que é o indivíduo a quem se dá a atenção em saúde. Esse modelo formador dos profissionais para a atenção fragmentada, prepara também os que exercerão atividades no campo do ensino e, assim, entendo, eterniza o *status quo*. Na análise de Braga (2005, p.23), ele considera como imaturidades do modelo acadêmico brasileiro:

- ausência quase total de interdisciplinaridade;
- fragmentação do saber, reducionismo e subespecializações (a chamada patologia do saber);
- crise da falta de fundamentos para com o conhecimento produzido pelas pesquisas científicas protocolares;
- limitado desenvolvimento do espírito crítico;
- incapacidade da "ciência" de pensar sobre si mesma de modo científico;
- o *establishment* científico, que criou um sistema de credenciamento do saber através de "filtros", como diplomas e títulos (M. D., Ms. C., Ph.D etc.), utilizados como maneiras de assegurar um compromisso ideológico dentro de uma estrutura de poder, mistificando o conhecimento e dificultando a sua renovação;
- manutenção de "crenças" científicas sustentadas pela autoridade;
- dependência cultural dos interesses econômicos.

Com base nesses pontos podemos ainda considerar que o ensino superior brasileiro ainda utiliza um modelo de ensino baseado no repasse de conhecimento, em que alguém de um lado ensina e o outro apenas aprende, alienando o aluno e fazendo com que ele simplesmente assista às aulas e decore o

conteúdo para avaliação de seu conhecimento, na chamada "educação bancária" a que aludiu Paulo Freire. O conhecimento ainda é visto como um produto pronto e acabado, podendo ser transmitido e armazenado pela repetição e memorização. Há uma organização curricular fechada, com disciplinas conteudistas, centradas na técnica, sem interdisciplinaridade e com pouco incentivo à pesquisa. Os professores trabalham isoladamente, dicotomizando as relações teoria e prática, professor e aluno, ensino e aprendizagem, levando a um conhecimento distante da realidade, preparando indivíduos com dificuldades para analisá-la. Tal análise ratifica o posicionamento anterior feito por Braga (2005, p.23) sobre o modelo acadêmico brasileiro de ensino e conduz à recomendação feita por Melo (2004, p. 89):

[...] é necessário ter inovações no modo de atuação do educador, disponibilizar conhecimentos pedagógicos inovadores e de novas tecnologias que coloquem o aluno como principal ator na produção de seus conhecimentos e o professor como facilitador dos processos de ensino-aprendizagem.

Pensamos que inovar não significa apresentar novos modelos curriculares com teores contemporâneos, mas mudar concepções, organizar saberes, questionando o conhecimento tido como oficialmente válido e recriando criticamente os conteúdos, pois a educação constitui instrumento de transformação social, com a capacidade de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos problemas que afetam a sociedade, assim como prover subsídios para as mudanças. Ainda é Braga (2005, p.25) que remete a novas constatações sobre estas questões, ao referir que:

[...] as universidades necessitam repensar sua missão e defini-la segundo modalidades que reconhecem as verdadeiras contribuições do corpo docente. Além da arte especializada da descoberta seria preciso reconhecer a arte da integração que opera a síntese dos resultados já obtidos e lança pontes entre disciplinas, bem como a arte da aplicação que presta serviços à coletividade. É necessário também que se reveja a arte do ensino, enquanto necessidade de horizontalizar a relação professor/aluno, na busca da formação de futuro pesquisadores.

É preciso rever qual o sentido do ensino universitário de graduação, ou seja, para que serve a universidade, pois, sendo um local de convivência com o saber, ela deve ensinar o aluno a pensar e criar, formando cidadãos que questionem a sua realidade e criem, sempre mais, formas de existência coletiva. Historicamente, observa-se é que a Academia desempenha vários papéis, como fornecimento de mão-de-obra qualificada, repasse de novas tecnologias, entretanto, não contribui, em tese, principalmente para a sua razão de ser e de existir.

É de domínio público a idéia de que a educação precisa se adequar aos novos tempos, de forma que possa acompanhar e promover todas as transformações de que a sociedade necessita. Em relatório encaminhado à UNESCO, a Comissão Internacional de Estudos sobre a Educação para este século sublinha que, para dar resposta ao conjunto de suas missões, a educação deve ser organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais: aprender a conhecer (adquirir cultura geral ampla e domínio aprofundado de um reduzido número de assuntos, mostrando a necessidade de educação contínua e permanente), aprender a fazer (oferecendo-se oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho), aprender a conviver (cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser, que integra as outras três, criando-se condições que favoreçam ao indivíduo adquirir autonomia e discernimento (FARIA e CASAGRANDE, 2004, p. 822). É necessário repensar o processo de ensino-aprendizagem, tanto sob o aspecto do que ensinar e de como ensinar, pois o modelo tradicional de ensino mostra-se ineficiente, para a elaboração do conhecimento de maneira crítica e participativa.

A globalização econômica dos anos 1990, de certa forma, reconfigura o panorama das políticas públicas em educação. O intercâmbio com outros países intensificou-se, levando a hibridização cultural, com uma homogeneização da cultura no mundo, do qual participam diferentes países, grupos e indivíduos em situações desiguais de poder, com intercâmbio de idéias, modelos institucionais e práticas (MOREIRA e MACEDO, 1999, p. 26).

Há uma homogeneidade do discurso sobre a atual crise da educação e suas causas, assim como a urgência e a inevitabilidade das reformas educacionais orientadas para a melhoria da qualidade da educação pelos sistemas de ensino. Revela Candau (1999, p.29) que "as 'palavras de ordem', isso já em 1998, são as mesmas: descentralização, qualidade, competitividade, eqüidade, reforma curricular, transversalidade, novas tecnologias, dentre outras de caráter secundário".

Assim, a reforma curricular constitui, há bastante tempo, elemento fundamental das estratégias voltadas para a melhoria da qualidade da educação. Observamos que diferentes países vivenciam ou estão em fase de implantação de suas reformas curriculares. Candau (1999, p. 38) assinala que, entretanto, "essas reformas têm sido desenhadas, em geral, de modo centralizado e vertical, privilegiando o papel de especialistas e consultores internacionais, com conteúdos

definidos de forma homogênea e prescritiva para toda nação". Exprime, ainda que, em oposição a este pensamento hegemônico, estão surgindo na América Latina propostas alternativas, de movimentos sociais, organização de professores e algumas forças políticas de oposição, nascidos na base da sociedade, e articuladas com as organizações da sociedade civil e suas aspirações, baseadas na consciência de processos históricos vivenciados no Continente e do seu pluralismo cultural, tendo como principais protagonistas os educadores.

A estreita relação entre reformas educativas e a dignidade docente é um fato que Candau (1999, p. 38) justifica, quando esta relação não se vincula à subordinação do sistema educativo ao mercado de trabalho. Supõe, ainda, a formação de sujeitos históricos, ativos, criativos e críticos, capazes não apenas de se adaptarem à sociedade em que vivem, mas também de transformá-la e reinventá-la.

Nos últimos anos essa nova prática foi alvo de debates na área da educação, por meio da formação do professor como prático-reflexivo. Faria e Casagrande (2004, p.826), refletindo sobre essa cultura reflexiva, diz que ela:

[...] representa uma forma de educar as pessoas como o mundo precisa, depende muito do desenvolvimento da capacidade de auto-análise e reflexão dos professores, na busca de uma prática docente que considere tanto os aspectos de capacitação docente em conhecimentos e habilidades, mas também baseada na ética e no respeito à autonomia dos educandos.

Consoante esse novo paradigma, da formação de um profissional prático-reflexivo, ora delineado, observa-se que a reforma curricular começa a se impor no âmbito educacional, pois a elaboração do currículo foi quase sempre voltada para a eficiência e eficácia dos procedimentos, com a preocupação de executar as ações, estruturada a grade curricular em disciplinas. Esta característica curricular de organização hierárquica e fragmentada inseriu-se de tal forma no espaço universitário que sua superação não é um caminho fácil.

Para romper essa razão conservadora, a proposta é a de que se deve trabalhar o currículo de forma integrada e interdisciplinar, a fim de reduzir o isolamento e a fragmentação. Nessa perspectiva, os profissionais das instituições de ensino devem refletir e questionar profundamente os atos de ensinar e aprender que vem sendo realizado até hoje nas instituições educacionais do País. Comenta Aquilante e Tomita (2005, p.7) que

[...] o ponto crucial das reformas foi a dificuldade de rompimento com as limitações impostas pela divisão dos conteúdos em disciplinas, pois os professores estão habituados à compartimentalização do ensino, uma vez que foram formados dessa maneira.

O cenário, entretanto, já evidencia que as propostas de reformas curriculares no Brasil estão buscando a elaboração de currículos mais integradores, com o objetivo de formar cidadãos conscientes, éticos, críticos e transformadores. Na perspectiva de Paula e Bezerra (2003, p. 8), neste contexto,

[...] o currículo constitui a programação norteadora da formação acadêmica, executada mediante o processo educacional inerente à aplicação de conteúdos e práticas, com a meta primordial de preparar técnica, científica, moral, ética, social e intelectualmente os futuros profissionais das diferentes áreas do conhecimento.

Na esteira de tal raciocínio, Veiga (2000, p.26) expressa a idéia de que "o currículo é um importante elemento constitutivo de organização escolar; implicando, necessariamente, a interação entre sujeitos que têm o mesmo objetivo e a opção por um referencial teórico que o sustente". É uma construção social do conhecimento, pressupondo a sistematização dos meios para que esta construção se efetive; a transmissão dos conhecimentos historicamente produzidos e as formas de assimilá-los. Neste sentido, o currículo é dinâmico, passa ideologia e implica uma análise interpretativa e crítica, tanto da cultura dominante, quanto da cultura popular, ou seja, o currículo expressa uma cultura e não pode ser separado do contexto social, porquanto, historicamente situado e culturalmente determinado. Não pode, por conseguinte, ser reduzido a um documento estático a ser cumprido em cada semana ou em um ano letivo. Essa compreensão é encontrada sobretudo em Feuerwerker (2002) e Lemos (2005).

Feuerwerker(2002, p.23) considera que

[...] os currículos expressam o modo como uma instituição educacional se vê no mundo, ou seja, qual o seu papel, que relações ela deve estabelecer, quem são os seus interlocutores, como se concebe o conhecimento (como ele é produzido, para que serve), como se concebe a educação, qual o melhor jeito de aprender, como a escola se organiza considerando os elementos anteriores, o papel (e o poder) que cada um tem dentro da escola.

Lemos (2005, p. 81) vai mais além dessa compreensão, dizendo que

[...] o currículo deve ser visto como uma práxis, uma realidade dialética, construída e superada continuamente por seus diferentes atores: alunos, professores, coordenadores. Sua natureza social e dinâmica implica que é uma realidade passível de verdadeiras mudanças dando-nos a possibilidade real de pensar e construir currículos diferentes dos existentes.

As novas concepções e idéias são necessárias para que a reforma curricular aconteça, pois não basta mudar conteúdos e carga horária. Pensar e reformar um currículo implica pensar e recriar o curso ou a universidade, numa dinâmica de construção e reconstrução. Editada a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional – LDB (Lei 9394/96) foi redimensionado o conceito de escola, prevendo a flexibilização dos currículos de graduação, ultrapassando o modelo de currículo mínimo e atingindo o conceito de projeto político-pedagógico - PPP norteadores dos processos de mudança no interior das Instituições de Ensino Superior – IES. Para Marchini e Rodrigues (1999, p. 32), a estrutura do projeto político-pedagógico - PPP deve constar de:

- Objetivos gerais (que compreende a definição do perfil profissional a ser formado, nas seguintes áreas: formação geral, profissional e ética);
- Diretrizes gerais (diretrizes que serão observadas no processo de formação, ou seja: participação, avaliação, qualidade, extensão e outras);
- Estrutura curricular (desdobramento das diretrizes curriculares em matérias, disciplinas e atividades, com cargas horárias e créditos correspondentes, seriação e pré-requisitos);
- Elenco de disciplinas (relação de disciplinas e respectivos programas).

Tem as seguintes características básicas:

- Deve ser concebido e elaborado por todos os seguimentos universitários, sob coordenação do diretor;
- Deve ser centrado nos alunos, buscando a melhoria de seu processo de aprendizagem e de seus resultados;
- Por considerar o aluno em seu contexto de vida, procura fortalecer as relações da instituição com a realidade nacional e local;
- Favorecer a criação de atividades de estudo e reflexão para a equipe;
- Interferir na articulação do currículo, na organização do tempo e do espaço universitário, uma vez que para se alterar a qualidade do trabalho pedagógico é necessário que o curso se reformule como um todo.

Nesse entendimento, o PPP é o plano global da instituição, definidor claro do tipo de ação educativa que se quer realizar, envolvendo também a construção coletiva do conhecimento. A feitura de um PPP da escola requer um pensar muito desta no conjunto e a sua função social, um projeto elaborado pela coletividade, para coletividade, de forma participativa, por todas as pessoas nela envolvidas. A escola não apenas reproduz conhecimento, mas também deve ser vista como instância de produção de saberes. Desse modo, constitui um processo democrático de decisões, ao organizar o trabalho pedagógico, buscando eliminar as relações

autoritárias e competitivas, diminuindo, assim, os efeitos de fragmentação do trabalho, que reforça as diferenças e leva também à hierarquização dos poderes (ARAÚJO, 2002).

No entendimento de Araújo (2002), Veiga (2001) e outros autores, o PPP é dinâmico, pois não é algo que é constituído e, em seguida, arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais. É permanente, pois, continuamente, novos sujeitos se incorporam ao grupo, trazendo novas experiências e capacidades, exigindo que novas frentes de trabalho se abram. Nesse sentido, exige um esforço coletivo de professores, alunos, pais, corpo técnico-pedagógico, pessoal de apoio e demais membros da comunidade escolar. Especificamente para Araújo (2002, p.34) "é um eterno diagnosticar, planejar, repensar, começar e recomeçar, analisar e avaliar".

Nessa compreensão, o PPP possui ação intencional em que a comunidade escolar planeja o que quer realizar, com base na sua realidade, buscando o que é possível fazer. Não constitui a simples produção de um documento, mas a consolidação de um processo de ação-reflexão-ação. Veiga (2001, p.56), considerada na área da educação uma referência no assunto, configura, em termos teóricos, quatro pressupostos para o projeto político-pedagógico:

- unicidade da teoria e da prática;
- ação consciente e organizada da escola;
- participação efetiva da comunidade escolar e reflexão coletiva;
- articulação da escola, da família e da comunidade.

Isto significa que o PPP constitui em algo complexo, em que muitas vezes se passa da prática à teoria, ou vice-versa, ambas se produzem (mutuamente), há uma interdependência. A teoria e a prática são elementos distintos, porém, inseparáveis na construção do projeto. Sendo assim, a nova abordagem do processo ensino-aprendizagem, as reformas curriculares e o projeto político-pedagógico na formação dos profissionais da área da saúde começam a ocupar o espaço central das discussões para atender os novos desafios, sendo convocados a implementar e contemplar, no seu respectivo contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para seus cursos de graduação, homologadas pelo Ministério da Educação.

Os novos rumos da educação superior na área da saúde no âmbito da graduação encontram-se expressos, principalmente, nessas discussões e propostas: a formação profissional do cirurgião-dentista também com vistas à promoção de saúde bucal.

Vejamos a seguir, no quadro teórico de análise realizado do presente segmento:

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE

Educação do ensino superior de graduação na área da saúde

	TÓPICOS TRABALHADOS	AUTORES CONSULTADOS
EDUCAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo Acadêmico do Ensino Brasileiro - Reforma Curricular - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB/96 - Projeto Político-Pedagógico 	Sousa (1994) Moreira e Macedo (1999) Marchini e Rodrigues (1999) Candau (1999) Veiga (2000) Araújo (2002) Feuerwerker (2002) Paula e Bezerra (2003) Faria e Casa Grande(2004) Melo (2004) Lemos (2005) Aquilante e Tomita (2005) Braga (2005)

3.3 Promoção de saúde: definindo novos cenários na promoção de saúde bucal

A promoção de saúde é uma temática de interesse crescente entre os profissionais de saúde e também de outras áreas, em todo o mundo, e também no Brasil, constituindo-se de fundamental importância para fazer avançar os sistemas de saúde, bem como estimulando o surgimento de práticas inovadoras em saúde.

A expressão "promoção de saúde" surgiu na metade dos anos de 1940, com Henry E. Sigerist, um historiador médico, quando definiu as quatro tarefas maiores da Medicina: a promoção de saúde, a prevenção da doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Sugerist acrescentou ainda à sua definição a idéia de que, "a saúde é promovida fornecendo-se um padrão decente de moradia, boas condições de trabalho, educação, cultura física, repouso e recreação e que a saúde

não é simplesmente a ausência de doença, é algo positivo, uma atitude otimista perante a vida, uma boa aceitação das responsabilidades que a vida impõe ao indivíduo". (MORANO e MAIA, 2001, p.34)

Promoção em seu conceito tradicional revela-se em um elemento do nível primário de atenção na Medicina Preventiva preconizado por Leavell & Clark, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção de saúde é enquadrada de forma predominante na prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese e consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela prevenção e proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Nessa compreensão de Leavell e Clark segundo Buss (2003, p.18),

[...] como parte deste primeiro nível de prevenção, as medidas adotadas para promoção da saúde não dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais. Os autores destacam a educação e a motivação sanitária como elementos importantes para este objetivo e afirmam que os procedimentos para promoção de saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho [...] Trata-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites.

Leavell e Clark, configuram um entendimento para a promoção da saúde, ao mesmo tempo limitado e amplo. Limitado, quando a reduz a prevenção primária (em um modelo da história natural da doença) e amplo, quando conceitua o que é essa promoção. E é na Modernidade que a promoção de saúde assume nova compreensão, bem mais abrangente, inovadora, passando a se associar a medidas preventivas, sobre o ambiente físico e acerca dos estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias e em nível de prevenção primária.

A Organização Mundial de Saúde descreve a promoção de saúde como:

[...] um processo de capacitação de indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, melhorando-a. Promoção de saúde representa uma estratégia mediadora entre pessoas e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável. (WATT, 2004, p.5).

Este conceito moderno de promoção de saúde decorre dos acontecimentos dos últimos vinte anos, ocorridos particularmente na América do Norte, na Oceania, nos países da Europa Ocidental e na Ásia, onde cinco

conferências internacionais importantes ocorreram sobre o tema, realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jakarta (1997) e México (2000), nas quais se estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção de saúde.

O principal produto da Conferência Internacional de Ottawa foi a Carta de Ottawa, que se tornou termo de referência fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção de saúde em todo o mundo, no qual a promoção de saúde ficou definida, segundo referências de Buss (2003, p. 19), como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo, tendo relacionado condições e recursos fundamentais para a saúde, como paz, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Nesse documento, foram definidos cinco princípios para a promoção de saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação do sistema de saúde (PINTO, 2000, p. 294).

Esses princípios servem de orientação para as ações de promoção de saúde em todo o mundo.

A II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ocorreu em Adelaide, na Austrália, em 1988, tendo por tema central às políticas públicas saudáveis "que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população". (BUSS, 2000, p.171). Em Adelaide, também se afirmam a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção de saúde, quando foi estabelecido que, em virtude do grande fosso entre os países quanto ao nível de saúde, os desenvolvidos teriam obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento (BUSS, 2003, p.28). Observamos que foi ampliada a dimensão da promoção de saúde e também a concepção de co-responsabilidade entre os países.

A III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Sundsvall, na Suécia, em 1991, deu ênfase à interdependência saúde/ambiente em todos os aspectos, englobando não só a sua dimensão física, como também as dimensões

social, econômica, política e cultural. Foi ressaltada ainda, no evento, a busca da equidade e, em última análise, o respeito à biodiversidade. Nesse encontro, a ênfase foi dada a influência a temas ligados a saúde ambiental e as questões ecológicas.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Jakarta, na Indonésia, em 1997, trouxe o reforço da ação comunitária e definiu cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos próximos anos:

- 1) Promover a responsabilidade social com a saúde, através de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado.
- 2) Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através do enfoque multissetorial, com investimentos em saúde, também em educação, habitação e outros setores sociais.
- 3) Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governo e da sociedade.
- 4) Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos.
- 5) Definir cenários preferenciais para atuação (escolas, ambientes de trabalho etc.). (BUSS, 2000: 172).

É destacado o reforço da ação comunitária e, mais uma vez, é expressa a necessidade de ações em diversos cenários, como escolas, ambientes de trabalho, entre outros, e aponta caminhos para a sua consolidação. Nesse sentido, Buss (2003, p.15), ao discorrer sobre o assunto, constata que, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. Morano e Maia (2001, p.38) referem que: "a promoção da saúde e a saúde em si, são temas de responsabilidade coletiva que requer harmonia com desenvolvimento global da sociedade".

A V Conferência Internacional sobre promoção da saúde ocorreu na Cidade do México, de 5 a 9 de junho de 2000⁶. Os ministros da saúde que assinaram esta declaração reconheceram que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade. Constataram a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos da colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade e concluíram que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos

⁶ Informações coletadas *online* pelo do site www.opas.org.br, da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde – Representação Brasil – Brasília (DF) em 10/05/06.

os países na busca de equidade e melhor saúde para todos. Recomendam algumas ações, entre elas:

- colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;
- assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;
- Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área;
- Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.

Aqui, a promoção de saúde é assumida como prioridade para as ações de saúde, e que deve ser um objetivo global.

Entre estas conferências internacionais há pouco citadas, aconteceu também, em 1992, uma conferência na região das Américas, em Bogotá, onde se elaborou um documento reconhecido como a Declaração de Santa Fé de Bogotá, documento de lançamento da promoção de saúde na América Latina, que reconhece a relação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que a promoção de saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. Por conseguinte, o desafio da promoção de saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (BUSS, 2000, p.172).

Entre a realização destas conferências, a Organização Mundial de Saúde-OMS realizou no período de 18 a 20 de março de 1998, em Genebra, em sua sede, a Primeira Reunião Formal da Rede de Megapaíses para a Promoção de Saúde. Tal sistema nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto da saúde mundial, por meio de uma aliança entre os países mais populosos (Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América). A missão da Rede consiste em fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses, e também à população mundial. Além de sua unidade, a Rede visa assegurar um pacto importante às questões internacionais de saúde. Os

megapaíses, no caso, seus participantes, irão continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais de saúde, construindo, assim, infra-estruturas de promoção de saúde mais fortes dentro de cada país⁷.

Pode-se constatar um cenário prolífico de idéias, projetos e sobretudo ações para criar e consolidar a "Promoção da Saúde". As conferências também contribuíram para a constatação de que a saúde é uma questão de cada cidadão ter o direito a uma vida saudável, com qualidade de vida, democracia, respeito ecológico e equidade. Sabe-se, entretanto, que, para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida dos cidadãos, é preciso atuar sobre as condições sociais, determinantes da saúde. Fazer promoção de saúde não pode também se resumir à produção discursiva mas, levá-la a sua práxis, e isto exige de cada profissional, de todo cidadão, dos órgãos governamentais, ou seja, de toda sociedade, uma atitude crítica para viver e mudar posições e ações.

A promoção da saúde origina, no campo da saúde, novas agendas, como estímulo à autonomia dos indivíduos, o fortalecimento da ação comunitária, o desafio de superar a especialização e a fragmentação das políticas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas das gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida. Por sua própria natureza, a promoção de saúde alcança todos os campos de ação da saúde e da atividade humana, em ações intersetoriais.

No contexto legal brasileiro, a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas no conceito de saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada, e apontam para a intersetorialidade. As normas pactuadas nacionalmente que regulam a descentralização e a reorganização do modelo de atenção, introduzem, com maior ou menor intensidade, essa perspectiva da promoção da saúde. Isto pode ser observado, na Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96⁸, a orientar, como bases para estruturação do novo modelo de atenção, a necessidade de as ações de saúde serem centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, a construção da ética coletiva, que agrega as relações entre usuário, sistema e

⁷ Informações coletadas *on line* pelo do site www.opas.org.br da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS - representação Brasil – Brasília (DF), acesso em 10/05/06.

⁸ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS publicada no Diário Oficial da União de 05 de novembro de 1996.

ambiente, e que possibilita modificações nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de sua saúde; e, ainda, que as intervenções ambientais suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde e o uso de tecnologias de educação e de comunicação social por constituírem parte essencial em qualquer nível de ação (SUS-NOB 01/96).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde–NOAS-SUS 01/2001⁹ atualiza a regulamentação da assistência, estabelecendo a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca da equidade, por meio da elaboração do plano diretor de regionalização, sendo que, no referente à assistência, a NOAS/2001 orienta que deve ser elaborado na perspectiva de garantir aos cidadãos um conjunto de ações e serviços coerentes com as necessidades de saúde da população, tendo como responsabilidades mínimas, dentre as muitas, as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2001, p.2).

Em maio de 2005, o Ministério da Saúde lançou um documento preliminar para discussão sobre a Política Nacional de Promoção de Saúde, tendo como propósito específico contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema, de maneira a reduzir os padrões de vulnerabilidade e riscos às doenças e agravos à saúde por meio da ampliação e qualificação das ações de promoção de saúde e da construção de uma agenda estratégica integrada, envolvendo as diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços sanitários (BRASIL, 2005, p. 15). O Documento apresenta as seguintes diretrizes:

Integralidade – A promoção de saúde deve estar orientada para a consecução e a qualificação da atenção integral à saúde. Assim, compromete-se em acolher sujeitos e coletividades em todas as dimensões e momentos de sua vida e seus distintos modos de viver, trabalhando por sua crescente expressão de autonomia.

Equidade – A promoção de saúde deve contribuir para o enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde, priorizando estratégias e ações que atendam aos sujeitos e coletividades mais vulneráveis e em situação de risco social e/ou sanitário a fim de diminuir a morbimortalidade por causas relacionadas a gênero, geração, renda, raça/etnia, região geográfica. Portanto, esta deve ser vista no contexto da necessidade e da justiça social.

Responsabilidade sanitária – A promoção de saúde deve se apresentar como operador possível de mudanças necessárias dos modelos de atenção e gestão no SUS, promovendo inovações no âmbito das relações de responsabilidade tanto em perspectiva macro – definição da competência de cada ente federado e organização de processos de gestão articulada e regionalizada das demandas, necessidades e recursos através da elaboração, acompanhamento e avaliação de planos regionais – quanto

⁹ Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS instituída pela Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde do Brasil.

micro – reorganização e reorientação dos serviços de saúde sob a égide da integralidade do cuidado, favorecendo a constituição de vínculo e de coresponsabilidade.

Mobilização e participação social – A promoção de saúde deve fazer-se na construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população, de modo que os sujeitos e coletividades sejam partícipes e protagonistas no processo de planejamento, deliberação, gestão, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

Intersetorialidade – A promoção de saúde, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e os seus determinantes, deverá centrar-se no esforço em criar políticas públicas sinérgicas e/ou integradas e na construção de diálogo e de ações intersetoriais.

Informação, educação e comunicação – A promoção de saúde deve investir na produção e na divulgação de informações que propiciem a redução das desigualdades sociais e da vulnerabilidade de comunidades e ambientes.

Sustentabilidade – A promoção de saúde busca superar a organização e o planejamento de estratégias, ações e atividades pontuais, fragmentadas, descontínuas ou exclusivamente campanhistas. Dessa forma, as ações de promoção de saúde devem contar com estratégias múltiplas e alianças com os diversos atores sociais que favoreçam o compromisso dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários com o desenvolvimento das mesmas no cotidiano dos serviços e dos diferentes espaços sociais onde estas se realizarão (BRASIL, 2005, p. 17).

Neste sentido, a promoção de saúde revela-se de modo claro, como uma estratégia que articula o setor saúde com os demais da sociedade, exigindo, assim, um repensamento das práticas profissionais e dos processos de trabalho no âmbito do SUS, que, necessariamente passam por uma redefinição das competências, conteúdos e metodologias voltadas para a capacitação, qualificação e aperfeiçoamento destes profissionais. O conteúdo do Documento sugere nas entrelinhas que essa formação dos profissionais deve ser vista como um processo educativo capaz de colaborar na constituição de sujeitos críticos, sensíveis, criativos e reflexivos, que possibilite a criação de uma nova cultura em saúde.

Com relação à Odontologia, este processo de mudança começou a se materializar ainda na década de 1960, com a revolução científica decorrente das pesquisas históricas de Paul Keyes e Robert Fitzgerald¹⁰, quando foi demonstrado que a cárie era uma doença bacteriana infecciosa e transmissível em modelos de animais roedores. A partir daí, muitas pesquisas surgiram e os novos conhecimentos sobre a doença cárie levaram, na década de 1980, em muitos países desenvolvidos, os dentistas a desistirem de centrar o tratamento nas lesões de cárie já

¹⁰ FITZGERALD, R. J.; KEYES, P. H. Demonstration of etiologic role of streptococci in experimental caries in the hamster. *J. Amer. Dent. Ass.* 61:9-19,1960.

estabelecidas, mas sim identificar e controlar as suas verdadeiras causas, isto é, seus fatores etiopatogênicos.

No Brasil, nos últimos trinta anos, esta discussão também teve muitos avanços, e pouco a pouco foi se estruturando esta nova filosofia da promoção de saúde, tanto no âmbito do consultório, como também nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, a década de 1990 começou a ser conhecida como a década da Odontologia de promoção de saúde. Isso ocorreu, principalmente, com Weyne (1997, p.20), que sumariou alguns dos mais relevantes conhecimentos acumulados na Odontologia nas últimas décadas e que permitiu a estrutura dessa nova filosofia de prática e que o autor chamou de marcos referenciais do Paradigma de Promoção de Saúde, entre os quais citou:

- descoberta da natureza infecciosa, multifatorial, dinâmica e sócio-econômico-cultural dos processos saúde-doença cárie e periodontal.
- compreensão dos fenômenos de des-remineralização que operam permanentemente na boca e que explicam porque as perdas minerais localizadas derivam do rompimento do equilíbrio dinâmico que deve existir entre o mineral do dente e o meio ambiente bucal.
- comprovação da eficácia pré e pós-eruptiva dos compostos fluoretados e melhor compreensão dos seus mecanismos preventivos-terapêuticos, incluindo o papel que desempenham nos fenômenos da des-remineralização e na alteração do ambiente ecológico da placa bacteriana, ao afetar a produção de ácido, de glicanos e a capacidade acidúrica das bactérias.
- desenvolvimento de métodos clínicos para diagnóstico da atividade cariogênica e periodonto-patogênica, criando condições para a descoberta precoce e o tratamento mais específico daqueles que apresentam maior risco de exibir lesões no futuro.
- comprovação de que é possível retardar a colonização/infecção das crianças por bactérias cariogênicas e diminuir o desafio cariogênico futuro, trabalhando no âmbito materno-infantil.
- compreensão de que o tratamento odontológico não pode se centrar nas lesões, pois elas são apenas o resultado de um desequilíbrio duradouro do binômio saúde-doença cárie ou periodontal e não a sua causa.
- compreensão de que essas patologias devem ser tratadas como doenças e não como lesões, sendo portanto necessária a identificação das variáveis intra e extrabucais que estão desequilibrando o processo saúde-doença cárie e periodontal.
- conscientização da importância de garantir o controle das infecções cruzadas e a biossegurança nos consultórios e serviços pelo uso apropriado dos novos conhecimentos e novas tecnologias.
- reconhecimento de que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela.
- comprovação de que as doenças infecciosas bucais ou a microbiota da cavidade oral podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas com quadros graves capazes, inclusive, de levar o paciente à morte (WEYNE, 1997:20).

A partir deste paradigma de promoção de saúde bucal, ocorreu a compreensão de que o tratamento odontológico não se pode centrar apenas nas lesões cariosas, mas que essas patologias devem ser tratadas como doenças, e o

atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional. Observa-se que muitos avanços foram obtidos nos níveis de saúde oral na última década, mas também há muito o que percorrer, pois a doença cárie no Brasil ainda está longe de poder ser considerada sob controle e muito menos de ser erradicada, constituindo, ainda, grave problema de saúde pública.

Para que este novo modelo de atenção à saúde bucal, com base na promoção de saúde, funcione realmente, são necessárias mudanças socioculturais profundas. A incorporação de novos conhecimentos e referenciais levam tempo para serem absorvidos. Promover saúde bucal ainda constitui, hoje, grande desafio, pois é necessário passar por transformações na organização de práticas de saúde bucal, deixando para trás o modelo assistencialista, referido no primeiro capítulo desta dissertação, para um modelo participativo e democrático. O dentista sozinho não pode processar essas mudanças. Promover saúde bucal numa perspectiva de promoção à saúde requer também a participação direta da sociedade, do Poder público, do indivíduo e comunidade. Sobre o tema, Watt (2004, p.05) comenta que "a essência da prática de promoção de saúde contemporânea é a necessidade de abordar as causas subjacentes de saúde e doença na sociedade e os determinantes de saúde". Há um reconhecimento de que as condições e a estrutura social são verdadeiros agentes etiológicos na maioria das doenças crônicas e que promover saúde é direcionar as ações para os determinantes causais.

De 29 de julho a 1º de agosto de 2004, aconteceu 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília-DF, com o tema central: "Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social", sendo debatido a partir de quatro eixos temáticos: Educação e cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização da atenção em saúde bucal. O eixo temático formação e trabalho em saúde bucal apresentou algumas propostas, dentre as quais, cabe destacar:

- Estruturar mecanismos de acompanhamento e monitoramento, tornando obrigatória a reformulação periódica dos currículos acadêmicos de todos os cursos relacionados à área da saúde, direcionando-os para a melhoria da qualidade da atenção básica, com ênfase no modelo de promoção de saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos princípios éticos, na intersetorialidade, na competência e habilidade técnica para atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da humanização da atenção à saúde bucal.
- Requerer mudanças no setor educacional nos diversos níveis de ensino e da formação profissional que resultem no desenvolvimento de informações adequadas da melhoria de capacidade gerencial da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições, e introduzir saúde bucal

como tema transversal, nos currículos escolares, públicos e privados e em todos os níveis de formação profissional, a partir de um comprometimento dos órgãos de educação em saúde como um atributo para as práticas de saúde e a promoção de saúde bucal.(BIANCALANA, 2004, p. 26).

Nesse sentido, a relação promoção de saúde bucal e promoção da saúde são inerentes a um mesmo processo, e não podia ser diferente, pois nessa argumentação teórica, o caminho da transformação vai também pela trilha da formação profissional, da promoção de saúde bucal e promoção de saúde e vice-versa. A ordem dos fatores não vai alterar os resultados produzidos por esta tríade na população, uma vez que funciona, no mínimo, em uma via de mão dupla, e é nessa via complexa, interligada e mesclada que focalizamos o PSF como um espaço para a concretização das práticas de promoção de saúde bucal.

Neste capítulo, abordamos a temática da promoção da saúde na promoção de saúde bucal, tendo-nos louvado nas obras de vários autores, entre eles Buss (2003), referencial na literatura sobre essa temática, como podemos evidenciar melhor nesse quadro teórico:

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE

Promoção de saúde: definindo novos cenários na promoção de saúde bucal

	TÓPICOS TRABALHADOS	AUTORES CONSULTADOS
PROMOÇÃO DE SAÚDE: NOVOS CENÁRIOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de promoção de saúde - Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde - Promoção de Saúde no contexto do SUS - Política Nacional de Promoção de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Weyne (1997) Pinto (2000) Morano e Maia (2001) Buss (2003)* Biancalana (2004) Watt (2004)

* Autor destacado como referência do capítulo

3.4 PSF: espaço para concretização das práticas de promoção de saúde bucal

O Programa de Saúde da Família - PSF foi estruturado com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo nova

dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1998, p.10).

Constitui-se o PSF em uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para a reestruturação da atenção básica, que busca a vigilância à saúde por meio de ações individuais e coletivas, situados principalmente no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.

O PSF propôs primeiramente, em 1994, a criação de uma equipe de saúde composta de um médico generalista, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe teria como princípios básicos:

- Base territorial: todas as atividades têm como referência uma determinada área geográfica, que apresenta população com características epidemiológicas e sócio-econômicas semelhantes, permitindo a intervenção estratégica da equipe de saúde da família;
- Processo saúde-doença: entendido enquanto resultante de uma série de "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". (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990);
- Promoção de saúde: desenvolvimento de atividades que influem nos determinantes do processo saúde-doença, combinando métodos e enfoques distintos, mas complementares, através da participação concreta da população e facilitação proporcionada pelos profissionais de saúde;
- Ação na família: o coletivo proposto é o núcleo familiar, proporcionando comprometimento com os problemas da própria família e os da comunidade;
- Aspectos subjetivos da saúde: engloba fatores como a relação interpessoal, a inclusão das pessoas enquanto potencializadores no cuidado à saúde, aspectos psicológicos na determinação das enfermidades e humanização do atendimento;
- Capacidade para gerenciar recursos: tendo em vista a necessidade da otimização de recursos, todos os profissionais têm que planejar e adequar os investimentos para melhor utilização dos recursos;
- Atenção primária: privilégio às ações de promoção de saúde e prevenção das doenças, visando redução de internações hospitalares e intervenções de maior complexidade;
- Equipe de saúde interdisciplinar: organizando o sistema de saúde através de problemas e de programas, procurando a melhor solução, independente da formação acadêmica específica;
- Ação intersetorial: envolvendo órgãos e unidades das áreas de saneamento, educação, trabalho, obras, assim como instituições religiosas, filantrópicas, entre outras (NORO, 2002, p.20).

Verifica-se de fato que, na sua construção, o PSF tem na sua essência a promoção de saúde como meta, pois a saúde deve ser pensada não mais como ausência de doença, mas como produto da qualidade de vida da população, que tem como eixo de atenção as pessoas saudáveis e a família como o foco principal dessa estratégia. Nesse entendimento Sucupira (2003, p. 11) refere que

[...] a promoção de saúde deve ser o objetivo principal no trabalho dos profissionais do PSF. Isso implica ir além da resolubilidade imediata da queixa trazida pelo indivíduo e a necessidade de construir um novo processo de trabalho que permita à população identificar os problemas e potencialidades, reconhecendo as condições e os fatores envolvidos na produção da queixa, do sofrimento e da saúde.

Isto implica intervir coletivamente no desenvolvimento de uma política saudável, visando à qualidade de vida, pois a promoção de saúde é concebida como uma responsabilidade de toda a sociedade. Ao discorrer sobre o assunto, Sousa (2003, p.19) reforça essa nossa compreensão ao constatar que:

[...] são responsabilidades de todos nós a guarda das conquistas e a ampliação do ciclo virtuoso na 'acumulação de forças, saberes e vontades, para reafirmar uma 'nova saúde', e esta voltada para o cuidar das famílias, nos seus espaços geopolíticos, possibilitando uma revisão no cotidiano das práticas exercidas pelos profissionais, priorizando a promoção e proteção da saúde...

Como visto em capítulos anteriores desta dissertação, a Odontologia traz nas suas raízes o modelo flexneriano, cuja ideologia está pautada no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e ênfase no aspecto curativo. O primeiro tipo de atendimento prestado pela Odontologia nos serviços públicos caracterizou-se por ser de livre demanda e tipicamente flexneriano (ZANETTI, 1996, p.21). Este modelo de assistência odontológica nos serviços públicos perdurou por muitas décadas, caracterizado pela falta de planejamento (livre demanda) e avaliação, além da inexistência de trabalho e técnicas uniformes, pelo preparo inadequado do profissional para a execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, ou seja, reproduzia a lógica interna de assistência prestada em consultórios odontológicos particulares (CALADO, 2002, p. 5).

Em 1951, com a criação da Seção de Odontologia nos Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP, observou-se a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico na forma de "sistema incremental"¹¹, ou seja, pela incorporação gradativa de indivíduos no atendimento a partir das menores idades, e realizado por meio de um tratamento intensivo e efetivado em poucas sessões. Para o restante da população, a assistência ocorria de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o sistema previdenciário (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social–INAMPS), as secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas. A partir dos anos 1970,

¹¹ Sistema incremental é um método de trabalho que visa ao completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas.

surgiram também algumas opções de assistência odontológica, como a Odontologia simplificada e a Odontologia integral, a primeira, na tentativa de aumentar a produtividade e ampliar a cobertura com menor custo, por meio de simplificação de técnicas, equipamentos e recursos humanos e a segunda, dando ênfase ao aspecto preventivo e ações promocionais realizadas por outros profissionais além do cirurgião-dentista. Ambas não se consolidaram, a não ser em algumas experiências contingenciais (CALADO, 2002, p.7).

Após os anos 1980, esses modelos assistenciais tiveram que se adequar à criação do SUS, imputando aos municípios um grande desafio de reorganização da prática odontológica, seguindo os princípios do SUS, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal, ênfase no preventivo e na promoção de saúde no sentido de modificar a situação epidemiológica, a forma de atenção e ainda reaver a saúde bucal como condição de cidadania, que se transformaram nas tarefas da saúde bucal coletiva. Com essa referência, foram surgindo experiências de modelos de assistência odontológica a partir da família, como em Curitiba e Distrito Federal (1997), Cabo de Santo Agostinho (1997) e Camaragibe-PE (1998), Aracaju (1999), e outras experiências relatadas na literatura em municípios e/ou estados (CALADO, 2002, p. 17). Essas experiências foram se multiplicando em todo País, contribuindo para a inclusão, mais tarde, do cirurgião-dentista no PSF.

Em 8 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde pela da Portaria Nº 1444¹², consolidou a inclusão da saúde bucal no PSF, com o qual estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio desse programa. A partir de então, os municípios começaram a se reorganizarem para a implantação das equipes de saúde bucal, por meio das seguintes estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, seguindo o que recomenda a Portaria Nº 267 do Ministério da Saúde, parte do texto aqui reproduzido ¹³:

1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família dar-se-á por meio de duas modalidades:
modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e

¹² Portaria do Ministério da Saúde do Brasil Nº 1.444/GM em 28 de dezembro de 2000. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, p .85, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa da Saúde de Família.

¹³ Portaria do Ministério da Saúde do Brasil Nº 267/GM em 06 de março de 2001. Publicada no DOU de 07 de março de 2001, seção 1, p. 67, que estabelece normas e diretrizes da saúde bucal.

modalidade II, que compreende um cirurgião dentista (CD), um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.
3. A relação de equipe de saúde bucal – ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:
 - 3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;
 - 3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e
 - 3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.
4. A adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população.
5. As equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados.
6. As ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização –PDR- do SUS;
7. Os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;
8. As ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;
9. O registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB -, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;
10. O processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

A formulação do modelo de atenção à saúde bucal no PSF segue os princípios preconizados pelo PSF (e não poderia ser diferente), destacando o princípio da integralidade, intersetorialidade, hierarquização e outros. Para a operacionalização desse novo modelo, entretanto, podemos constatar, juntamente com um grande número de estudiosos do tema, a necessidade da formação de recursos humanos na Odontologia, para o desenvolvimento desse novo processo de trabalho.

Em 2004, o PSF completou 10 anos de existência, contemplando cerca de 60 milhões de pessoas, ou seja, 37,7% da população brasileira, empregando 19.943 equipes de saúde da família atuando em 4565 municípios e 7.131 equipes de saúde bucal em todo o Brasil. Nesta, a cobertura é de 2.944 municípios, ou 36 milhões de habitantes, correspondendo em torno de 26,6% da população (MACHADO, 2004, p. 10). O Estado do Ceará, em 2004, contava com uma população de 7.660.535 habitantes, possuía 1.270 equipes de PSF funcionando, sendo 87 equipes na capital e 1.183 equipes de PSF no restante do Estado, com uma cobertura de equipes de PSF funcionando de 51%. Nesse mesmo período, o Estado contava com 733 equipes de saúde bucal (SESA/CODAS,jun/2004).

Em setembro de 2006, o Brasil com uma população de 186.089.112 habitantes, apresentava uma cobertura do PSF de 85,5% da população brasileira, empregando 26.650 equipes de saúde da família atuando em 5.087 municípios¹⁴. O Estado do Ceará, nesse mesmo período, possuía 2.034 equipes de PSF implantadas, com uma cobertura de 65% em 184 municípios para uma população de 7.547.690 habitantes (Atesto do Núcleo de Atenção Básica de Saúde - SESA, set./2006). É nas cidades da zona rural onde ocorre maior avanço do programa, e é importante ainda referir que, em municípios de pequeno porte, a cobertura do PSF chega a 100%.

Com relação às Equipes de Saúde Bucal - ESB, o Brasil apresenta atualmente, um total de 14.597 equipes de saúde bucal em 5.087 municípios¹⁵, enquanto que no Estado do Ceará, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, em setembro de 2006, havia 1.462 equipes de saúde bucal em 184 municípios. Com este total de ESB, a cobertura do Estado do Ceará já contempla a Portaria N° 267 do Ministério da Saúde, que recomenda uma ESB para, em média, 6900 habitantes. A questão recai sobre de que forma está a distribuição dessas equipes de saúde bucal por todo o Estado, pois, segundo a Coordenação da Célula de Saúde Bucal do Estado do Ceará são necessárias 2.250 ESB para atender a população cearense. Pode-se visualizar melhor no Quadro 2 a seguir, esse panorama.

¹⁴ Informações coletadas no DAB/SESA.

¹⁵ Informações coletadas no DAB/SESA

QUADRO 2 - Distribuição do número de equipes do PSF e de Saúde Bucal no Brasil e no Estado do Ceará em setembro de 2006.

PSF e ESB	Nº EQUIPES	Nº MUNICÍPIOS	COBERTURA
PSF Brasil	26.650	5.087	85,5%
PSF Ceará	2.113	184	65,0%
ESB Brasil	14.597	4.189	71,4%
ESB Ceará	1.462	184	63,0%

Fonte: DAB/SESA.

É lícito concluir que, a cada ano, tanto o PSF como as equipes de saúde bucal continuam avançando a sua cobertura. Em 2004, o PSF no Brasil e no Ceará, respectivamente, tinha uma cobertura de 37,7% e 51%, e atualmente, conta com 85,5% e 65%. Com relação às ESB no Ceará, ocorreu um avanço de 733 equipes em 2004, para 1.462 equipes em 2006.

Dentre as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal do PSF, de acordo com a Portaria de Nº 267, de 06 de março de 2001, do Ministério da Saúde, têm-se:

1. participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
2. identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
3. estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.
4. executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
5. organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
6. sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde
7. programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
8. desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal (BRASIL, 2001, p. 67).

Verifica-se, por estas atribuições elencadas pelo Ministério da Saúde, que ao profissional da Odontologia inserido em uma equipe de saúde bucal no PSF recai uma grande responsabilidade no desempenho de suas funções, pois, durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal se caracterizou prioritariamente por prestar assistência aos escolares mediante de programas voltados para a cárie e doença periodontal, enquanto os outros grupos populacionais utilizam os serviços odontológicos para o atendimento a situações de urgências, ou seja, uma

assistência centrada em ações curativas e ênfase na intervenção clínica e individual prestada no consultório odontológico. Hoje, a lógica da atenção que se propõe é outra. Sua principal função é a provisão do cuidado clínico, entretanto, todo clínico deve ter a responsabilidade de abordar também as necessidades preventivas de seus pacientes, bem como promover a sua saúde. Realizar esse papel eficientemente requer a compreensão dos princípios de promoção de saúde e, em especial, o reconhecimento da influência dos determinantes sociais. Assim, para atender a estas novas atribuições propostas pelo Ministério da Saúde para o cirurgião-dentista no PSF, as universidades necessitam adequar o seu modelo de ensino no bacharelado. Esta adequação que já está se concretizando, em parte, por meio do PPP. Sobre o assunto comenta Watt (2004, p.10) que

[...] os dentistas de saúde pública tem um papel essencial a desempenhar na promoção de saúde como defensores da recuperação de saúde bucal. Uma série de oportunidades existe no campo da promoção de saúde para aqueles dentistas de saúde pública que querem se engajar em um estilo diferente de trabalho. Em vez de serem o profissional especialista em uma organização hierárquica, o trabalho de promoção de saúde irá freqüentemente envolver uma abordagem em equipe. Os dentistas de saúde pública podem se tornar defensores do desenvolvimento de política de saúde pública para criar um ambiente social de maior suporte para saúde bucal.

Tomando como referência os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa, Aerts (2004, p.136) comenta que as atribuições do dentista no plano local podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, para o desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Ainda segundo Aerts (2004, p.136) o fortalecimento de ações comunitárias visando à integração da abordagem tradicional vertical com a abordagem horizontal, com o envolvimento ativo da população em questões que elas conhece como ninguém, ou seja, as suas necessidades, atuando na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados. Compreende Aerts (2004,) que as atribuições no contexto local também se entendem no desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a saúde mediante o fortalecimento da autoconfiança e da auto-estima, porquanto, o cirurgião-dentista tem papel importante a assumir no auxílio das pessoas, bem assim na reorientação dos serviços, por meio de serviços odontológicos promotores de saúde, com a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários

aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal.

Compreendemos que o PSF se configura como importante espaço para a promoção de saúde, se levarmos em consideração o fato de que é a atenção básica o nível prioritário para o incremento das ações de promoção de saúde. Para ocupar esse espaço, o profissional de Odontologia precisa incorporar, radicalmente, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva intersetorial. Incorporar a saúde bucal no PSF não significa só incluir o cirurgião-dentista (CD) na equipe mínima, constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, mas exige articulação do trabalho desses profissionais, e desses com outros setores e também com a comunidade. É de consenso público o fato de que a participação da comunidade para a melhoria da qualidade de vida da população é imprescindível, Para Aerts (2004, p.133), essa prática requer:

uma atitude de co-responsabilidade. Isto é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade.

Interessante é comentar sobre a participação da comunidade, pois ela se constitui uma tarefa nada fácil de se conseguir. Observamos no cotidiano é que essa participação ainda é incipiente, e uma das interrogações recai sobre como motivar as pessoas para à participação ativa, para exercer a sua cidadania, incluindo aí seus direitos e deveres. O caminho para isso certamente é a Educação em Saúde.

O trabalho interdisciplinar, as atividades intersetoriais e o entrosamento com a comunidade configura este novo paradigma de saúde no PSF, que devem ser buscados pelo cirurgião-dentista de maneira a tornar-se um profissional de saúde dentro do perfil proposto no Sistema Único de Saúde - SUS. Creio que esse é o grande desafio do dentista no PSF, ou seja, o seu entendimento na qualidade de profissional de saúde como promotor de saúde, por meio do fortalecimento da ação comunitária, da reorientação dos serviços odontológicos, no estabelecimento de um ambiente mais favorável à manutenção da saúde, superando a deficiência de sua formação odontológica, que, de modo geral, até recentemente ainda, não fornecia essa qualificação.

Observamos que o contexto de saúde foi modificado, pois se apresenta com a exigência de uma compreensão mais ampla, descentralizado, não apenas

voltado para os aspectos biológicos, mas envolve outros aspectos, como culturais, psicológicos, sociais e econômicos. Há, portanto, uma exigência e uma emergência quando a formação do profissional cirurgião-dentista para se integrar de maneira adequada ao PSF. Desse profissional é exigida uma prática que inclua uma nova abordagem em relação aos usuários, que não foi vivenciada em sua formação acadêmica, pois envolve situações que permeiam a construção de questões coletivas. Problemas dessa ordem já foram percebidos, analisados e divulgados.

Na Oficina de Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná – NESCO, e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em 1992, foram apontados os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no SUS:

- a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social;
- a limitação do conceito saúde-doença pela não incorporação da dimensão social;
- a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços;
- a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado;
- a prática da atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico;
- o isolamento do cirurgião-dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde;
- a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas (AERTS, 2004, p.132)

Acreditamos que todos estes problemas há pouco referidos também são vivenciados no Estado do Ceará, relativamente à inserção do profissional de saúde bucal no SUS. Volschan *et al* (2002:315), quanto ao ensino/formação comentam que

[...] quando se fala em preparação adequada, deve-se ter em mente não apenas a utilização do profissional de saúde bucal para a solução de problemas imediatos, mas também a sua capacitação para sentir e gradualmente ajustar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, socioeconômica e cultural, cuja interação obriga a uma constante revisão do papel a ser desempenhado pela Odontologia como instituição social.

Esse compromisso social, o pensamento coletivo e a ação de fazer com que esta realidade coletiva seja transformada, são três fatores imprescindíveis para promover uma consciência sanitária, da qual a coletividade participa, e devem ser cultivados arduamente para a melhoria da saúde bucal da população.

Vejamos agora o quadro teórico de análise do capítulo:

QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE
PSF: espaço para a promoção de saúde bucal

	TÓPICOS TRABALHADOS	AUTORES CONSULTADOS
PSF: ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias do PSF - Inclusão da Saúde Bucal no PSF - Situação atual do PSF e ESB no Brasil e Ceará - Atribuições dos profissionais de saúde bucal no PSF - Promoção de saúde no PSF 	Zanetti (1996) Calado (2002) Volschan et al (2002) Noro (2002) Sousa (2003) Sucupira (2003) Aerts (2004) Watt (2004)

Essas considerações reforçam as descrições expostas no início desse capítulo, elaborado para servir de fundamentação ao objeto de estudo proposto na presente investigação.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

... As vezes, a gente se sente assim, um pouco enxugando o gelo... (Entrevistado 6).

4.1 Tipo de estudo

O conhecimento científico pode ser considerado como uma das tarefas mais complexas da atividade humana. A produção do conhecimento, ou seja, a produção de idéias apresentam um caráter social e coletivo. Social porque o conhecimento reflete o contexto social no qual é produzido; coletivo porque o homem não produz conhecimento sozinho, assim como o saber, uma vez produzido, interfere na vida da coletividade, pois a sociedade se modifica com o conhecimento (MOROZ e GIANFALDONI, 2002, p.9).

A elaboração do conhecimento científico envolve a busca de respostas, e a pesquisa científica tem por objetivo elaborar explicações sobre a realidade, sendo possível tanto preencher lacunas num determinado sistema explicativo vigente num momento histórico, quanto pôr em xeque dado sistema. Nesse sentido, é um processo sempre em constante transformação e que exige um método ou uma metodologia para sua realização, envolvendo algumas atividades, como a formulação do problema, o planejamento, a coleta dos dados, sua análise, a interpretação e, finalmente, a comunicação da pesquisa (MOROZ e GIANFALDONI, 2002, p. 14). É do domínio dos metodólogos a noção de que a pesquisa deve iniciar com um problema, percorrendo todas essas etapas, constituindo-se seu percurso metodológico, que revela o caminho a ser percorrido na investigação. Nesse entendimento, a metodologia utilizada em uma pesquisa depende do objeto a ser estudado e no caso deste estudo, o objeto a ser investigado é a análise da formação do cirurgião-dentista para atenção à promoção de saúde bucal no PSF.

Nessa investigação, empregamos uma metodologia predominantemente qualitativa, de natureza descritiva, exploratória e também documental, pois parte do estudo inicial foi realizado em documentos, que receberam tratamento analítico com vistas a uma caracterização da formação desse profissional.

Ensina Minayo (1998, p.19) que o método qualitativo traz como contribuição ao trabalho uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo,

capazes de contribuir para melhor compreensão dos fenômenos. A pesquisa é exploratória porque objetiva esclarecer e desenvolver idéias, com o objetivo de fornecer a primeira aproximação a um determinado fenômeno; é de natureza descritiva porque os fenômenos foram observados, registrados, analisados e interpretados. Descritiva também porque expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza (VERGARA, 2000, p.47). O trabalho de descrição tem caráter fundamental em um estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são observados, caracterizados e analisados. Busca-se na descrição as razões latentes nas coisas.

4.2 Campo de estudo

A unidade geográfica da investigação foi, por um lado, as instituições de ensino superior, Universidade Federal do Ceará - UFC e Universidade de Fortaleza - UNIFOR, com seus cursos de graduação e projetos político-pedagógicos-PPP dos cursos de Odontologia. De outra parte é composta por três municípios compreendidos na 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará – CERES: Quixadá, Quixeramobim e Choró. Os dois primeiros municípios são pólo¹⁶ dessa microrregião de saúde.

As universidades UFC e UNIFOR foram escolhidas por serem as instituições no Estado do Ceará a possuírem cursos de graduação em Odontologia¹⁷, com profissionais já entregues ao mercado, pois outras apenas iniciaram seus cursos. Os critérios que subsidiaram a escolha da Célula Regional de Saúde - CERES para o presente estudo decorreu do fato de esta pesquisadora residir e exercer atividades profissionais nesta região, e também por ser Quixadá município pioneiro na implantação do Programa Saúde da Família no País. Quixeramobim é o município que apresenta o maior número de equipes de saúde bucal implantadas e Choró foi um dos dez municípios escolhidos pelo Governo do Estado do Ceará para a implantação do Projeto Dentista da Família, no ano de 2003, pois apresentava baixos Índices de Desenvolvimento Humano Municipais –

¹⁶ Município-Pólo são aqueles que apresentam papel de referência para outros municípios no segundo e terceiro nível da atenção secundária.

¹⁷ O curso de Odontologia foi criado primeiramente na UFC, em 12/03/1916 e reconhecido pelo Conselho Federal de Educação no dia 31/01/1940, pela lei 5.205 e federalizado em 1950 pela lei 1.254 de 04/12/1950. O curso da UNIFOR iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1995 com a Resolução do CFE 04/82, de 03/09/1982, e parecer favorável do CNS em 11/11/93.

IDH-M. A natureza da escolha levou em consideração, também, estes fatores bastantes significativos para a análise do objeto a ser investigado, assim como pensar em contribuir para a melhoria da atenção de saúde bucal nesses municípios.

A 8ª Célula Regional de Saúde - CERES tem sede situada no Município de Quixadá, com cobertura populacional de 278.153 habitantes, distribuídos da seguinte forma nos municípios que a compõem de acordo com a Célula de Atenção Primária da 8ª CERES.

QUADRO 3 – Distribuição dos municípios que compõem a 8ª CERES e sua população no ano de 2005

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
QUIXADÁ	74.791
QUIXERAMOBIM	59.235
PEDRA BRANCA	41.961
SOLONÓPOLE	17.386
SENADOR POMPEU	27.440
BANABUIÚ	17.307
MILHA	13.880
IBARETAMA	13.383
CHORÓ	12.770
TOTAL	278.153

Este Quadro evidencia não só a abrangência em termo de área geográfica a ser coberta, como da demanda a ser atendida.

Esta Microrregional de saúde tem como missão assegurar a formulação e a gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva. Tem por competências:

- implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito microrregional;
- assessorar para organização dos serviços na microrregião;
- orientar, planejar, acompanhar, avaliar e monitorar as atividades e ações de saúde em âmbito microrregional, segundo normas técnicas;
- promover articulação interinstitucional;
- gerir o sistema de referência e contra-referência no âmbito microrregional; e

- executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito microrregional¹⁸.

4.2.1 Características dos municípios selecionados para a coleta de dados

4.2.1.1 Quixeramobim¹⁹

O Município de Quixeramobim fica localizado na região do sertão central do Estado do Ceará, possuindo área territorial de 3578 km², equivalendo a 2,44% do Estado. É o terceiro maior do Estado do Ceará. Está dividido em 11 distritos: Sede, Belém, Nenelândia, Uruquê, Lacerda, Pau Branco, Damião Carneiro, Passagens, São Miguel, Encantado e Manituba. A população do Município estimada para o ano de 2006 é de 59.235 habitantes, com uma densidade demográfica de 16,46 hab/km². A cidade está distante da capital 220 km, tendo como limites: ao norte, os Municípios de Madalena e Choró; ao sul com Solonópole, Milhã, Senador Pompeu e Pedra Branca; ao leste, Banabuiú e Quixadá; e o oeste, com Boa Viagem.

O território do Município é cortado pelos rios Quixeramobim, Banabuiú e Pirabibu, que, com inúmeros outros rios e riachos temporários formam a bacia hidrográfica do rio Banabuiú. O clima é tropical semi-árido, portanto quente e seco, porém salubre. Apresenta temperatura em graus Celsius: máxima registrada 38°, média máxima 32°, mínima registrada 16,8°, média mínima 24°, compensada 28°. A precipitação pluviométrica é bastante variada, sendo a média anual de 668,4 milímetros. A velocidade dos ventos é em média de 1,44 km/h e geralmente sopram do litoral para o sertão; a pressão atmosférica é de 866 milímetros.

Nos aspectos econômicos, a economia do Município tem base na agricultura, pecuária, comércio, indústria e serviços. Possui 457 estabelecimentos comerciais, 99 indústrias de transformação, 3 agências bancárias e 2 hospitais. Quixeramobim destaca-se por ter o maior rebanho bovino leiteiro do Estado, onde possui aproximadamente 60.000 cabeças de bovino e produz 110.000 litros de leite/dia, sendo a maior bacia leiteira do Estado do Ceará. Possui também rebanhos significativos de ovinos, caprinos, suínos, asininos, muares e galináceos.

¹⁸ Informações fornecidas pela 8ª CERES/SESA/ 2006.

¹⁹ Informações sobre o Município foram coletadas *on line* nos sites: www.municipios-ce.com.br e www.coraçãodoceara.zip.net. Acesso em: 09 setembro 2006.

As culturas mais desenvolvidas no Município são feijão, milho, arroz, algodão e fruticultura, onde são cultivados banana, melão, mamão, maracujá e hortaliças no vale do rio Forquilha, Distritos de São Miguel e Manituba. Destacam-se os projetos de revitalização da cotonicultura, o Infoleite, que consiste no monitoramento do rebanho bovino leiteiro dos produtores, e ainda o Programa Pingo d'Água, com a perfuração de poços tubulares artesianos em aluvião.

Possui também minerais, como pedras preciosas do tipo citrinos, águas-marinhas, turmalinas, margaritas, granadas e outras, cristais de rocha, como ametistas (quartzo lilás), quartzo fumê e quartzo rosa e minerais industriais, dos tipo muscovitas, berilo, fedspato, tantalita, quartzo industrial, minério de lítio e calcário e ainda minerais utilizados em artesanato: ônix mármore, calcário e quartzos²⁰.

No setor educacional, o Município possui em sua rede estadual 7 escolas de ensino fundamental e médio e 177 escolas municipais e 9 particulares (2004)²¹. Conta, ainda, com uma Fundação Universitária do Sertão Central (UNICENTRO), com 180 alunos.

Com relação à saúde, o Município de Quixeramobim está habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica, contando com 32 unidades ambulatoriais, dois hospitais : o Hospital Regional Dr. Pontes Neto e o Hospital Infantil Nossa Senhora do Perpetuo Socorro. Possui ainda um Centro de Saúde, um Centro de Atenção Integrada – CAIC, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e uma Unidade de Vigilância a Saúde. Conta com 16 equipes de PSF qualificadas e 16 equipes de PSF funcionando, com uma cobertura de 100%. É beneficiário do trabalho de 151 agentes comunitários de saúde – ACS, estando 96 destas na zona rural e 55 na zona urbana²².

Com relação à atenção a saúde bucal, o Município iniciou a implantação das equipes de saúde bucal no mês de agosto do ano de 2001, contando inicialmente com 7 equipes. Em agosto de 2006, contava com 16 equipes de saúde bucal cadastradas e 13 equipes de saúde bucal funcionando, com 13 cirurgiões-dentistas, 13 atendentes de consultório dentário - ACD e 06 técnicos de higiene

²⁰ Informações sobre o Município foram coletadas *on line* nos sites: www.municipios-ce.com.br e www.coraçãodoceara.zip.net. Acesso em: 09 setembro 2006.

²¹ Informações fornecidas pelo Centro Regional de Desenvolvimento Pedagógico da Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará – CREDE 12.

²² Informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixeramobim e 8ª CERES.

dental -THD. Atuam com 07 equipes do tipo modalidade 1 e 06 equipes do tipo modalidade 2²³. Estas modalidades de atendimento já foram referidas no capítulo 3.

Em janeiro do corrente ano (2006), implantou o Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, com 5 cirurgiões-dentistas e 2 atendentes de consultório dentário, oferecendo serviços de endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, biopsia e diagnóstico de câncer bucal e radiologia.

Com relação às ações de promoção de saúde, destacam-se:

- Bombeiros e Saúde junto à Terceira Idade.
- Projeto Amor à Vida
- Agente Jovem (Multiplicadores de Saúde).
- Campanhas Educativas sobre DST/AIDS, planejamento familiar e dengue.
- Casa de Assistência às Gestantes.
- Programa de Rádio semanal: "Saúde em Ação".

A importância desse Município no contexto estadual pode também ser constatada em seus indicadores de saúde no Quadro 4, a seguir:

QUADRO 4 – Indicadores de Saúde do Município de Quixeramobim em 2005.

INDICADORES DE SAÚDE	Ano-2005
Taxa de mortalidade infantil global/ 1000 NV	19,79
Taxa de mortalidade infantil por diarreia/ 1000 NV	3,44
Taxa de mortalidade infantil por IRA/ 1000 NV	2,58
Taxa de mortalidade infantil por outras causas/ 100 NV	13,77
Nº de nascidos vivos	1162
% nascidos vivos com baixo peso ao nascer	5,86
Nº de gestantes cadastradas	549
% gestantes menores de 20 anos	26,41
% gestantes com vacina em dia	98,90
% de crianças 0 a 3 meses e 29 dias c/ aleitamento exclusivo	63,49

²³ Modalidade 1: compreende a equipe de saúde bucal com cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário e Modalidade 2: compreende a equipe de saúde bucal com cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dental.

% de crianças 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas	2,19
Nº diabéticos cadastrados	736
% diabéticos acompanhados	95,65
Nº hipertensos cadastrados	4277
% hipertensos acompanhados	94,08
Nº pessoas com hanseníase cadastradas	25
% de pessoas com hanseníase acompanhadas	100,0
Nº pessoas com TB cadastradas	9
% de pessoas com TB acompanhadas	100,0
Total de famílias acompanhadas	16890
Total de famílias estimadas	16009
Média de visitas por famílias	1,08

Fonte: SIAB

4.2.1.2 Quixadá²⁴

O Município de Quixadá está situado na porção centro-oriental do Estado do Ceará, com uma extensão territorial de 2059 km², distando da capital (Fortaleza) 167 km, com uma população estimada em 74.791 habitantes, sendo que aproximadamente 55% desta população está vivendo em área urbana. O Município está dividido em 13 distritos: Califórnia, Cipó dos Anjos, Custódio, Daniel de Queiroz, Dom Maurício, Juá, Juatama, Riacho Verde, Sede, São Bernardo, São João dos Queiroz, Tapuiará e Várzea da Onça. Limita-se ao Norte com Itapiúna e Choró; ao sul com Banabuiú; a leste, com Morada Nova, Ibareta e Ibicuitinga; e a oeste, com Quixeramobim. A sede do Município localiza-se a 4°58'17" de latitude sul e 39°00'23" o oeste de Greenwich, com altitude da Sede de 183,8145 metros à nível do mar.

O Município faz parte do chamado semi-árido nordestino, caracterizado por solos que se encharcam na chuva e resseca facilmente nos períodos de estiagem, com lençóis de água superficiais geralmente salinizados, vegetação típica de caatinga, clima tropical quente, com temperatura média anual de 26,7°C, grandes variações pluviométricas com média anual de 818mm e elevados índices de evaporação e evapotranspiração durante todo o ano.

²⁴ Informações coletadas em PINHEIRO (2000, p.34), Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá e *on line* no site: www.ceara.com.br. Acesso em: 09 setembro 2006.

Apresenta, entretanto, muitas belezas naturais, destacando-se afloramentos rochosos em toda sua área, denominados monólitos, daí a denominação do município de "Terra dos Monólitos". O relevo varia de plano suave a ondulado, sendo que a principal elevação é a serra do Estevão, com uma altitude máxima de 700m acima do nível do mar, predominando nessa região a mata úmida.

Os rios Sitiá e Cangati e seus afluentes constituem importantes fontes de água para o período chuvoso. Os açudes Cedro e Pedras Brancas complementam essas fontes, todo ano, além de inúmeras barragens espalhadas por todo o município, representando fontes de apoio à economia local, por meio da pesca e da irrigação, assegurando suprimento de água à população.

A economia de Quixadá depende principalmente do comércio e do subsetor de serviços, onde trabalham aproximadamente 59% da população ocupada (deste montante, 51% são trabalhadores autônomos). A agricultura e a pecuária ocupam hoje papel secundário, sendo que a avicultura marca presença na economia quixadaense, possuindo sete granjas de grande e médio porte.

No aspecto cultural, Quixadá passou por algumas modificações nos últimos anos. Embora incipiente, o turismo da cidade começa a aflorar. O Município possui belíssimos pontos turísticos, reconhecidos nacional e internacionalmente, pela beleza e importância históricas, tais como: Pedra da Galinha Choca, Pedra do Cruzeiro, Pedra Faladeira, Serra do Estevão, Chalé da Pedra, Gruta do Majé, Museu histórico e o Santuário Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão Central.

O sistema educacional de Quixadá abrange 136 escolas na rede municipal, 10 estaduais e 16 no sistema particular (2004)²⁵, atendendo às modalidades de educação pré-escolar, ensino fundamental, ensino médio, ensino supletivo e o nível com superior, com duas faculdades: Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central - FECLESC e Faculdade Católica Rainha do Sertão.

Com relação à saúde, Quixadá foi uma das primeiras cidades do Brasil a implantar o PSF, que, atualmente (agosto de 2006), conta com 17 equipes de PSF qualificadas e 15 equipes de PSF funcionando, atuando com uma cobertura de 88% e contando com o trabalho de 135 agentes comunitários de saúde - ACS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o Município continua operacionalizando a estratégia

²⁵ Informações fornecidas pelo Centro Regional de Desenvolvimento Pedagógico da Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará – CREDE 12.

do PSF contando com 14 áreas descentralizadas de saúde – ADS, sendo 05 localizadas na Sede do Município e 09 na zona rural.

A Secretaria Municipal de Saúde compreende os seguintes estabelecimentos de saúde: Centro de Saúde de Referência de Quixadá, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Reabilitação Fisioterápica, Centro de Vigilância Sanitária e Zoonoses, Núcleo de Educação e Saúde e Mobilização Social, Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso e 15 unidades de saúde distribuídas na Sede e nos distritos. Fazem parte, ainda, do Sistema Local de Saúde, como prestadores de serviços, ao município o Hospital-Maternidade Jesus, Maria e José e o Centro de Doenças Renais.

Com relação às ações de promoção de saúde desenvolvidas no Município destacam-se:

- Projeto Amor à Vida para, adolescentes, trabalhando questões de sexualidade, DSTs, violência e drogas.
- Projeto contra o tabagismo, articulado com a Educação.
- Projeto Sexo Seguro II.
- Projeto Educação e Saúde e Mobilização Social ligado à melhoria sanitária e ao abastecimento.
- Comitê Educação e Saúde, no combate à dengue.
- Programas de rádio, palestras e oficinas de teatro.

Na atenção à saúde bucal, segundo Atesto Mensal de agosto de 2006, o Município possui 10 equipes de saúde bucal qualificadas e 10 equipes de saúde bucal funcionando, sendo todas as equipes do tipo modalidade 1²⁶. Apresenta os seguintes recursos físicos: 15 consultórios dentários, sendo 05 consultórios na Sede e 10 na zona rural. Oferece, ainda, no Centro de Saúde de Referência, serviços de radiologia e endodontia.

Alguns indicadores de saúde do Município de Quixadá podem ser verificados no Quadro 5, para melhor visualização do que está sendo feito com relação à saúde desse Município.

²⁶ Equipe de saúde bucal modalidade 1 é aquela composta de cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário.

QUADRO 5 – Indicadores de Saúde do Município de Quixadá em 2005.

INDICADORES DE SAÚDE	Ano-2005
Taxa de mortalidade infantil global/ 1000 NV	13,17
Taxa de mortalidade infantil por diarreia/ 1000 NV	2,82
Taxa de mortalidade infantil por IRA/ 1000 NV	1,86
Taxa de mortalidade infantil por outras causas/ 100 NV	8,47
Nº de nascidos vivos	1063
% nascidos vivos com baixo peso ao nascer	6,51
Nº de gestantes cadastradas	443
% gestantes cadastradas menores de 20 anos	22,35
% gestantes com vacina em dia	98,19
% de crianças 0 a 3 meses e 29 dias c/ aleitamento exclusivo	73,08
% de crianças 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas	6,19
Nº diabéticos cadastrados	657
% diabéticos acompanhados	94,06
Nº hipertensos cadastrados	2937
% hipertensos acompanhados	93,80
Nº pessoas com hanseníase cadastradas	11
% de pessoas com hanseníase acompanhadas	100,0
Nº pessoas com TB cadastradas	12
% de pessoas com TB acompanhadas	100,0
Total de famílias acompanhadas	18047
Total de famílias estimadas	20213
Média de visitas por famílias	0,86

Fonte: SIAB

4.2.1.3 Choró²⁷

Choró é um município relativamente jovem, pois teve sua criação em 27 de março de 1992, desmembrado do Município de Quixadá, dentro da Mesorregião do Sertão Cearense. Tem área total de 792,7km², o que corresponde a 0,59% da área total em relação ao Estado. Limita-se ao norte com os Municípios de Canindé e Itapiúna, ao sudeste, com o Município de Quixeramobim; ao leste, com Quixadá; e ao oeste com o Município de Madalena. Sua população oficial, conforme censo

²⁷ Informações coletadas no Anuário do Ceará 2005 e Secretaria Municipal de Choró.

demográfico do ano de 2002, de acordo com o IBGE, é de 11.445 habitantes, sendo a população urbana de 2.319 e a população rural de 9.126 habitantes. Possui quatro distritos: Barbada, Caiçarina, Maravilha e Monte Castelo. Apresenta altitude média de 243m, localizada na latitude 4°18' e longitude 38°2'. Possui como acidentes geográficos: o riacho dos Ferras, rio Três Irmãos, riacho Caiçarina, riacho dos Cavalos, rio Cangati, riacho dos Caçados, riacho Mutamba, rio Quixeramobim, rio Choró e a serra do Teixeira.

No aspecto econômico, apresentou um PIB (2004) de R\$ 18.732,01 milhões. A economia de Choró constitui-se basicamente da agricultura e pecuária, com a produção agrícola de algodão arbóreo e herbáceo, caju, milho e feijão. Na pecuária, destaca-se a criação de bovinos, suínos e aves²⁸.

Nos aspectos culturais, o Município tem como padroeiro São Sebastião, sendo comemorada sua festa no dia 20 de janeiro. Possui a cobertura de duas emissoras de rádio AM de Canindé e duas emissoras de rádio AM e uma FM de Quixadá. Não possui bens tombados pelo patrimônio histórico e possui uma Biblioteca.

No setor da educação, possui 1 escola de ensino médio na rede estadual, 55 escolas na rede municipal, e nenhuma escola na rede particular, como também não possui nenhuma instituição de nível superior (2004)²⁹. Com relação ao setor saúde, o Município apresenta Gestão Plena de Atenção Básica com os seguintes estabelecimentos de saúde: Hospital-Maternidade Pe. José Bezerra Filho, Centro de Saúde, Unidade de Vigilância Sanitária, posto de saúde na Sede, e 4 postos de saúde distribuídos nos distritos. O Município apresenta 04 equipes de PSF implantadas e 04 equipes funcionando com os seguintes recursos humanos³⁰: 04 médicos, 04 enfermeiros, 34 agentes de saúde e 05 auxiliares de enfermagem.

Oferece atendimento especializado à população nas áreas de Ginecologia, Urologia e Oftalmologia, sendo que as demais especialidades são referenciadas para os Municípios de Quixadá e Fortaleza. Dando suporte ainda ao Sistema Local de Saúde de Choró, a Secretaria de Saúde pode contar, ainda, com

²⁸ Informações coletadas on line através do site: www.ceara.com.br e www.mediawiki.org. Acesso em 08 setembro 2006.

²⁹ Informações fornecidas pelo Centro Regional de Desenvolvimento Pedagógico da Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará – CREDE 12.

³⁰ Informações coletadas na 8ª CERES, através do DATASUS – SIAB em 08/09/2006 e Secretaria Municipal de Saúde do município de Choró.

os seguintes recursos humanos: 09 médicos, 01 nutricionista, 01 psicólogo, 02 assistentes sociais e 01 fisioterapeuta.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Choró, são desenvolvidas ações de promoção de saúde em trabalho intersectorial com a Vigilância Sanitária, Supervisão de Endemias e Controle de Zoonoses e Secretaria de Obras e Urbanismo. Entre as ações de promoção destacam-se:

- palestras educativas nas unidades de saúde, escolas, creches e centros comunitários abordando temas variados, como DST/AIDS, gravidez na adolescência, importância do tratamento da água, sexualidade, qualidade de vida na terceira idade, etc.
- controle de zoonoses e vigilância à saúde.
- controle de endemias.
- ações coletivas de bochechos com flúor nas escolas.
- entrevistas nas rádios locais, abordando temas de saúde.

Com relação à atenção à saúde bucal, de acordo com o Atesto Mensal³¹ de agosto de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde, o Município possui 04 equipes de saúde bucal implantadas, do tipo modalidade 1, com os seguintes recursos humanos: 04 cirurgiões-dentistas e 04 atendentes de consultório dentário. O Município de Choró foi contemplado em 2003 pelo Governo do Estado do Ceará, com o Projeto Dentista da Família, pois apresentava baixos índices de desenvolvimento Humano Municipais – IDH-M, dando-lhe suporte para a implantação das equipes de saúde bucal. Alguns indicadores de saúde do município de Choró também podem ser vistos no Quadro 6:

QUADRO 6 – Indicadores de Saúde do Município de Choró em 2005.

INDICADORES DE SAÚDE	Ano-2005
Taxa de mortalidade infantil global/ 1000 NV	- *
Taxa de mortalidade infantil por diarreia/ 1000 NV	- *
Taxa de mortalidade infantil por IRA/ 1000 NV	- *
Taxa de mortalidade infantil por outras causas/ 100 NV	- *
Nº de nascidos vivos	221

³¹ Atesto mensal é um documento emitido mensalmente pela Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre a situação das equipes de PSF e ESB.

% nascidos vivos com baixo peso ao nascer	4,07
Nº de gestantes cadastradas	115
% gestantes cadastradas menores de 20 anos	20,00
% gestantes com vacina em dia	100,0
% de crianças 0 a 3 meses e 29 dias c/ aleitamento exclusivo	74,16
% de crianças 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas	1,83
Nº diabéticos cadastrados	119
% diabéticos acompanhados	100,0
Nº hipertensos cadastrados	448
% hipertensos acompanhados	99,55
Nº pessoas com hanseníase cadastradas	1
% de pessoas com hanseníase acompanhadas	100,0
Nº pessoas com TB cadastradas	2
% de pessoas com TB acompanhadas	100,0
Total de famílias acompanhadas	3061
Total de famílias estimadas	- *
Média de visitas por famílias	1,15

Fonte: SIAB

* sem informação

As características apresentadas dos Municípios de Quixeramobim, Quixadá e Choró objetivam evidenciar sua importância, não só na área da saúde, como também na área econômica, educacional e cultural, e, conseqüentemente, como locais significativos para a realização do estudo.

4.3 O caminho trilhado

Para melhor clareza dos passos dados durante a coleta dos dados, dividimos sua apresentação em duas partes. A primeira é relacionada à pesquisa com fontes documentais, e a segunda relaciona-se à coleta dos dados junto aos sujeitos, a qual também pode ser subdividida em duas partes: a primeira, que utiliza o questionário (para obtenção de dados de identificação dos sujeitos), e a segunda que configura a realização da entrevista (junto aos sujeitos significativos).

1ª PARTE

A pesquisa documental foi realizada junto aos cursos de Odontologia da UFC e UNIFOR, e feita com relação à normatização, currículos atuais e anteriores e PPP utilizados nos referidos cursos, com a finalidade de conhecer a organização e conteúdos do trabalho pedagógico da instituição. Para isto, mapeamos os princípios norteadores dos cursos, o perfil do cirurgião-dentista a ser formado, campos de atuação e diretrizes curriculares propostas, com vistas a caracterizar a formação dos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde. Os documentos mapeados foram organizados e interpretados segundo os objetivos da investigação proposta. Cabe salientar que o propósito de mapearmos os currículos antigos decorre de dois fatores imprescindíveis neste estudo; a necessidade de identificação das mudanças ocorrentes nesses cursos para se adequarem às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, e, necessidade de visualizarmos os currículos utilizados para formação dos sujeitos que participaram da pesquisa.

2ª PARTE

Na segunda fase da pesquisa, inicialmente, nos dirigimos à 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará, que possui sede em Quixadá, para a obtenção do último Atesto Mensal³² de funcionamento das equipes de saúde bucal no PSF dos municípios a serem investigados. Com esses documentos, levantamos o número de cirurgiões-dentistas que trabalham nessa área e constatamos que o Município de Quixadá possui 10 cirurgiões-dentistas, Quixeramobim possui 13 e Choró 03 desses profissionais.

Identificados os sujeitos e sua área adstrita de atuação, dirigimo-nos às Secretarias Municipais de Saúde desses municípios e, junto aos coordenadores de saúde bucal, obtivemos a autorização para a realizar a pesquisa, assim como para obter dados de identificação dos sujeitos com relação, principalmente, ao local de formação, categoria importante para a participação do cirurgião-dentista na pesquisa, uma vez que nos interessavam profissionais formados no Estado do Ceará, em virtude da documentação obtida nesses cursos e que serviriam de base para a análise dos dados. De posse dessa realidade, identificamos os sujeitos

³² Este documento é enviado mensalmente pelos municípios à Célula Regional a que pertence com informações sobre a situação das equipes de PSF e ESB.

significativos para participarem do estudo, segundo os critérios apresentados a seguir.

4.4 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos pesquisados foram os cirurgiões-dentistas que trabalham nas equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família - PSF nos três municípios pertencentes a 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará - CERES, Quixadá, Quixeramobim e Choro, que realizaram sua formação odontológica no Estado do Ceará e que quiseram participar do estudo.

Cabe salientar que os sujeitos participantes desta pesquisa ainda foram formados pelos currículos antigos de ambos os cursos, pois os novos entraram em vigor no ano de 2005.1, não possuindo, assim, nenhum profissional no mercado de trabalho com a nova formação, o que não diminui a importância do estudo uma vez que se caracteriza uma formação em transformação, o profissional em atuação, evidenciando as necessidades da realidade de saúde e suas concretas intervenções no cenário de formação.

4.5 A coleta de dados

Na segunda fase da pesquisa, foram utilizados para a coleta de dados dois instrumentos. Um questionário foi aplicado aos cirurgiões-dentistas antes do início da entrevista com a abordagem de informações básicas, sobre educação profissional, trabalho no PSF e atividades que desenvolve na ESB do PSF, com o objetivo de caracterizar esse profissional, com relação à idade, local e ano de formação, cursos de capacitação para trabalhar no PSF e tempo de trabalho no PSF, para conhecer que tipo de profissional está inserido nesse trabalho.

O segundo instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada. Ensina Triviños (1987, p.46) que a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que são recebidas respostas do informante. A entrevista também se torna, por outro lado, um momento de organização de idéias e de elaboração de um discurso para um interlocutor, o que

caracteriza o caráter de recorte da experiência e reafirma a situação de interação como geradora de um discurso particularizado. Esse processo interativo complexo tem caráter reflexivo, num intercâmbio contínuo de significados e o sistema de crenças e valores, perpassados pelas emoções e sentimentos dos protagonistas (SZYMANSKI, 2004, p.14).

A entrevista se caracteriza por ser uma técnica de coleta de dados em que o investigador pede ao entrevistado que fale sobre um tema específico eventualmente decomposto em tópicos, objetivando, no caso, verificar a prática das ações de promoção de saúde bucal desses profissionais, junto à comunidade, e, ainda, relacionar a formação obtida nas escolas, faculdades e universidades com o desenvolvimento dessas atividades. Relacionar aqui não remete ao intento de fazer comparação, mas de visualizar a proposta de formação adequada à atuação do profissional ao seu trabalho; e, no caso específico, ao trabalho na promoção da saúde junto à comunidade atendida por ele.

No Município de Quixeramobim, dos 13 cirurgiões-dentistas que lá trabalham, 12 tiveram formação realizada no Estado do Ceará e apenas um cirurgião-dentista foi graduado no Estado do Maranhão. No Município de Quixadá, dos 10 cirurgiões-dentistas, apenas 04 se formaram no Estado do Ceará, e no Município de Choró, dos 03 cirurgiões-dentistas, 02 receberam formação também no Ceará.

Em Quixeramobim, dos 12 cirurgiões-dentistas que se formaram no Estado do Ceará, foram entrevistados 06, sendo que 03 deles não foram entrevistados pelo fato de terem assumido o trabalho há uma semana da nossa visita, o que nos fez optar por não entrevistá-los por ainda não terem conhecimento dos seus respectivos trabalhos no Município, e os outros 03, por falta de disponibilidade e aceitação para participar da entrevista.

Em Quixadá, todos os cirurgiões-dentistas formados no Estado do Ceará foram entrevistados e no Município de Choró, foi entrevistado apenas um cirurgião-dentista, pois o outro tinha deixado o emprego na semana anterior.

Aos cirurgiões-dentistas a serem entrevistados apresentamos os objetivos da pesquisa, bem como o pedido de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando seus direitos de participarem por livre e espontânea vontade, sem nenhum ônus para si ou para seu ambiente de trabalho.

As entrevistas foram gravadas e depois realizada a transcrição pela autora, isto é, a primeira versão escrita do texto da fala do entrevistado, registrada, tanto quanto possível, tal como ela ocorreu, para que nós pudéssemos partir para a etapa seguinte, que é a organização, análise e interpretação dos dados.

A análise dos dados obtidos com a aplicação das entrevistas para o estudo em foco, foi conduzida com a utilização da Análise de Discurso. Essa técnica foi escolhida por ser considerada ideal para analisar os dados coletados, pois sendo a entrevista uma prática discursiva situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se formulam versões da realidade, será possível por meio desta técnica, própria da abordagem qualitativa, também contemplar os objetivos propostos no estudo.

O conceito do discurso fundamenta-se, principalmente, em Foucault (1987, p. 97) que o define como: "um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições da função enunciativa". A análise do discurso estuda a produção de sentidos, refletindo como as pessoas dão sentido ao mundo em que vivem. Este sentido é considerado como uma elaboração social, por meio do qual as pessoas, nas relações sociais no contexto histórico-cultural, compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. Gregolin, citado por Guerra (2003, p. 220), considera que

[...] empreender análise de discurso significa tentar entender e explicar como se constrói o sentido de um texto e como esse texto se articula com a história e a sociedade que o produziu. O discurso é um objeto, ao mesmo tempo, lingüístico e histórico; entendê-lo requer a análise desses dois elementos simultaneamente.

Vários estudiosos sociais trabalham, de formas variadas, com práticas discursivas, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam, em relações sociais cotidianas. Entre eles Moscovici (1961), Potter e Mulkay (1985), Jodelet (1989), Davies e Harré (1990), Shotter (1993), bem como o filósofo Pêcheux (1969) (SPINK e MEDRADO, 2004, p.45). Oficialmente, a expressão análise do discurso é a transposição em francês dos termos *discourse-analysis*, método elaborado pelo norte-americano Z. Harris. Na França, a análise de discurso aparece como a materialização de certa configuração do saber, que tem seu desenvolvimento na década de 1960, em três grandes centros de pesquisa: o Departamento de Lingüística da Universidade de Paris-Nanterre, dirigido por Jean

Dubois; o Centro de Lexicometria Política da Escola Normal Superior de Saint Cloud; e o Laboratório de Psicologia Social de Paris VII, associado ao CNRS³³, que conta especialmente com Michel Pêcheux, que publica "Análise Automática de Discurso" (PÁDUA, 2002, p.26).

De modo geral, a análise do discurso aparece como a tentativa de superar limites da lingüística tradicional, interpretando um texto a partir do esclarecimento da intenção que presidiu a sua enunciação, como mero instrumento de comunicação que o sujeito pode utilizar para as suas necessidades. Assim, estudiosos passaram a buscar uma compreensão do fenômeno da linguagem não mais centrado apenas na língua, mas reconhecendo a dualidade desta, ou seja, ao mesmo tempo formal como formação lingüística, mas atravessada por subjetividades em um contexto social. Para Brandão (2004, p.11), "a linguagem é lugar de conflito, de confronto ideológico, não podendo ser estudada fora da sociedade, uma vez que os processos que a constituem são históricos-sociais". Indo mais além, refere ainda que o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos lingüísticos é, portanto, o discurso.

Freqüentemente, encontra-se também referências a Lacan (1901-1981) e Althusser (1918-1990), autores que definiram os procedimentos da análise do discurso, o primeiro a partir do referencial teórico da Psicanálise, o segundo discutindo a ideologia, no contexto teórico-metodológico do marxismo. Visando ao conhecimento do processo de produção de linguagem, no entanto, o quadro epistemológico da análise do discurso procura articular três regiões do conhecimento científico:

1. Materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações;
2. A lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;
3. A teoria do discurso como teoria da determinação histórica dos processos semânticos. (PÁDUA, 2002, p.27).

A análise do discurso na perspectiva francesa, estruturada por Michel Pêcheux³⁴ e outros, foi a técnica escolhida para este estudo por ser uma abordagem teórico-metodológica que procura apreender o funcionamento do discurso na

³³ CNRS – Centre National de La Recherche Scientifique é um estabelecimento público de caráter científico e tecnológico, localizado na França.

³⁴ O teórico Michel Pêcheux é o mais representativo da análise de discurso francesa. Realizou estudos sobre contextos epistemológicos das ciências humanas na França, dos anos de 1950 até o começo dos anos 80, bem como analisou as bases epistemológicas que possibilitaram o surgimento da análise de discurso de orientação francesa(AD).

produção de sentidos, buscando explicitar a formação ideológica que o sustenta, ou seja, procurando a explicação do modo como o discurso produz sentidos, em dadas condições sócio-históricas. Um pouco diferente da análise do discurso na perspectiva americana, que entende a teoria do discurso como uma extensão da Lingüística, considerando a frase e o texto como elementos isomórficos, vendo o texto de uma forma redutora, não se preocupando com as maneiras de instituição do sentido, mas com as de organização dos elementos que o constituem (BRANDÃO, 2004, p. 14).

Assim, a análise do discurso na perspectiva francesa mostra o importante papel que a ideologia representa no processo de produção de interdição dos sentidos. Propondo o conceito de "*condições de produção*", ela mostra que o discurso é efeito de sentidos entre os interlocutores. Para Pêcheux, um discurso é determinado pelas condições de produção e por um sistema lingüístico, sendo as condições de produção definidas pelos lugares ocupados pelo emissor e receptor na estrutura de formação social. Nessa mesma compreensão, Orlandi (2005, p.15), que segue a linha de Pêcheux e publica bastante seus estudos sobre a análise do discurso, nessa perspectiva, refere que

[...] a Análise de Discurso, como seu próprio nome indica, não trata da língua, não trata da gramática, embora todas essas coisas lhe interessem. Ela trata do discurso. E a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando. [...] procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. (ORLANDI, 2005, p.15).

Assim, o indivíduo não está livre para escolher deliberadamente, numa determinada situação, o que falar, pois o seu dizer estará sendo afetado por este "*já lá*", que Pêcheux denomina de interdiscurso ou o "o todo complexo com dominante das formações discursivas". Esse "*já lá*" são sentidos que foram se construindo historicamente a partir da constelação das relações de poder, que podem ser assumidos ou não pelo sujeito, a depender das posições discursivas que este poderá ou não ocupar em função do funcionamento da ideologia (TFOUNI e PANTONI, 2006, p.1).

Como o objetivo dessa pesquisa é analisar a formação do cirurgião-dentista para atenção à promoção de saúde bucal no PSF, optamos por essa técnica, visto que tencionava proceder uma reflexão acerca das condições de produção e de assimilação do significado dos textos provenientes das entrevistas no

contexto de trabalho desses sujeitos, visando à compreensão do modo de funcionamento, princípios de organização e formas de produção social do sentido. Então, penso que a análise do discurso permitirá apreender satisfatoriamente o que objetivei.

Para operacionalização dessa análise, um dos primeiros pontos a considerar é a constituição do *corpus*, pois, em geral, o analista não estuda a totalidade de um universo discursivo, mas ele extrai dela um subconjunto, que se denomina *corpus* (LIMA, 2003, p. 82). A unidade de análise é o texto, definido como unidade complexa de significação, uma vez que consideram as condições de sua produção e o contexto mais amplo da formação social³⁵. Explica Orlandi (2005, p. 63) que:

[...] o texto é a unidade que o analista tem diante de si e da qual ele parte. O que faz ele diante de um texto? Ele o remete imediatamente a um discurso que, por sua vez, se explicita em suas regularidades pela sua referência a uma ou outra formação discursiva que, por sua vez, ganha sentido porque deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura.

Na análise, ao se passar para o texto como unidade de discurso, a relação das partes com o todo é estabelecida mediante recortes, que são as unidades discursivas. A partir do objeto discursivo, o analista vai realizar uma análise que procura relacionar as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege essas relações.

³⁵ Formação social, passível de se caracterizar por uma certa relação entre classes sociais, implica a existência de posições políticas e ideológicas, que não são o feito de indivíduos, mas que se organizam em formações que mantêm entre si relações de antagonismo, de aliança ou de dominação (LIMA, 2003, p. 83).

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

... a universidade tem que se abrir para o mundo e não se fechando assim, que é isso que a gente ver... (Entrevistado 1).

Os dados coletados durante a pesquisa foram analisados em duas partes: a primeira apresenta a organização dos indicadores mapeados e caracteriza a formação na Odontologia por meio da análise dos documentos obtidos na UFC e UNIFOR; a segunda analisa os dados empíricos referentes primeiramente aos dados obtidos quando da aplicação do questionário (dados organizados em quadros), e posteriormente os depoimentos tomados com os sujeitos (cirurgiões-dentistas), por ocasião das entrevistas, a seguir apresentados.

1ª PARTE DA PESQUISA

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei 9394), de 20 de dezembro de 1996 prevê no seu artigo 12, inciso I, que os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as de seu sistema de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica, ou seja, o seu projeto político-pedagógico-PPP³⁶. A LDB referida também redimensiona o conceito das instituições de ensino e explicita que está nas mãos dos sujeitos que a fazem, o ato de definir a organização do seu trabalho pedagógico. Nesse sentido, esta atribuição é de grande responsabilidade, pois implica a definição dos caminhos que a instituição vai tomar.

O PPP é, portanto, o instrumento que explicita a intencionalidade da instituição de ensino, indicando seu rumo, direção e compromisso. Confirma Veiga (2002, p.9) o fato de que "o projeto pedagógico exige profunda reflexão sobre as finalidades da escola, assim como, a explicitação de seu papel social e a clara definição de caminhos, formas operacionais e ações a serem empreendidas por todos os envolvidos com o processo educativo". Nessa compreensão, analisar e compreender o PPP de uma instituição significa conhecer a sua estrutura

³⁶ Durante todo este capítulo o projeto político pedagógico será identificado pela sigla PPP, já trabalhado no capítulo 3 desta dissertação.

organizacional, mediante suas características, ou seja, conhecer a estrutura pedagógica, que gestão está sendo praticada, quais sua lógica interna e funções educativas predominantes; enfim, caracterizar, do modo mais preciso possível, a identidade da instituição. Tal empreendimento exige um estudo mais demorado e localizado. A nossa pretensão se limita a conhecer o PPP, caracterizando-o em termos de missão do curso, princípios norteadores, perfil profissiográfico, diretrizes curriculares e estrutura curricular, sem aprofundamento desses pontos. Nessa compreensão, limita-se primeiramente ao movimento de relacionar a estrutura curricular anteriormente adotada nos cursos de graduação com as novas diretrizes curriculares propostas pela LDB e identificar as mudanças ocorridas; posteriormente, caracterizar esta formação recebida pelo cirurgião-dentista para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde. Consideramos suficiente esta caracterização para o que pretendemos com esta pesquisa de mestrado.

Nesse entendimento, iniciamos o estudo dos PPP dos cursos de graduação em Odontologia existentes no Estado do Ceará, os da UFC e da UNIFOR³⁷. Após o mapeamento da documentação necessária referente a cada curso e sua posterior organização, estes foram os tópicos escolhidos para procedermos algumas discussões.

- Missão do curso
- Princípios norteadores
- Perfil profissiográfico³⁸
- Diretrizes curriculares
- Estrutura curricular

É importante referir que, embora estes dados sejam apresentados conjuntamente, não se tem, entretanto, por objetivo comparar tais dados.

³⁷ Os cursos de Odontologia foram criados primeiramente na UFC, em 12/03/1916 e foi reconhecido pelo Conselho federal de Educação no dia 31/01/1940 pela lei 5.205 e federalizado em 1950 pela lei 1.254 de 04/12/1950. O curso da UNIFOR iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1995 com a Resolução do CFE 04/82 de 03/09/1982 e parecer favorável do CNS em 11/11/93.

³⁸ Perfil profissiográfico é o perfil esperado para o graduando, que deverá contemplar competências e habilidades ao egresso da universidade.

1 Missão do curso

QUADRO 7 - PPP – Missão do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/ UNIFOR). Ano 2006.

INSTITUIÇÃO	MISSÃO
UFC	Formar cirurgiões-dentistas capazes de interagir com a sociedade e que tenham capacidade de liderança e sensibilidade social, onde a odontologia deixaria de ser realizada de uma forma puramente tecnicista, passando a considerar o perfil bio-emocional de ser humano (PPP, p. 1).
UNIFOR	Buscar uma formação baseada em princípios humanistas, que contribua devolvendo à sociedade profissionais altamente capacitados quer do ponto de vista individual quer do ponto de vista coletivo, que sejam habilitados a enxergarem o paciente como um todo em sua dimensão física, psíquica e social (PPP, p.13).

Observamos na missão de cada curso a busca do aumento da dimensão pedagógica do ensino odontológico, abandonando a atitude tecnicista para uma visão holística do ser humano, bem como partindo do individual para atingir o coletivo. Percebe-se uma concepção do ideal de sociedade e de homem que se pretende formar, tendo como missão preparar profissionais inseridos em um mundo social e histórico bastante complexo, e, nesse sentido, levando à produção de um conhecimento a partir da realidade, propondo-se a preparar indivíduos para uma leitura contextualizada do mundo que os rodeia e de suas necessidades reais.

Essa busca evidencia também a identificação do trabalho, que se ancora na saúde coletiva e pública, concretizado cada vez mais a partir de meados da década de 1990 e que, no ano de 2000, se amplia, com a incorporação do cirurgião-dentista às equipes de PSF. Responde também (pelo menos em sua proposta) ao preconizado no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais.

2 Princípios norteadores

Nos princípios norteadores (apresentados no Quadro 8 a seguir) optamos por nos determos na integração curricular (UFC), por considerá-la importante, pois abre espaço para uma nova organização do processo de trabalho nas instituições. Essa integração pode permitir corrigir a segmentação e fragmentação do ensino odontológico, de docentes que trabalham isoladamente, dicotomizando as relações

de teoria e prática, ensino-serviço, temas abordados nos capítulos anteriores desta dissertação e identificados principalmente por estudiosos como Braga (2005, p. 23), Mendes e Marcos citados por Marsiglia (1998, p.182) e Lampert (2002, p. 40) como problemáticas para a formação. Seguindo também toda a filosofia impressa nas Diretrizes Curriculares Nacionais do próprio Curso que está assentada na integração curricular, as Diretrizes Curriculares no item Organização Curricular, orienta no sentido de que a estrutura do curso deverá "aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização proposta pela integração curricular" (BRASIL, 2001, p.12). Entendemos o quanto é difícil essa integração curricular, uma vez que exige a participação de todo os docentes para a sua concretização.

QUADRO 8 - PPP – Princípios norteadores do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/ UNIFOR). Ano 2006.

INSTITUIÇÃO	PRINCÍPIOS NORTEADORES
UFC	<ul style="list-style-type: none"> - currículo integrado e formação de um cirurgião-dentista generalista e humanista, tendo como objetivo principal a promoção de saúde, a prevenção e cura das doenças bucais e gerais, em que o indivíduo deve ser visto como um todo, dentro de uma abordagem sistêmica, holística e universal; - correlacionar e aplicar os conhecimentos básicos à sua utilização clínica, bem como às ações de promoção e prevenção em saúde, priorizando desde o início do curso a aplicação prática do conhecimento gerado; - rever carga horária e a integralização curricular, criando-se condições de tempo para a pesquisa, monitoria, programas e projetos de ação-intervenção, utilizando metodologias de ensino-aprendizagem que permitam a participação ativa dos alunos neste processo; - permitir horários livres para atender as necessidades integrais do Corpo Discente, seja para aprimoramento de conhecimentos técnico-científicos, seja para aquisição de conhecimentos gerais ou de domínio conexo, ou ainda para estágios, esporte, cultura e lazer; - priorizar uma formação humana e ética; - co-responsabilizar a comunidade universitária (corpo docente e discente, servidores técnico-administrativos e gestores do Curso de odontologia na melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e extensão, na prestação de serviços à comunidade, além do aperfeiçoamento persistente de contextualizações democráticas (PPP, p.12).
UNIFOR	<ul style="list-style-type: none"> - preponderância da Educação sobre a instrução; - disposição permanente para reavaliar premissas e substituir paradigmas; - compromisso com o fortalecimento da cultura acadêmica; - compromisso com a perpetuação da instituição; - interação permanente com as transformações sociais, culturais e políticas; - respeito à liberdade de expressão e criação; - o ser humano como princípio e fim do processo educativo; - comprometimento com o ético na busca da verdade; - compromisso com a qualidade em todas as suas atividades (PPP, p.3).

Outro ponto importante a ser considerado é com relação a compromisso com a educação permanente, seguindo também às orientações das Diretrizes Curriculares do Curso de Odontologia, onde em competências gerais há um item que refere a educação permanente indicando que: "os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços; inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais". (BRASIL, 2001, p. 9). A educação permanente reforça assim a idéia do cuidado com a graduação e encaminha para o desenvolvimento de um sujeito crítico-reflexivo.

O curso de Odontologia da UNIFOR referencia como um princípio norteador a disposição permanente para reavaliar premissas e substituir paradigmas, denotando a compreensão da dinâmica da aprendizagem, como visto anteriormente na minha fundamentação teórica a nova concepção, que deve ter a instituição em seu PPP, do eterno diagnóstico, planejamento, repensamento, começo e recomeço, análise e avaliação, questões citadas no comentário de Araújo (2002).

O compromisso com a ética, referenciado nos dois projetos pedagógicos, é fortalecido também pela nova implantação da Resolução 169/96 do Conselho Nacional de Saúde³⁹ mesmo sendo voltada para pesquisa com seres humanos, mas traz à tona a sua importância como importante princípio que deve respaldar uma profissão, uma vez que este profissional a ser formado vai realizar suas atividades referentes à saúde dentro dos princípios éticos que a regem. Nesse entendimento, Sousa (2001, p. 226) comenta que

[...] a ética é universal, suscitando o estabelecimento de um código regulador de condutas para todos os indivíduos que compõem um certo grupo social. Esse código é relativo ao contexto no qual os sujeitos éticos vivem e praticam suas ações de caráter moral. Em síntese, a ética pode iluminar a consciência do homem, fundamentando e dirigindo suas ações, no plano individual e social.

³⁹ Esta Resolução incorpora, sob a óptica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (Resolução 196/96 do CNS).

É importante lembrar que a missão e os princípios norteadores são, como refere o próprio conteúdo das palavras, amplo, e visam a contemplar essa idéia de constituição de um sujeito ético, humanista e com o compromisso de promover o bem-estar da coletividade. É importante lembrar que essa constituição não configura somente uma missão limitada à formação nas universidades, pois, a ética é concebida também como uma atitude diante da vida, obtida durante todo o seu percurso.

3 Perfil profissiográfico

QUADRO 9 - PPP – Perfil Profissiográfico do Curso de Graduação em Odontologia das instituições estudadas (UFC/UNIFOR). Ano 2006.

INSTITUIÇÃO	PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA
UNIFOR	Formar cirurgião-dentista generalista apto a diagnosticar e tratar as principais doenças bucais, através da compreensão, aplicação e integração dos princípios gerais das ciências médicas e correlatas, inter-relacionando os efeitos entre tratamentos médicos e odontológicos na busca de soluções adequadas para os problemas clínicos, individuais e comunitários, promovendo saúde e prevenindo doenças e distúrbios bucais, mantendo o espírito crítico, ético e com amplo interesse social em compreender a importância do impacto de políticas sociais, ambientais e de saúde sobre a saúde bucal, sendo capaz de planejar e administrar programas de saúde coletiva (PPP,p.5).
UFC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sólida formação geral técnico-científica, sócio-humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com qualificação para resolver os problemas associados às doenças bucais prevalentes e sabedoria para encaminhar os casos que fogem de sua área de atuação. 2. Comprometimento com o Auto-Desenvolvimento, mantendo-se atualizado, na busca do aperfeiçoamento pessoal e profissional para assim ser capaz de desenvolver uma postura crítica. 3. Compromisso com as transformações sociais, capaz de interagir com a sociedade conhecendo a realidade sócio-econômica e cultural do meio em que atua, sobretudo, daqueles aspectos ligados à saúde. 4. Ser cooperativo e criativo, capaz de trabalhar em equipe, inclusive interdisciplinar, sabendo valorizar o trabalho e o esforço de todos os participantes, sendo capaz de assumir liderança, propondo as soluções mais adequadas e, também, o papel de liderado, estabelecendo as parcerias necessárias para o sucesso do trabalho (PPP, p. 13).

Observa-se um redimensionamento do perfil do cirurgião-dentista a ser graduado, em ambas as universidades, seguindo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, que orienta um cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva com

compromisso com a saúde, procurando, além da formação técnico-científica (onde havia um excessiva valorização do conhecimento científico e tecnológico), também direcionar a formação de um cirurgião-dentista que atenda melhor as demandas de saúde da população. Isso implica formar profissionais com um perfil capaz de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população. É bom lembrar que o perfil de generalista nunca foi requisito básico para a composição de um perfil de profissional da Odontologia, até então, mais voltado para clínica, especialização, atendimento a determinada parcela da população.

As intenções de perfil contidas nos cursos da UFC e UNIFOR denotam a intencionalidade de mudança dos saberes veiculados por estas instituições de ensino, como acredito que sinalizam Therrien *et al* (2000, p. 143): "focalizando a aprendizagem situada, da formação na prática, da reflexão na e sobre a ação como princípio educativo fundante". Esse, configura o grande desafio do processo educacional - o de promover a formação de um indivíduo crítico e reflexivo, constituindo sujeitos que orientam suas ações em suas dimensões sociais, éticas e políticas. Sousa (2001, p. 219) avança nesse entendimento quando propõe

[...] que a reflexividade social contribui, portanto, para que os sujeitos lidem melhor com os riscos e as contradições, da modernidade e trabalhem na definição dos seus próprios caminhos [...] o processo de reflexividade significa a reconciliação da liberdade dos indivíduos com sua interdependência em relação às várias esferas do social, dinâmica que produz sujeitos autônomos, porém solidários.

Pertinente também se faz aqui o comentário de Feuerwerker (2002, p. 40) que enriquece as análises de Therrien (2000) e Sousa (2001), e visualiza um campo mais amplo na concretização desta proposta ao referir que

[...] não basta estabelecer práticas e relações inovadoras nos cenários novos – da comunidade e da atenção básica – que são incorporados no processo ensino-aprendizagem. Para transformar o perfil do profissional formado, é preciso transformar as práticas e as relações em todos os cenários de prática.

Estou consciente de que o ato de formar o profissional com o propósito de torná-lo um sujeito reflexivo estará sempre contribuindo com elementos que serão acionados em sua reflexividade (individual e social), portanto, capazes de *aprender a aprender* durante toda a vida, com possibilidades de acompanhamento das mudanças que sempre vão ocorrer nos seus campos de trabalho; um propósito de concretização difícil sem adesão e co-participação do corpo docente de cada curso.

Outro ponto que nos parece articulado às análises anteriores e, portanto, merece comentários, está aqui com relação à formação ética, formação do sujeito crítico-reflexivo e a ética. Acompanhado de Sousa (2001, p.225), posso compreender ética da seguinte forma:

[...] todo e qualquer ato praticado pelo homem está baseado em determinados valores que, por sua vez, são intimamente ligados aos interesses que movem a ação do sujeito social. A essa dimensão pessoal das ações humanas chamamos de ética, concebida como uma crítica reflexiva em relação à moral que rege a conduta humana.

Nessa perspectiva, compreendemos também a formação de um sujeito que tenha responsabilidade pelos atos que pratica, avaliando seu alcance e suas conseqüências, por meio de sua consciência moral. O caráter mais crítico ao componente ético de suas ações deve ser imprimido com a intenção do distanciamento de práticas individualistas para uma abordagem coletiva. Importante é ressaltar também a dimensão ética na prática do ensino, pois, sempre que alguém reconhece um conhecimento como verdadeiro, é estabelecido entre esse saber e o sujeito uma relação baseada em um compromisso de natureza pessoal e, assim, na constituição desses sujeitos e da identidade da instituição, a prática pedagógica deve seguir no caminho do conhecimento e também da cidadania, exatamente como na compreensão de Pimenta (1997, p.42), já trabalhada na base teórica desta pesquisa, quando lembra que

[...] uma identidade profissional constrói-se, pois, com base na identificação social da profissão, [...] mas constrói também, pelo significado que cada professor, como ator e autor, confere à atividade docente em seu cotidiano com base em seus valores, seu modo de situar-se no mundo, sua história de vida, suas representações, seus saberes, suas angústias e seus anseios.

Não se deve esquecer, mais uma vez, que a postura ética é resultado de uma tecelagem que tem implicações de vivências e experiências, enfim, de compreensões de mundo, de vida, que partem desde o núcleo familiar.

4 Diretrizes Curriculares

O Quadro 10 reorganiza de modo mais claro os pontos que tencionamos ressaltar com relação às Diretrizes Curriculares dos cursos aqui trabalhados.

QUADRO 10 – PPP - Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em odontologia das instituições estudadas.(UFC/ UNIFOR). Ano 2006

INST.	DIRETRIZES CURRICULARES
UFC	<p>O novo currículo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deverá ser dinâmico; - ser baseado no perfil epidemiológico da região; - deve incorporar os novos conhecimentos científicos e tecnológicos; - deve estabelecer oportunidades de aprendizagem em todos os níveis de atenção à saúde; - ser centrado e baseado nas necessidades da comunidade; - oferecer condições para que o aluno compreenda o paciente e seus problemas de saúde no seu contexto social, cultural, familiar e econômico; - desenvolver a capacidade de tomar decisões entre tecnologias disponíveis, levando em conta a preservação da qualidade do atendimento e a relação custo-benefício; - assegurar a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes indispensáveis à prática odontológica; - enfatizar a integração das diversas áreas de conhecimento.
UNIFOR	<ul style="list-style-type: none"> - a construção de um currículo integrado. Um currículo que permita efetiva interação entre ensino e prática profissional, que tenha como referência um processo de ensino-aprendizagem que respeite o conhecimento prévio do aluno e, a partir daí, possibilite um avanço na construção de teorias, compartilhadamente com o professor, tendo como base a busca de soluções adequadas aos problemas levantados, enfatizando na reflexão, na crítica e na criatividade, os elementos fundamentais na formação do aluno; - o ensino deve permitir que a estrutura interna do currículo seja indutivo-teórica, ou seja, o aluno seleciona e ordena os assuntos da própria realidade e a partir daí, busca elementos científicos e técnicos que venham subsidiar a solução de tais problemas. Com isto, o ensino adquire aspecto transdisciplinar, já que os vários conceitos presentes em diferentes campos de conhecimentos deverão ser utilizados para a explicação e solução do problema; - na construção da proposta atual, procurou-se definir o perfil do paciente atendido nas clínicas do curso de odontologia da UNIFOR para que isto servisse como referencial à organização dos conteúdos e objetivos a serem alcançados pelo currículo. Partiu-se das situações menos complexas no atendimento clínico do paciente, assim como do entendimento da situação deste paciente na sua comunidade. Progressivamente, ao longo do curso, o aluno vai se deparando com pacientes com perfil clínico mais complexo, até chegar aos últimos semestres em uma situação onde o aluno deve estar apto a resolver a quase totalidade dos problemas bucais do paciente, assim como propor atividades dentro de um referencial que utilize a epidemiologia e o planejamento como elementos na solução destes problemas. - integração horizontal, procurando trabalhar conteúdos complementares dentro do mesmo semestre e integração vertical, fazendo uma abordagem sobre os assuntos de forma a observar a complexidade gradativa ao longo do curso. - efetiva integração ensino, trabalho e comunidade, procurando integração entre os vários conteúdos abordados durante o desenvolvimento do curso, permitindo ao aluno entendimento do contexto imposto pelo mercado de trabalho e da realidade social a ser futuramente vivenciada. - integralização do curso em cinco anos, correspondente ao desenvolvimento de 287 créditos, sendo 165 práticos e 122 teóricos, distribuídos ao longo dos dez semestres de forma que o semestre com maior número de créditos permita, pelo menos, dois turnos sem atividade curricular, permitindo ao aluno seu envolvimento em atividades de qualquer outra natureza (cultural, científica, lazer, estudo individual, estágios, etc).

É importante ressaltar a preocupação de ambos os cursos de graduação (UFC e UNIFOR) em seguir as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais, englobando-se a integração curricular, contextualizado-a na sua realidade e, ainda,

a flexibilidade que permite ao aluno desenvolver outras atividades científicas, culturais, etc. Já faz parte do senso comum na área, a idéia de que é de fundamental importância a integração do ensino e é possível fazer um ensino integrado, porém se não houver uma mudança de atitudes e concepções da ação docente, nem sempre este tipo de ensino resultará em uma ação prática integralizada.

Outro enfoque que observamos com relação a essas Diretrizes, remete ao fato de que o currículo ser voltado para o perfil epidemiológico da região, com o ensino dirigido para a comunidade, levando a integração ensino/serviço, tema importante e que foi abordado nas duas instituições de ensino. A realidade mostra, entretanto, que os serviços ainda são pouco utilizados como locais de ensino-aprendizagem e não compreendem o seu papel como produtor de saberes e práticas para o processo ensino-aprendizagem, impedindo o aluno de vivenciar sua aprendizagem nos serviços públicos de saúde de sua região, além de negar-lhe o contato com a precariedade destes serviços e com as estratégias utilizadas por estes, para o atendimento à saúde da população, o que configura uma fonte rica de aprendizagem, proposta no texto. Ressaltamos ainda, que não é só levar o aluno para o serviço, este também precisa ir de encontro ao ensino, compreendendo o seu papel de ensinar a prática, enquanto espaço de aprendizagem, definindo também o papel do professor nesse processo e do orientador de campo ou supervisor.

5 Estrutura Curricular

De acordo com as Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Odontologia, os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, devendo contemplar:

Ciências Biológicas e da Saúde - incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia;

Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e também legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; e Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de - Propedêutica Clínica, onde serão ministrados conhecimentos de Patologia Bucal, Semiologia e Radiologia. – Clínica Odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de Materiais Dentários, Oclusão, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prótese, Implantodontia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais. – Odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de Patologia, Clínica Odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Com as novas Diretrizes Curriculares, os cursos de Odontologia começaram a trabalhar as suas mudanças no sentido de se adequarem a elas. Sabe-se que uma nova proposta curricular configura muitos desafios para a Instituição, pois envolve novos papéis, espaços e relações de poder. Tem-se também conhecimento de que a estrutura curricular apresenta características gerais abrangentes e flexíveis, as disciplinas estão delineadas, mas não estão necessariamente explicitadas como no antigo currículo mínimo. Cada instituição tem autonomia para delinear seu currículo pleno, observando criteriosamente os princípios que a norteiam. Nesse entendimento, Lombardo (2001, p. 18) lembra o perfil do profissional e as dificuldades para contemplar a proposta de perfil por meio de conteúdos curriculares:

[...] é preciso, antes de tudo, lembrar que o curso de Odontologia tem como objetivo primordial formar um clínico geral, um profissional capaz de diagnosticar, planejar, executar e avaliar os problemas odontológicos de cada paciente. Tais competências envolvem a integração de muitos conhecimentos, desenvolvidos por docentes de diferentes disciplinas.

Constatamos que houve a flexibilização dos conteúdos, com ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para facilitar a integralização dos currículos em sua estrutura e com isso permitindo que as instituições ganhassem legitimidade e espaço para executarem as reformas necessárias e se adequarem à realidade na qual estão inseridas. Bem assim, a vinculação de uma quantidade de carga horária para estágios supervisionados que deverá atingir 20% da carga horária total do curso. Outra inovação observada no currículo do curso, foi a possibilidade de inclusão de novas disciplinas, como disciplinas na área de saúde bucal coletiva, bem como em área especializada, como

Implantodontia, Oclusão, Cariologia e outras, que visam a contemplar o perfil do profissional que a instituição tenciona formar.

Ao caracterizar e de certa forma realizar uma análise das mudanças curriculares de maneira mais particular nos dois cursos de Odontologia em estudo observamos o seguinte.

5.1 Universidade Federal do Ceará – UFC

A Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará foi fundada em 12 de março de 1916, sendo reconhecida de utilidade pública pela Lei Nº 1.391, de 2 de outubro de 1916. Ao longo desses anos de existência, o curso de Odontologia já comportou diferentes estruturas curriculares, na tentativa de melhorar a aprendizagem e a formação do egresso. No ano de 1973, em virtude da implantação da Reforma Universitária, o Curso de Odontologia da UFC, passou por algumas alterações, tendo implantado o sistema semestral de currículo. Esta estrutura curricular permaneceu até o ano de 2004, tendo o curso a duração de 4 anos. Com a constituição do PPP, que foi elaborado entre setembro de 1999 a dezembro de 2004, foi implantada nova estrutura curricular, passando o curso à duração de 5 anos. O que se pode observar como mudanças na estrutura curricular de todo o curso será apresentado na seqüência de exigências em cada ano de formação do odontólogo.

1º ANO

- Introdução da disciplina Saúde Bucal na Sociedade, a inserção do estudante na área odontológica logo no primeiro semestre. Aborda conhecimentos sobre a profissão odontológica, suas atividades e áreas de conhecimento.
- Também ocorreu a introdução da disciplina Metodologia Científica aplicada à Odontologia I, abordando conhecimento dos processos de aprendizagem e teoria do conhecimento, estrutura do método científico e prática odontológica baseada em evidências, iniciação à pesquisa, assim como conhecimento da dinâmica de funcionamento dos serviços, atividades e projetos vinculados à UFC destinados ao aluno de graduação.
- As disciplinas das áreas de ciências humanas e sociais (Introdução à Antropologia, a Sociologia e Introdução à Psicologia) permaneceram no primeiro

ano, apenas com mudança de semestre as duas primeiras, sendo a disciplina Introdução à Psicologia transferida para o segundo ano. A Introdução à Antropologia, destina-se ao estudo de sua natureza e objeto, a Paleontologia humana e a Teoria da evolução, Antropologia Biológica e Antropologia Cultural, Cultura, Corpo e Sociedade e Antropologia da Saúde, com fundamentos ideológicos da prática médica no Brasil. A de Introdução à Sociologia aborda a discussão epistemológica das ciências sociais, Sociologia, procurando conhecer a realidade social, especificamente no que diz respeito à Odontologia, mediante as categorias sociológicas.

2º ANO

- Continuaram as disciplinas das ciências biológicas e da saúde, dando início a algumas disciplinas das ciências odontológicas.
- Ocorreu a inserção de três disciplinas - Saúde Coletiva I, Cariologia e Escultura Dental, tendo a primeira, o propósito de abordar referenciais teóricos e práticos da atenção primária em saúde no SUS, discutindo o processo saúde-doença, as tecnologias coletivas em saúde, a Educação em Saúde, os sistemas de trabalho odontológico e aspectos vinculados à biossegurança, a ergonomia, a saúde do trabalhador, ao trabalho em equipe e a bioética no trabalho odontológico. Da segunda e terceira disciplinas citadas, a Cariologia aborda a doença cárie e seus aspectos, e a Escultura Dental enfoca a anatomia dental com suas técnicas de escultura e desenho dental.

3º ANO

- Ocorreu o acréscimo de novas disciplinas das ciências odontológicas, Endodontia Laboratorial e Oclusão.
- Foi inserida a disciplina Metodologia Científica II, com o objetivo de dar continuidade ao conhecimento científico, bem como orientações para a elaboração do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso).
- Também foi inserida a disciplina Saúde Coletiva II, visando que o aluno conheça as políticas públicas de saúde, de forma a contextualizar a atuação do cirurgião-dentista na saúde bucal coletiva. A Epidemiologia é ensinada como referencial para o desenvolvimento das ações de saúde bucal, para planejar ações de saúde

a partir do paradigma de promoção de saúde e para organizar e gerenciar serviços e programas de saúde bucal coletiva.

- Foram extintas as disciplinas Odontologia Preventiva e Social e Orientação Profissional, pois, segundo informações dos professores da Instituição, os conteúdos foram incorporados a outras disciplinas (Saúde Coletiva I e II).

Observa-se nesse ano a introdução clara do paradigma da promoção de saúde, subsidiando toda a área da saúde coletiva, iniciada no primeiro ano do curso, com a disciplina de Saúde bucal na sociedade, e agora no terceiro ano com Saúde Coletiva II.

4º ANO

- Houve a integração das disciplinas Odontopediatria com a Ortodontia, transformando-se nas disciplinas Odontologia Ortodôntico-Pediátrica I e II. A primeira tem como objetivos oferecer diagnóstico das patologias bucais que acometem a população infantil, oferecendo dados teóricos, prático-laboratoriais e clínicos básicos, além de conhecimentos fundamentais para a abordagem preventiva e o tratamento interceptivo. A segunda, tem como objetivos oferecer tratamento odontológico à população infantil, acometida por patologias bucais, aprimorando a capacitação do aluno, enfatizando o diagnóstico, abordagem preventiva e curativa, planejamento e tratamento ortodôntico-odontopediátrico.
- Houve modificações na área de prótese dentária, com uma nova organização.
- Introdução de duas disciplinas: Emergências Odontológicas, possibilitando o aluno o conhecimento técnico, com respaldo científico de procedimentos emergenciais nas várias especialidades da área odontológica, e a disciplina Implantodontia.
- Foi transferida para o quinto ano a Clínica Integrada, que é o estágio clínico supervisionado pelos docentes de várias especialidades odontológicas, quando o aluno realiza atendimento integral odontológico ao paciente, envolvendo conhecimentos de todas as disciplinas do curso, sendo desmembrada para dois semestres.

5º ANO

- Foi contemplado com a Clínica Integrada I e II.

- Instituídos Estágios em Serviços do SUS I, no 9º semestre, para o conhecimento das políticas públicas de saúde, as formas de organização dos serviços de saúde e suas ações práticas, segundo os princípios e diretrizes do SUS, em especial a atenção primária.
- Instituídos Estágios em Serviços do SUS II e III, no 10º semestre, seguindo o mesmo propósito do primeiro, sendo, respectivamente, na atenção secundária e terciária.
- Participação do aluno ao CRUTAC para atendimento à população de cidades cadastradas sob supervisão, durante um mês, como atividade também de extensão e/ou extramuros.

Estes estágios correspondem ao percentual preconizado pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Odontologia que exigem no mínimo 20% da carga horária total do curso destinada a estágio curricular supervisionado. Aqui se observa também a contemplação dos estágios nos serviços públicos de saúde (SUS).

Para o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), também são destinados 2 créditos. Esse trabalho deverá ser individual e apresentado a uma banca examinadora, podendo ser um caso clínico concluído e sua respectiva literatura, um artigo de revisão de literatura, uma monografia, ou uma pesquisa científica concluída. São destinadas ainda, 237 horas para atividades complementares (5% da carga horária total do curso), compreendendo estratégias didático-pedagógicas, de natureza acadêmico-científica, bem como artístico-cultural e esportiva, visando a oferecer ao aluno intensa vivência universitária, condição fundamental à sua formação no estado de profissional e cidadão.

O curso da UFC perfaz um total de 4.973 horas, sendo 3.728 de formação básica, 237 de atividades complementares, 976 de estágio supervisionado e 32 de estudo dirigido em bibliotecas e Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Dentre as atividades complementares situam-se os projetos de extensão, iniciação científica, de pesquisa, Programa Especial de Treinamento – PET, vivências em gestão na equipe do SUS, cursos e monitorias, participação em eventos, congressos, jornadas e estágios em disciplinas cursadas, e que são oferecidos aos alunos, durante todo o curso. Este novo currículo da UFC passou a vigorar no ano de 2005.1, cabendo salientar que os novos profissionais com essa formação só irão entrar no mercado de trabalho no ano de 2010.

5.2 Universidade de Fortaleza – UNIFOR

O Curso de Odontologia dessa universidade foi implantado no primeiro semestre do ano de 1995, tendo como base legal a Resolução CFE 04/82, de 03 de setembro de 1982, parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde em 11 de novembro de 1993 e deliberação assumida em reunião do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade de Fortaleza em 14 de outubro de 1994.

Após cinco anos de discussões envolvendo todo o corpo docente dessa Universidade, foi aprovada pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão a proposta de reestruturação do projeto político pedagógico desse curso, constituído no período de março de 1999 a julho de 2001, pautado na perspectiva de se vislumbrar a capacitação de futuros profissionais em saúde bucal que tenham capacidade de refletir sobre seu papel na sociedade e analisar que contribuições podem trazer para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O novo currículo entrou em vigor no ano de 2005.1, tinha um total de 4305 horas e atualmente perfaz um total de 4.290 horas, não havendo praticamente alteração de carga horária do curso, apenas adequações as disciplinas. Dentre as mudanças na estrutura curricular observa-se (obedecendo a seqüência de exigências em cada ano de formação do odontólogo):

1º ANO

- Na área de Ciências Humanas e Sociais, a disciplina Elementos de Antropologia Filosófica e a disciplina Elementos de Sociologia tiveram seus conteúdos integrados compondo as disciplinas Ciências Sociais em Saúde I e II, sendo que na primeira são abordados o percurso do paciente na comunidade à clínica odontológica, Antropologia, cultura, a Etnoepidemiologia, Ética, Educação popular em saúde, cidadania e adequação antropológica de ações de saúde. Na segunda disciplina, são abordados a Sociologia como ciência, a sociabilidade nas sociedades complexas, saberes e relações de poder, a Medicina social no contexto da globalização e do neoliberalismo, as políticas públicas de saúde e saúde e cidadania. Sem nenhuma alteração no número de créditos (quatro).
- A disciplina Elementos de Psicologia foi alterada para Psicologia do Relacionamento I e II (dois créditos práticos + dois créditos práticos) e transferidas para o quinto e sétimo semestres, com o intuito de manter a

integração com o atendimento clínico realizado pelo aluno, também sem nenhuma alteração no total de créditos.

- Foi excluída a disciplina Parasitologia.
- As disciplinas Anatomia Humana, Histologia e Embriologia, Anatomia Bucofacial e Histologia e Embriologia Bucofaciais, Fisiologia e Bioquímica tiveram alterações quanto à disposição no semestre e integração de seus conteúdos; quanto ao número de créditos, mantiveram-se os mesmos.

2º ANO

- Foi iniciado o processo de integração de conteúdos de várias disciplinas.
- Foi introduzida a disciplina Iniciação Clínica, que trabalha com doenças ocupacionais em Odontologia e os meios necessários para a proteção do cirurgião-dentista e do paciente e aspectos legais.
- Foi introduzida também a disciplina Pré-clínica I, que aborda princípios de Anatomia dental, estudos dos fatores etiológicos da doença cárie e seus aspectos clínicos e histológicos, materiais dentários, instrumentos e procedimentos de prevenção e adequação do meio bucal, estudo das condições normais e patológicas do periodonto e instrumentos periodontais, instrumentação e afiação.
- Outra disciplina inserida foi Propedêutica Clínica I, que aborda a área de Radiologia e Semiologia Bucal.
- As disciplinas Microbiologia e Imunologia foram integradas em duas disciplinas: Microbiologia e Imunologia;e Microbiologia e Imunologia Oral.
- A disciplina Patologia Geral foi desmembrada em Patologia I e II, com o mesmo número de créditos anteriores, com o intuito de desempenhar um papel-chave na nova proposta, pois o aluno partirá das doenças (problemas) para entender a morfologia (Anatomia, Histologia, Biologia e Bioquímica) assim como o funcionamento dos órgãos (Fisiologia) e a melhor terapêutica para a solução destes problemas identificados.
- A disciplina Pré-clínica II foi adicionada nesse ano, englobando assuntos de anatomia e escultura dental, materiais dentários, dentística e técnicas anestésicas para procedimentos restauradores.

- A disciplina Saúde Bucal Coletiva I também foi adicionada neste ano, abordando os determinantes sociais da saúde, processo saúde-doença, políticas de saúde no Brasil, modelos de atenção, Educação em Saúde, metodologias pedagógicas, ações coletivas, Ética, sigilo e responsabilidade no exercício profissional. As disciplinas Saúde Coletiva I, II, III, IV e V vieram substituir, nessa nova proposta, as disciplinas Odontologia Social, Epidemiologia Geral, Odontologia Social II e Deontologia, que juntas somavam 18 créditos, tendo um aumento de dois créditos para as disciplinas Saúde Coletiva I, II, III, IV e V, perfazendo estas um total de vinte créditos, dispostas do segundo ao quarto ano.
- Foi adicionada também ao 2º ano a disciplina Clínica Odontológica I, com estudo da oclusão, materiais de moldagem e de registro, diagnóstico de cárie e doença periodontal e adequação do meio e manutenção da saúde bucal.

3º ANO

No terceiro ano continuou a integração de conteúdos às novas disciplinas:

- A disciplina Clínica Odontológica II aborda diagnóstico, planejamento e tratamento das afecções dos tecidos dentais e periodontais, e a Clínica Odontológica III avança a periodontia, a endodontia e dentística.
- A disciplina Pré-clínica III aborda noções de endodontia e dentística e a Pré-clínica IV avança a endodontia para dentes posteriores, restaurações intraradiculares em dentes posteriores, fundição odontológica, agentes de cimentação e materiais de moldagem.
- A disciplina Propedêutica Clínica II enfoca técnicas radiográficas extrabucais, métodos de localização radiográfica, alterações dentárias de desenvolvimento e adquiridas, alterações pulpares e periapicais, alterações periodontais e manifestações bucais de alterações auto-imunes.
- São inseridas no 3º ano as disciplinas Saúde Bucal Coletiva II e Saúde Bucal Coletiva III, com a primeira abordando *promoção de saúde* e cidadania, Sistema Único de Saúde, participação popular, universalidade, epidemiologia e planejamento em saúde bucal, sistema de prevenção e bioética em saúde, e a segunda, enfocando saúde da família, vigilância em saúde, territorialização, necessidades em saúde e controle de agravos, bem como avançando em temas vistos em Saúde Bucal Coletiva II.

- As disciplinas Odontopediatria I e II e Ortodontia Preventiva foram alteradas para Clínica Infantil I e Clínica Infantil II, III a serem ofertadas no quarto ano.
- A disciplina Oclusão foi integrada às outras disciplinas e a disciplina Prótese Dental Total foi incorporada às disciplinas de Prótese Dentária I, II, III e IV, ofertadas no terceiro e quarto ano.
- Inserção da disciplina Psicologia do Relacionamento I, que enfoca auto-conhecimento e conhecimento do outro, o processo de auto consciência e de auto-instrução, auto-imagem, auto conceito, auto-estima, identificação profissional, capacidade empática, aceitação incondicional do outro e a relação profissional de saúde e paciente.

4º ANO

As alterações desse ano foram as seguintes:

- as disciplinas Clínica Infantil II e III foram inseridas, seguindo a integração da Odontopediatria e Ortodontia como no terceiro ano.
- Introdução das disciplinas Saúde Coletiva IV e V, a primeira abordando ainda Saúde da Família, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, recursos humanos no SUS, mercado de trabalho e saúde bucal, ética em saúde (trabalho em equipe e interdisciplinaridade) e incentivos para vigilância em saúde. A segunda disciplina aborda gerenciamento dos sistemas e serviços de saúde, gestão do SUS, financiamento em saúde e organização de redes de serviços, sistemas de informação em saúde e perícias odontológicas.
- As disciplinas Prótese Parcial Removível, Prótese Bucomaxilofacial e Prótese Parcial Fixa foram integradas em Prótese Dentária II, III e IV.
- Foi extinta a disciplina Odontologia Legal e Deontologia, sendo o seu conteúdo integrado à outras disciplinas (Saúde Coletiva).
- Inserção da disciplina Psicologia do Relacionamento II, abordando a relação profissional da área da saúde e cliente, a perspectiva do profissional e do cliente, a dialética da reciprocidade, os modelos: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, auto cuidado e manejo dos medos e bloqueios.
- Introdução da Clínica Integrada I no sétimo semestre e da Clínica Integrada II no quarto ano, com dez créditos cada uma.

- As disciplinas Periodontia I e II tiveram os seus conteúdos integrados às disciplinas afins.
- Introdução da disciplina Propedêutica Clínica III, enfocando a área de radiologia e diagnóstico por imagem.

5º ANO

- Permaneceram as Clínicas Integradas (III e IV), somando 40 créditos, somando com as Clínicas Integradas I e II um total de 60 créditos, perfazendo um aumento de vinte créditos se comparado ao currículo anterior.
- Continuaram Estágios Extramural I e II com as mesmas características do currículo anterior.
- Foram dispensados, nesse último ano, 02 créditos para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

As áreas de Estágio Extramural I e II e Clínicas Integradas I, II, III e IV configuram-se como estágios curriculares desenvolvidos sob supervisão docente, correspondendo a 23,7% do total da carga horária do currículo, havendo aumento de 20 créditos se comparado ao currículo anterior, para treinamento clínico. São desenvolvidas atividades de promoção e prevenção de saúde em espaços sociais como escolas, creches e entidades comunitárias, bem como projetos de extensão na vivência acadêmica. Além das atividades de prestação de serviços, os alunos participam de atividades culturais ligadas à Vice-Reitoria de Extensão. A Instituição apresenta também uma Câmara Interna de Pesquisa, tendo como referencial o Núcleo de Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde – NUPEC/CCS com vários grupos e linhas de pesquisa.

Este novo currículo da UNIFOR passou a vigorar no ano de 2005.1, cabendo salientar que os novos profissionais com essa formação só irão entrar no mercado de trabalho no ano de 2010.

Essas mudanças ocorridas nos currículos dessas universidades podem ser melhor observadas nos quadros 11 e 12 que se seguem:

QUADRO 11: Estrutura Curricular do Curso de Odontologia da UFC

CURRÍCULO ANTERIOR (1973-2004)	CURRÍCULO ATUAL (a partir 2005)
1º ANO	1º ANO
Semestre 01	Semestre 01
Química Orgânica I Biologia Geral Introdução à Sociologia Introdução à Psicologia	Biologia Celular Saúde Bucal na Sociedade Metodologia Científica aplic. à Odontologia Fund. Da Anatomia Humana Fund. Histologia e Embriologia Humana Química Orgânica I
Semestre 02	Semestre 02
Introdução à Antropologia Fund. Anatomia Humana Fund. Histologia e embriologia Humana Fisiologia Humana II Introdução à Bioquímica	Fisiologia Humana II Introdução à Bioquímica Introdução à Antropologia Introdução à Sociologia Anatomia Bucofacial Introdução à Parasitologia Humana
2º ANO	2º ANO
Semestre 03	Semestre 03
Patologia Geral II Microbiologia Oral Introd. à Parasitologia Humana Anatomia Bucofacial Materiais Dentários Imunologia aplicada à Odontologia	Farmacologia Geral Imunologia aplicada à Odontologia Microbiologia Oral Patologia Geral II Introdução à Psicologia
Semestre 04	Semestre 04
Farmacologia Estomatologia Clínica Patologia Bucodental Propedêutica Cirúrgica Dentística Restauradora Laboratorial Radiologia	Cariologia Farmacologia Clínica aplicada à Odontologia Patologia Bucodental Radiologia Propedêutica Cirúrgica Saúde Coletiva I
3º ANO	3º ANO
Semestre 05	Semestre 05
Cirurgia Bucodentária Periodontia Farmacologia aplicada à Odontologia Dentística Operatória Clínica I Prótese Dental Total	Materiais Dentários Cirurgia Bucodentária Dentística Restauradora Laboratorial Endodontia Laboratorial Oclusão
Semestre 06	Semestre 06
Endodontia Ortodontia Odontologia Preventiva e Social Orientação Profissional Dentística Operatória Clínica II Prótese Parcial I	Estomatologia Clínica Periodontia Dentística Operatória Clínica Endodontia Clínica Metodologia Científica II Saúde Coletiva II

4º ANO	4º ANO
Semestre 07	Semestre 07
Odontopediatria Cirurgia Maxilofacial Odontologia Legal Estágio Extra Mural Prótese Parcial II	Prótese Fixa Laboratorial Odontologia Ortodôntico Pediátrica I Prótese Parcial Removível Odontologia Legal Dentística Operatória Clínica II
Semestre 08	Semestre 08
Clínica Integrada	Prótese Fixa Clínica Odontologia Ortodôntico Pediátrica II Cirurgia Bucomaxilofacial Prótese Dental Total Emergências Odontológicas Implantodontia
	5º ANO
	Semestre 09
	Clínica Integrada I Estágios em Serviços do SUS I CRUTAC
	Semestre 10
	Clínica Integrada II Estágios em Serviços do SUS II Estágios em Serviços do SUS III TCC

QUADRO 12: Estrutura Curricular do Curso de Odontologia da UNIFOR

CURRÍCULO ANTERIOR (1995-2004)	CURRÍCULO ATUAL (a partir 2005)
1º ANO	1º ANO
Semestre 01	Semestre 01
Anatomia Humana Biologia Bioquímica Geral Elem. de Antropologia Filosófica Histologia e Embriologia Introdução à Odontologia	Biologia Molecular Bioquímica Ciências Sociais em Saúde I Introdução à Odontologia Microbiologia e Imunologia Patologia I
Semestre 02	Semestre 02
Anatomia Buco-facial Elem. De Sociologia Fisiologia Histologia e Embriologia Bucofaciais Met. Tecn. Invest. Científica Parasitologia	Anatomia Humana Ciências Sociais em Saúde II Farmacologia Fisiologia Histologia e Embriologia Patologia II
2º ANO	2º ANO
Semestre 03	Semestre 03
Elementos de Psicologia Farmacologia I Imunologia Materiais Dentários I Microbiologia Patologia Geral	Anatomia Bucofacial Histologia Embrio. Bucofaciais Iniciação Clínica Metod. De Pesquisa Científica Microbiologia e Imunologia Oral Pré-clínica I

Semestre 04	Semestre 04
Epidemiologia Geral Escultura Dental Materiais Dentários II Odontologia Social I Patologia Bucal	Clínica Odontológica I Pré-clínica II Propedêutica Clínica I Saúde Bucal Coletiva I
3º ANO	3º ANO
Semestre 05	Semestre 05
Cirurgia Odontológica I Dentística Operatória Oclusão Odontologia Social II Radiologia Semiologia Bucal	Clínica Odontológica II Pré-clínica III Propedêutica Clínica II Prótese Dentária I Psicologia do Relacionamento I Saúde Bucal Coletiva II
Semestre 06	Semestre 06
Cirurgia Odontológica II Dentística Restauradora I Endodontia I Farmacologia II Odontopediatria I Prótese Dental Total	Clínica Infantil I Clínica Odontológica II Pré Clínica IV Prótese Dentária II Saúde Bucal Coletiva III
4º ANO	4º ANO
Semestre 07	Semestre 07
Dentística Restauradora II Endodontia II Odontopediatria II Prótese Parcial Removível Periodontia I	Clínica Infantil II Clínica Integrada I Propedêutica Clínica III Prótese Dentária III Psicologia do Relacionamento II Saúde Bucal Coletiva IV
Semestre 08	Semestre 08
Cir. e Traum. Bucomaxilofaciais Implantodontia Odontologia Legal e Deontologia Ortodontia Preventiva Periodontia II Prótese Bucomaxilofacial Prótese Parcial Fixa	Clínica Infantil III Clínica Integrada II Implantodontia Prótese Dentária IV Saúde Bucal Coletiva V
5º ANO	5º ANO
Semestre 09	Semestre 09
Clínica Integrada I Estágio Extra-mural	Clínica Integrada III Estágio Extramural I
Semestre 10	Semestre 10
Clínica Integrada II Estágio Extramural II	Clínica Integrada IV Estágio Extramural II TCC

CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS

A universidade, independentemente do fato de ter sua base de financiamento com recursos de origem pública ou privada, é um bem público,

desenvolvendo várias funções, como prestadora de serviços, formadora de recursos humanos e produtora de conhecimentos.

Os cursos de Odontologia do Brasil apresentam-se em acelerada reorganização de suas práticas, procurando adequar a formação dos seus profissionais para que atendam às necessidades de saúde da população. Não é diferente para os Cursos de Odontologia do Estado do Ceará, da Universidade Federal do Ceará-UFC e Universidade de Fortaleza - UNIFOR, que também assumiram o compromisso nesse processo de mudanças. Esta missão constitui tarefa bastante árdua, pois transformar um processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na formulação do saber, nas relações entre professor e aluno, nas práticas docentes e nas relações de poder entre departamentos e disciplinas. Como bem refere Feuerwerker (2002, p. 288), são mudanças profundas que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde, do território local e também do espaço social, no campo das políticas.

De posse dos dados mapeados nos documentos e posteriormente trabalhados por instituições/cursos, seus conteúdos curriculares, podemos fazer as seguintes considerações com relação às mudanças observadas.

Ambas as instituições estudadas estão procurando se adequar as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia, aprovadas pelo CNE (Parecer da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – CNE/CES Nº 1300/01, de 06/11/2001; Resolução CNE/CES Nº 3, de 19/02/02, publicada no Diário Oficial da União de 04/03/2002), revelando a complexidade do desafio imposto pela mudança do processo de formação dos cirurgiões-dentistas,

Na estrutura das disciplinas, identificamos a busca de mudança na concepção tradicional de educação, na qual o professor ensina e o aluno aprende, como também, na concepção biológica em saúde, chegando ao conceito ampliado de saúde, na tentativa de superação do modelo flexneriano do ensino odontológico. Essas inovações vinham sendo sugeridas por vários autores, entre eles Melo (2004, p.89), ao compreender que, para haver esta mudança, o aluno deve ser situado como principal agente na produção de seus conhecimentos e o professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem.

Na UFC, fica visível o acréscimo das disciplinas na sua nova proposta de PPP, como Cariologia, Escultura Dental, Emergências Odontológicas, Oclusão,

Endodontia Laboratorial e Implantodontia. Foi introduzida ainda a disciplina Metodologia Aplicada à Odontologia I e II, que não existia no currículo anterior, com o intuito de preparar o graduando para a pesquisa científica. As disciplinas da área de Prótese Dentária foram reorganizadas e houve a integração das disciplinas Odontopediatria e Ortodontia. Evidenciamos nessa reforma, ainda, incipiente integralização curricular, pois as disciplinas ainda continuam muito departamentalizadas.

Na UNIFOR, notamos que a reforma curricular avançou mais na integralização curricular, pois houve integração no ciclo profissionalizante das disciplinas Oclusão, Radiologia, Patologia, Farmacologia, Semiologia, Escultura e outras, que foram dispostas em novas disciplinas, como Iniciação Clínica, Pré-clínica I, II e III, Propedêutica I, II e III, Clínica Odontológica I, II e III, na tentativa de promover essa interação curricular, por meio da articulação de matérias, conteúdos e áreas, pois tradicionalmente a integração do ensino da Odontologia era realizada somente nos dois últimos semestres, sendo feita a antecipação desse processo, procurando ultrapassar a barreira da fragmentação do ensino, que dificulta a atenção integral à saúde. Essa fragmentação foi referida na fundamentação teórica desta dissertação por vários autores, como Sousa (1994), Feuerwerker (2002), Sekulic e Nóbrega-Therrien (2003), Braga (2005) e Paula e Bezerra (2003). Convém salientar que essa integração também deve ocorrer entre a teoria e a prática, bem como produção de conhecimento integrada à docência e à atenção à saúde.

Outro ponto, que podemos considerar, diz respeito à seqüência das disciplinas a serem cursadas de ambos os currículos nos anos apresentados. A idéia de seguimento do ensino, partindo do mais simples para o mais complexo, e não de problematização.

Visualizamos a proposta da inserção do aluno na saúde coletiva, procurando instituir uma Odontologia mais social, mudando o referencial do profissional a ser formado, inserindo-o desde cedo na realidade social e nas práticas do serviço público, dispendo a UFC uma carga horária de 23 créditos, com as disciplinas de Saúde Coletiva I e II, Saúde Bucal na sociedade e Estágios em serviços do SUS I, II e III e a UNIFOR com uma carga horária de 20 créditos, distribuídos em vários semestres nas disciplinas Saúde Bucal Coletiva I, II, III, IV e V. A percepção da Odontologia como prática social e não apenas como exercício técnico-científico, de perceber o homem como um ser social e sair da compreensão

somente dele como individual para o ser coletivo está contemplada nos conteúdos curriculares das duas instituições em estudo. Essa proposta pedagógica é indicação de vários autores, entre os quais, Lampert (2002, p. 40) que reporta à necessidade de que se deve engajar o estudante na realidade social, permitindo-lhe compreender as várias dimensões do processo saúde-doença.

Foram identificadas nos conteúdos curriculares da UFC propostas de preparação do aluno para as políticas de saúde bucal integrando-se no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS de modo mais explícito no texto, o que não foi observado na UNIFOR. Esses estágios oferecidos no serviço público levam o aluno a conhecer todos os níveis de atenção à saúde, aproximando-o da realidade onde vai atuar, aprendendo com ela e nela se inserindo, atitude que segue as orientações das Diretrizes Curriculares do curso, visando à diminuição do distanciamento entre a formação dos recursos humanos e as necessidades do SUS. A Constituição Federal, em seu Art. 200, incisos III e V, refere que: "Compete à gestão do Sistema Único de Saúde 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". (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004, p. 28). Assim, o SUS precisa ser entendido, além de um espaço privilegiado de ensino, também como um co-participante importante junto à instituição de ensino na formulação e implementação dos projetos pedagógicos.

As disciplinas das áreas humanas e sociais já existiam nos cursos estudados, mas percebe-se a presença de uma concepção da interdisciplinaridade, embora ainda timidamente, buscando o desenvolvimento de uma interação, levando a um enriquecimento mútuo, configurado na superação dos currículos organizados por disciplinas e centrados nos conteúdos. Isto constitui um avanço.

É relevante considerar, também, a exigência da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC como requisito para a graduação, o que trouxe a pesquisa com maior força para conteúdos e disciplinas; embora ainda incipiente, pois a articulação entre ensino e pesquisa ainda tem muito que avançar, como também o tempo a ela dedicado ainda não me parece ser o adequado e necessário. A formação para a pesquisa é também atualmente complementada pelos programas de Iniciação Científica e a formação dos Grupos de Pesquisa. A universidade constitui espaço privilegiado para estimular os alunos à pesquisa, o que proporciona o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo. Considera Demo (2005, p.75) que:

"do ponto de vista epistemológico, saber pensar supõe traquejo metódico para lidar de maneira adequada com o conhecimento e seu processo de construção, desconstrução e reconstrução, enquanto, do ponto de vista da política social, saber pensar é pilastra crucial da cidadania ativa, para saber melhor intervir". É dele todo um trabalho que evidencia a importância da formação com base em alicerces como a pesquisa.

Os cursos da UFC e UNIFOR aqui mapeados e analisados estão passando por um momento histórico de mudança na formação do cirurgião-dentista, o que, com certeza, produz conflitos, pois, na busca significativa de opções, os conflitos, as crises, as rupturas e as contradições se explicitam, principalmente entre docentes, o que é esperado, pois faz parte da formação do novo. O desafio está em sair de um modelo de ensino centrado no diagnóstico e tratamento das doenças para outro centrado com fulcro na promoção e prevenção dessas doenças.

2ª PARTE DA PESQUISA

Com o conhecimento da proposta de formação do cirurgião-dentista pela UFC e UNIFOR, seja esta resultante de um currículo que aqui podemos chamar de antigo e de um novo que é o PPP, partimos, para caracterizar quem é esse profissional que pesquisamos e o que ele está fazendo em sua prática profissional com relação à promoção da saúde.

Com a aplicação dos questionários a estes profissionais, obtivemos os seguintes resultados.

Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa

Antes de adentrar na análise do material coletado por meio das entrevistas, apresentamos um perfil compactado dos sujeitos que participaram do estudo.

Entrevistado 1 - cirurgiã-dentista, 28 anos, graduada em Odontologia na UFC em 2001.2, com Curso de Especialização em Saúde da Família e Introdutório no PSF. Trabalha há quatro anos e seis meses no PSF.

Entrevistado 2 - cirurgiã-dentista, 22 anos, graduado em Odontologia na UFC em 2005.2, com Curso de Atualização em Saúde da Família. Trabalha no PSF há oito meses.

Entrevistado 3 - cirurgião-dentista, 27 anos, graduado em Odontologia na UFC, em 2002, com Curso de Especialização em Saúde da Família e Introdutório no PSF. Trabalha no PSF há quatro anos.

Entrevistado 4 - cirurgião-dentista, 46 anos, graduado em Odontologia na UFC em 1987, com curso de Especialização em Saúde Bucal Coletiva, Introdutório no PSF e Humanização em Saúde. Trabalha no serviço público há seis anos e no PSF há cinco anos.

Entrevistado 5 - cirurgião-dentista, 52 anos, graduado em Odontologia na UFC em 1984, com curso de Especialização em Saúde da Família e Introdutório no PSF. Trabalha há doze anos no serviço público e no PSF há cinco anos.

Entrevistado 6 - cirurgiã-dentista, 33 anos, graduada em Odontologia na UFC em 1993, com Curso de Educação com saúde e Saúde com Educação e Introdutório no PSF. Trabalha no serviço público há 13 anos e no PSF há cinco anos.

Entrevistado 7 - cirurgiã-dentista, 29 anos, graduada em Odontologia na UFC em 2000, com Curso de Especialização em Saúde da Família, Introdutório no PSF e Curso de Humanização do Atendimento. Trabalha há seis anos no serviço público e no PSF há cinco anos.

Entrevistado 8 - cirurgiã-dentista, 35 anos, graduada em Odontologia na UFC em 1993, com Curso de Especialização em Endodontia, trabalha no serviço público há dois anos e um mês e no PSF há dez meses.

Entrevistado 9 - cirurgião-dentista, 28 anos, graduado em Odontologia na UFC em 2002.2, com Curso de Introdutório no PSF. Trabalha no PSF há três anos.

Entrevistado 10 - cirurgião-dentista, 26 anos, graduado em Odontologia na UFC em 2003. Trabalha no PSF há três anos (outras cidades) e há um mês nessa localidade.

Entrevistado 11 - cirurgiã-dentista, 23 anos, graduada em odontologia na UNIFOR em 2004, com Curso de Atualização em Estética e Pós-graduanda em Ortodontia. Trabalha no PSF há um ano e sete meses.

Com relação à idade, os resultados mostram que dos 11 cirurgiões-dentistas entrevistados, 06 (54,6%) eram do sexo feminino e 05 (45,4%) do sexo masculino, confirmando o comentário de Freitas (1993, p.45), feito na fundamentação teórica desta Dissertação, onde refere à tendência da feminilização progressiva da Odontologia, mesmo reconhecendo que o número de sujeitos com os quais trabalhamos não é significativo para esta afirmação. Com relação ainda à idade, observamos a predominância de um grupo na faixa etária de 22–28 anos (06), correspondendo a um percentual de 54,6%, denotando predominância de um grupo jovem de profissionais de saúde da Odontologia no PSF desses municípios. Quanto ao local de formação, dez (10) dos onze (11) cirurgiões-dentistas pesquisados foram formados na UFC. Este resultado era esperado pelo fato de ser a UNIFOR uma instituição ainda bastante jovem, que colocou no mercado sua primeira turma somente no ano de 2000. Quando ao ano de formação, a maioria do grupo pesquisado (07) também se apresenta como profissionais jovens, formados na faixa que vai dos anos de 1999 a 2005. Este achado aponta para uma realidade que refere cirurgiões-dentistas com formação recente nos municípios do interior do Estado, aqui estudados.

Com relação à educação profissional permanente ou continuada, cabe salientar também que, dos 11 cirurgiões-dentistas entrevistados, 09 desses receberam algum tipo de capacitação após a sua graduação para o trabalho no PSF. Este é fato de suma importância para que os objetivos da estratégia do PSF sejam alcançados, e que estes profissionais possam assumir o seu papel e também suas responsabilidades nesse tipo de atenção à saúde, uma vez que o PSF exige conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e na sua resolução. Com referência ao tempo de trabalho no PSF no grupo pesquisado constatamos que não há diferenças significantes, o que é esperado, já que constituem maioria de um grupo jovem e com formação recente.

QUADRO 13: Atividades desenvolvidas pelos CD entrevistados em Quixadá, Quixeramobim e Choró – Ce / 2006.

ATIVIDADES DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESB DO PSF	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Planejamento, acompanhamento e avaliação das ações	08	72,8	03	27,3
Prevenção das patologias bucais na infância	09	81,8	02	18,2
Assistência odontológica no pré-natal	09	81,8	03	18,2
Alimentação e análise de sistemas de informações	03	27,2	08	72,8
Identificação das necessidades da população em relação à saúde bucal	07	63,6	04	34,4
Coordenação de ações coletivas para promoção e prevenção de saúde bucal	07	63,6	04	34,4
Ações intersetoriais sobre saúde bucal	08	72,8	03	27,3
Urgências e emergências	08	72,8	03	27,3
Discute com a equipe de trabalho e a comunidade os direitos de saúde	08	72,8	03	27,3
Supervisiona o trabalho do ACD ou THD	09	81,8	02	18,2
Realiza palestras educativas sobre saúde bucal	11	100,0	-	-
Realiza visitas domiciliares às famílias da área	04	36,4	07	63,6

No Quadro 13, estão distribuídas as atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSF dos municípios investigados: estas atividades são preconizadas pelo Ministério da Saúde. Observamos que, dentre elas, apenas uma é desenvolvida por todos os cirurgiões-dentistas entrevistados, que é a realização de palestras educativas sobre saúde bucal. Somente 03 cirurgiões-dentistas, no entanto, fazem a atividade de alimentação e análise de sistemas de informações. É um dado preocupante, pois, como avaliar ou planejar seu trabalho, a partir das metas propostas sem o desenvolvimento dessa atividade?

As visitas domiciliares aparecem sendo pouco realizadas: 04 deles. Esse achado desperta para uma busca do por que a não-realização dessas visitas, que são fundamentais para o trabalho do cirurgião-dentista no PSF. É nas visitas que o profissional adquire conhecimento dos problemas de sua área, cria vínculos com a comunidade e juntos trabalham para a resolução dos problemas.

Com as entrevistas realizadas com os cirurgiões-dentistas, foi realizada a análise do discurso. Seus depoimentos foram organizados em seqüências discursivas de acordo com os objetivos da pesquisa para facilitar as análises. As seqüências discursivas utilizadas foram às seguintes:

- conceito de promoção de saúde.
- formação recebida pelos cirurgiões-dentistas.

- atividades de promoção de saúde desenvolvidas no PSF.
- dificuldades no trabalho da equipe de saúde bucal no PSF.
- avanços na atenção a saúde bucal.

Seqüência Discursiva 1 - conceito de promoção de saúde

No primeiro momento, foi perguntado aos sujeitos o que era promoção de saúde para ele, obtendo as seguintes respostas:

A promoção de saúde como um todo, é melhoria da qualidade de vida, do saneamento básico, da água fluoretada... ela vai passar por muitos aspectos, até chegar ao consultório, o consultório é um deles,... a gente tem que prevenir mas tem que tratar porque a doença já está instalada, não adianta você querer prevenir e as pessoas estarem morrendo de dor... (Entrevistado 1).

Promover saúde é promover de modo total, não só da odontologia, porque às vezes a gente puxa muita sardinha pro nosso lado e não tá nem aí pros outros, mas não é, eu acho que é isso, você prevenir todas as doenças que você pode prevenir... (Entrevistado 2).

Essa parte de promoção de saúde tem muito a ver com tudo, com o lado social, não é só a saúde em si... de como a pessoa mora, onde habita, saneamento básico, tudo isso tá envolvido com o trabalho educacional na promoção de saúde... não é só o atendimento em si, envolve muitos setores... você ver a situação social daquela pessoa num contexto mais amplo. (Entrevistado 4).

As definições há pouco enunciadas pelos entrevistados sobre promoção de saúde, denotam uma posição-sujeito que já possui em sua formação, uma concepção de promoção de saúde como uma ação global que objetiva a melhoria da qualidade de vida da população. Observa-se que já está constituída uma mudança paradigmática sobre o processo saúde-doença, no qual saúde e doença envolvem vários aspectos e são determinados por fatores sociais, econômicos e psicológicos. Essas concepções também indicam que já ocorreu por parte dos sujeitos um afastamento do modelo biomédico de teor clássico, referenciado anteriormente na fundamentação teórica. Pode-se observar também no enunciado do entrevistado 2, ao referir - *Promover saúde é promover de modo total, não só da odontologia, porque às vezes a gente puxa muita sardinha pro nosso lado...*, a compreensão de saúde bucal. Mesmo sendo uma pequena parte do todo, há interdependências de ações, superando também a fragmentação do corpo humano.

Promover saúde é evitar a doença, é a gente tentar abordar de todas as formas o paciente, para conscientizá-lo acho que do básico, da escovação, da alimentação, do tipo de alimentação, de como ele evitar adoecer... (Entrevistado 3).

Nessa afirmação ainda permanece o posicionamento pré-construído do sujeito do "evitar a doença", a atitude preventivista, mas, logo após, ao dizer - "*conscientizá-lo*"-, já denota a visão ampliada de saúde, assim como o seu papel de profissional, numa melhor perspectiva de que deve capacitar os indivíduos e comunidades para terem controle sobre os determinantes de saúde, ou seja, há uma compreensão de ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividade no cuidado à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, dentre outras), como orienta a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2005, p.15). Assim, há uma mesclagem entre velhas e novas concepções de saúde.

Promoção de saúde eu acho que funciona a prevenção e a cura da saúde também, pra mim a promoção de saúde é isso, porque não adianta você só orientar, a prevenção é importante, mas no caso nosso da odontologia, você tem que fazer a parte curativa também. (Entrevistado 5).

Nesse discurso, o sujeito se posiciona entre a prevenção e a cura, o que ocorre, por ter uma formação ocorrida há mais de vinte anos. Então o sujeito se encontra no que foi ideologicamente formado na graduação há anos, que era o "curativismo", baseado no conhecimento biológico e na atenção individualizada e tendo também que incorporar o discurso atual, a sua posição de promotor de saúde do PSF, ou seja, mostra o sentido pré-construído de valorização da cura, mas incorporando aquilo que constitui o "novo". Nesse acontecimento discursivo, ocorre o encontro de uma atualidade com uma memória. Essa formulação, entretanto, parece também evidenciada quando acrescentamos ao discurso anterior outro recorte, no qual o narrador possui apenas dois anos de formação e se posiciona da seguinte forma:

Promoção é tudo que envolve a prevenção e a cura, tipo escovação supervisionada, aplicação de flúor, a própria restauração, até a extração também, tudo que promove a saúde como o nome diz e a cura também. (Entrevistado 11).

Pudemos, assim, encontrar pelos enunciados arrolados a noção de que, apesar de uma formação recente, este último entrevistado revela o mesmo sentido formulado pelo entrevistado anterior, que tem mais de vinte anos de formação. O sujeito concebe promoção como prevenção (escovação supervisionada, aplicação de flúor) e cura (restaurações e exodontias) num entendimento de promoção apenas de atividades clínicas, sem perceber a dimensão mais abrangente de promoção de saúde bucal. Nessa concepção, situa a promoção de saúde agregada ao modelo

preventivista, ou seja, como intervenções que têm lugar em momentos anteriores à doença, não observando ainda a promoção como uma proposta no sentido de influenciar mudanças nas políticas de saúde, no estilo de vida da população, na participação comunitária e na reorganização dos serviços.

Promoção de saúde eu acredito que é um todo, é ver a pessoa como um ser humano integral, que tem pensamentos, que tem vontades, que tem desejos, que tem cabeça, corpo e alma... ela precisa ser vista em todos os aspectos, se aquela pessoa tá tendo um lazer saudável, se ela tá tendo educação saudável, se ela está buscando vivenciar uma atividade esportiva, então é ver o todo e não só aquilo que a gente cuida, no meu caso a boca. (Entrevistado 6).

Nesse trecho do discurso, o enunciador revela a sua visão ampliada de promoção de saúde. Ele conseguiu incorporar o "todo" e também a sua função como facilitador desse processo de capacitação dos indivíduos. Produzir saúde adotando como eixo o paradigma promocional significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sóciopolítico e econômico-cultural, enfim pela vida (BRASIL, 2005, p. 8). Ainda nesse recorte:

Promoção, primeiro é você ter estrutura de saneamento básico, de educação, de alimentação, pra promover saúde da pessoa, porque não adianta você chegar numa localidade e dizer vocês tem que escovar os dentes todo dia, se as pessoas não tem pasta, se elas não tem água, se elas não... não é verdade? É você dar condições pra que as pessoas tenham saúde. (Entrevistado 8).

Nessa parte do discurso, o orador se posiciona no alerta para o trabalho do promotor de saúde em condições adversas: como promover saúde em populações em condições miseráveis? Ele traduz na sua fala a noção de que, muitas vezes, o profissional sabe o que fazer e como fazer, mas não lhe oferecem as condições mínimas para a realização dessa necessidade diagnosticada, o que revela a interdependência da promoção de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Sabe-se que, para melhorar as condições de saúde dos cidadãos, é preciso atuar sobre as condições sociais determinantes da saúde, e a promoção de saúde como uma estratégia de produção de saúde deve operar articulada com vários setores da sociedade.

A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da

atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação (BRASIL, 2005, p.10).

Seqüência Discursiva 2 - formação dos cirurgiões-dentistas

Nessa seqüência discursiva, os sujeitos foram interrogados sobre a formação recebida na universidade para o trabalho de promoção de saúde bucal:

Na época de formação, o que tinha só era odontologia preventiva e social, na realidade nós éramos formados para atender consultório, ninguém falava em atendimento no serviço público... muito distante da realidade do PSF, muito distante. (Entrevistado 4).

Pode-se dizer que, nesse recorte, o sujeito, ao dizer "o que tinha só era...", já interpreta a sua formação para promoção de saúde como insuficiente, e, logo depois, confirma a sua formação recebida, uma formação pautada no paradigma flexneriano, referido por Lampert (2002, p. 67), em que o paciente era tratado de modo individual, abstraído de sua coletividade e do contexto social em que se insere, percebendo, então, que a sua realidade de trabalho no momento envolve outro paradigma. Logo depois, mais uma vez, em outra seqüência discursiva, ele se posiciona, dizendo:

Honestamente falando, quando eu vim trabalhar aqui no município em 2001, eu não sabia muita coisa de saúde pública não. (Entrevistado 4).

Confirma, pois, a análise que fez sobre a sua formação para o serviço público, denotando o sentido de despreparo para a atuação profissional nessa área.

Agora uma observação nesse outro enunciado:

Eu peguei a fase de transição, porque antigamente eles formavam muito pro consultório, pra você terminar e ir trabalhar no consultório particular... então eu peguei essa fase que o PSF estava empregando muita gente e o mercado de trabalho estava se fechando pro particular. Então a faculdade começou a pensar, a gente vai ter que formar os meninos para o PSF, e aí, mas só que não estava muito bem estruturado, o currículo antigo não dava abertura pra fazer. (Entrevistado 2).

Analisando a constituição desse processo discursivo, o entrevistado se enuncia como no estado de transição em sua formação, havendo um deslocamento, posicionando-se não mais com a formação do entrevistado anterior, e percebendo a mudança que estava ocorrendo dentro da universidade, e essa ainda tentando se estruturar para atender a essas mudanças que estavam impondo à formação de um novo perfil do cirurgião-dentista. Caminhando mais um pouco pelas formações discursivas, é possível perceber a produção de alguns sentidos. Vejamos:

Eu acho na faculdade o curso era mais voltado pra questão da especialidade... é uma realidade muito diferente da necessidade básica do povo... coisas pontuais dentro do curso e não um lado só pra isso. (Entrevistado 3).

Em atividades de saúde coletiva, eu não participava tanto, sabe? Tinha o CEDEFAM, é o único assim que está mais com essa visão ampliada, mas ainda não é completo. Ele é muito assim, vamos botar os alunos aqui pra fazer palestras porque aqui ninguém gosta de fazer palestra de tal coisa, entendeu? Como se a saúde coletiva fosse só fazer palestra. (Entrevistado 2).

Na minha graduação eu fui preparada, mas eu senti que foi um pouco burocrático, mais assim dentro da sala de aula, não tinha uma vivência corpo a corpo com as pessoas, só quando a gente fazia aqueles estágios nas escolas, mas a minha preparação mesmo foi depois de formada, trabalhando no serviço público, os cursos que eu ia fazendo dentro daquilo que o PSF me pedia, que foi me fazendo me tornar mais população, mais comunidade. (Entrevistado 6).

Olha foi um semestre da faculdade, a gente ia para umas creches e tal e tentava trabalhar com crianças. Eu acho muito pouco porque hoje o dentista eu vejo como um profissional que assim menos tem contato com o público, por conta assim da formação... (Entrevistado 1).

Só teoria, eu acho que faltou estágio mesmo. CRUTAC a gente na época não viu nada, ficava só no consultório mesmo, não dei uma palestra, né?... mas é muita teoria e pouca prática. (Entrevistado 10).

A faculdade preparou assim, a gente tinha odontologia social, teve um ano de extra-muro, né? Que a gente ia pra uma favela e pegava os pacientes mais necessitados e levava pra fazer adequação, sabe?... A gente teve a prática mesmo só no último ano, no começo era mais teoria, era mais ir pras escolas fazer palestras, ensinava a fazer os índices de dentes cariados, CPOD, era basicamente isso. (Entrevistado 11).

Em cada um desses discursos, encontramos a formação constituída desses sujeitos, exatamente com as características enunciadas na fundamentação teórica desta dissertação, por Mendes e Marcos, citados por Marsiglia (1998, p. 182):

- Estruturação de microdisciplinas por especialidades odontológicas;
- Ensino nos serviços das próprias escolas, desconhecendo os serviços externos;
- Separação entre docência e prestação de serviços;
- Ciclo básico separado do ciclo clínico e concentrado nos primeiros anos de curso.

É válido dizer que as interpretações procedidas por esses sujeitos entrevistados há pouco reproduzidas, nos revela também, que eles já possuem um sentido definido a respeito do seu papel na qualidade de profissional da Odontologia, fortalecido no exercício da profissão, já havendo no discurso o seu deslocamento para nova compreensão. Observam-se uma nova atitude e mentalidade profissional desses sujeitos, proferindo-se em seus discursos, de forma crítica e reflexiva. Outro

ponto que cabe aqui refletir é acerca da constituição da identidade profissional. Nessa parte do discurso,

Não me preparou, de jeito nenhum, na minha época, era a última coisa que o pessoal queria fazer, era trabalhar no serviço público... (Entrevistado 8).

É possível perceber na narrativa o sentido construído dos sujeitos, à época alunos, com relação ao serviço público; a supervalorização do técnico-científico e a desvalorização do trabalho no serviço público. É fácil perceber esse fato também nesse enunciado:

Olha não vou mentir, eu só me senti um ano, são quatro anos, que eu vi alguma coisa de saúde pública, o restante só foi muita clínica. (Entrevistado 9).

Cabendo à universidade, conforme realçado por Pimenta (1997, p. 42) anteriormente, que uma identidade profissional constrói-se, pois, com base na identificação social da profissão, mas se constrói também, pelo significado que cada professor, como ator e autor, confere à atividade docente em seu cotidiano. Nessa mesma compreensão, Lampert (2002, p.40) também nos diz que, se o ensino for executado, contando com uma prática docente desenvolvida em instituições assistenciais organizadas sob a meta da cobertura, nos princípios da Carta de Alma-Ata e da Carta de Ottawa sobre a promoção de saúde, o contexto de aprendizagem se amplia. E, em uma última observação, esse enunciado:

A faculdade tem que se abrir para o mundo e não se fechando assim, que é isso que a gente ver. (Entrevistado 1).

Evidencia o efeito de sentido construído por esse entrevistado, sob a forma de um "grito" à universidade, para que reveja o seu modelo de ensino. Podemos pressupor que o mundo aqui se articula diretamente com a realidade no caso, aquela dos serviços de saúde para os quais ela forma.

Seqüência Discursiva 3 - atividades de promoção de saúde desenvolvidas no PSF

Nessa seqüência discursiva, os sujeitos foram interpelados sobre as atividades desenvolvidas no seu trabalho na equipe de saúde bucal no PSF. A seguir estão algumas respostas obtidas e que falam do trabalho do profissional na e com as escolas e nas unidades de saúde.

Sempre no início de cada semestre a gente vai as escolas e conversa com os alunos, faz palestras em todas as escolas... tentava sensibilizar os professores para dar continuidade, a gente sozinha não ia ter condições de tá uma vez por semana tá dando

atendimento pra tá fazendo bochecho ou escovação supervisionada... teve o ano passado a campanha de prevenção do câncer de boca. (Entrevistado 1).

De três em três meses a gente vai na escola pra fazer as palestras, fazer a escovação supervisionada, esse trabalho mais assim. Agora tá parado porque não tem mais escovas. Nas escolas trabalhando o bochecho toda semana e a parte da gestante. (Entrevistado 2).

Lá eu faço mais a parte do serviço mesmo curativo, questão de restauração, exodontia e a parte de profilaxia, de remoção de tártaro, essas coisas, fica mais com a THD, ou seja, palestra muito pouco. Muito pouco. (Entrevistado 3).

Só as palestras, a gente tinha uma THD, que todo dia antes do atendimento, ela pegava e juntava todo mundo e dava a palestra e passava uma fita de vídeo, mas não tem mais. (Entrevistado 3).

A gente desenvolve aqui a parte de escovação, a gente desenvolve palestras sobre educação de saúde bucal, é... a gente faz pesquisa de câncer bucal... no grupo de risco a gente sempre orienta e faz exame. (Entrevistado 5).

É mais palestras e o atendimento mesmo. (Entrevistado 8).

Lá? Palestras nas escolas e aplicação de flúor, e no consultório a gente faz a escovação supervisionada. (Entrevistado 11).

Nesses discursos, é fácil observar que as atividades de promoção de saúde desenvolvidas se restringem às atividades de prevenção (aplicação de flúor, escovação supervisionada) e de Educação em Saúde bucal (palestras e apresentação de vídeos). Não se evidenciam atividades integradas e intersetoriais de promoção de saúde, permanecendo a fragmentação da abordagem do processo saúde-doença, ao denotar o trabalho desses profissionais reduzido ao seu setor de trabalho, não expressando nessas seqüências discursivas a articulação de setores, saberes, mobilização na formulação de intervenções que propiciem a produção de saúde.

A posição-sujeito desses discursos revela, ainda, que as práticas de promoção de saúde bucal ainda não foram incorporadas à dimensão atual, pois os sujeitos se "historicizam" ainda no modelo assistencialista, não chegando ao modelo de promoção de saúde contemporânea, cuja essência é a necessidade de abordar as causas subjacentes de saúde e doença na sociedade e os determinantes de saúde, como vimos com Watt (2004, p. 5) na fundamentação teórica desta dissertação. Na formação discursiva, entretanto, este sujeito revela:

Lá tanto eu desenvolvo a parte curativa como a parte preventiva, a gente tem todo um trabalho de palestras educativas antes do atendimento, também nas escolas, nos grupos também, quando a gente se reúne, grupos de gestantes, hipertensos, a gente também faz este trabalho preventivo. A gente também realiza visita domiciliar, a gente procura sempre tá junto da população pra saber o que estão precisando... a gente procura se

informar qual é a data das reuniões de pais e mestres e a gente vai junto pra tentar conscientizar da importância de levar o filho ao dentista. (Entrevistado 6).

Já se observa, um sujeito que caminha nos pilares da promoção de saúde, mediante a busca de articulação com diversos setores, tentando dialogar com diversas áreas. Percebe-se também, nessa fala, a busca de uma construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas, ao dizer: *"a gente procura sempre tá junto da população pra saber o que estão precisando..."*, revelando uma unidade do sujeito (CD) com a coletividade, como orientam as diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde.

Ainda trabalhando com as atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde bucal, pudemos observar nesses relatos que o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde bucal acontece predominantemente no ambiente educacional, nas escolas, sendo observadas no relato anterior algumas ações em outros ambientes, como grupo de gestantes, hipertensos, entre outros, e nas visitas domiciliares. Também nesse trecho abaixo identificado, esse tipo de atenção à saúde:

A gente trabalhou primeiro muito no atendimento, tá?, depois que a gente começou a trabalhar a parte preventiva... Hoje a gente tem o acompanhamento de 100% das crianças, já teve dois casos de câncer bucal que a gente conseguiu intervir no início, isso foi muito gratificante. A gente tem um programa de rádio, semanalmente... (Entrevistado 9).

Ao explorar essa seqüência discursiva, observamos, primeiro, o trabalho inicial para amenizar uma demanda reprimida de atendimento odontológico, depois o caminhar para o trabalho preventivo e finalmente o início do trabalho de promoção de saúde com a prevenção de câncer bucal e um programa de rádio na área da comunicação, constituindo uma ação intersetorial importante, que deve ser trabalhada. Diante destes discursos podemos considerar que as atividades de promoção de saúde ainda se apresentam incipientes, sendo necessária a busca de mais parcerias intersetoriais, para atingir outros cenários, que não somente o ambiente ambulatorial e o setor educacional, pois a saúde bucal exige mais do que a oferta de serviços odontológicos e ações contingenciais de prevenção. Implica políticas intersetoriais como vetor para a promoção de saúde que propiciem a melhoria da qualidade de vida.

Outro ponto a ser considerado, diz respeito ao trabalho interdisciplinar da equipe de saúde da família. Percebe-se que as ações de promoção de saúde estão

sendo realizadas isoladamente pelos os profissionais de saúde. Em nenhum momento dos discursos, foi relatado o trabalho em equipe. Finalmente, nesses dois últimos relatos:

O nosso trabalho durante cinco anos foi praticamente curativo, os dois primeiros anos a gente teve a parte preventiva. Quando eu cheguei eu implantei um programa com as agentes comunitárias de saúde, não deixa de ser promoção de saúde bucal, a gente fez um seminário com elas explicando as principais patologias bucais, os meios de prevenção.. na medida do possível eu movimentei alguma coisa, mas acho que muito pontual, eu acho que eu poderia ter me dado mais, eu me sinto assim. (Entrevistado 7).

É atenção básica, que é a parte de procedimentos... atualmente pra lhe ser sincero, nós estamos fazendo mais o trabalho curativo do que o preventivo, porque nós não estamos dispondo de carro na área pra poder se deslocar. (Entrevistado 4).

Poder-se-ia dizer que no primeiro relato, o sujeito se posiciona em uma situação de desencanto, na ocasião em que foi iniciado um trabalho de promoção de saúde e, por algumas circunstâncias, não evoluiu. No segundo discurso, o sujeito se justifica pela não-realização das atividades de prevenção. As dificuldades relatadas para a não-realização das atividades de promoção estão expressas na próxima seqüência discursiva.

Seqüência Discursiva 4 - dificuldades no trabalho da equipe de saúde bucal no PSF.

Os sujeitos da pesquisa foram interpelados sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde na equipe de saúde bucal no PSF. Foram citadas as seguintes dificuldades:

- dificuldade 1 - a demanda excessiva por atendimento odontológico

Participando dessa mudança que a metodologia do PSF preconiza, mas que nem sempre a gente é capaz de fazer ou não pode fazer por conta da demanda muito grande nas unidades de saúde... é uma demanda que já vem de séculos. (Entrevistado 1).

A maior de todas que eu acho é a demanda. A demanda é... no começo eu até tentei andar nas escolas, mas aí o pessoal ia atrás de gente.. é humanamente impossível, eu tá percorrendo treze escolas e ainda tá atendendo, é muito complicado. (Entrevistado 3).

A quantidade de procura do pessoal é muito grande e o tempo que a gente tem é pouco... (Entrevistado 5).

A dificuldade que a gente percebe ainda é a grande quantidade de gente. (Entrevistado 6).

O que eu fiz foi mais no começo, a parte de promoção, foi mais no começo do trabalho, do meio pro fim, nos cinco anos que eu já estou, nos dois primeiros anos deu pra trabalhar alguma coisa, depois ficou muito estressante, porque eu era só... você tem uma demanda enorme pra atender. (Entrevistado 7).

A demanda é muito grande e eu acabo não fazendo, mas quando eu posso, eu faço também a parte educativa. (Entrevistado 8).

Eu tenho uma demanda muito grande, né? A gente trabalhou primeiro muito no atendimento, tá? Depois que a gente começou a trabalhar a parte preventiva... (Entrevistado 9).

Nestes enunciados, confirma-se que uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento da promoção de saúde bucal é a demanda excessiva por atendimento odontológico. Nas narrativas, percebe-se a angústia dos profissionais da Odontologia para exercerem suas funções de promotor de saúde. Os sujeitos entrevistados já têm consciência do seu papel a desempenhar, compreendendo que o serviço odontológico não deve se centrar no atendimento curativo, mas se vêem diante de um dilema: fazer o trabalho reabilitador e promover saúde bucal, mas o primeiro absorve todo o tempo de seu trabalho.

Assim, confirma-se que, para se promover saúde, é preciso, antes de tudo, que haja transformações na organização das práticas de saúde bucal. Acredita-se que um dos caminhos seja uma nova prática odontológica, na qual o trabalho deixe de ser centrado no cirurgião-dentista, incorporando outros profissionais de saúde bucal, como o Atendente de Consultório Dentário – ACD e o Técnico de Higiene Dental – THD e, muitas vezes, o agente comunitário de saúde, chegando a concepção de equipe de saúde bucal, articulados de forma inteligente na distribuição de tarefas, que venham proporcionar melhorias no plano quantitativo e qualitativo desse processo de trabalho. Podemos evidenciar essa orientação nas diretrizes da Portaria N^o 267/GM de 06 de março de 2001, do Ministério da Saúde que trata da inclusão da saúde bucal no PSF, onde orientando no sentido de que as ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar.

- Dificuldade 2 - formação na graduação insuficiente

Outra dificuldade relatada nos enunciados arrolados a seguir é a formação recebida na graduação insuficiente:

A formação recebida foi insuficiente para o PSF, na faculdade a mudança de currículo já devia ter acontecido há muito tempo... (Entrevistado 1)

É porque às vezes você vai pelo caminho tão longe que vai demorar tanto, que você não sabe se você vai chegar naquele ponto, que se você tivesse uma instrução de um atalho, era tão mais simples. (Entrevistado 2).

Às vezes, tem situações que você fica e agora né?, assim a gente trabalha de um jeito, não sabe se é o certo, se não tinha um atalho para chegar naquele caminho, entendeu? Vai quebrando a cabeça, sabe? (Entrevistado 2).

Deveria melhorar essa formação... embora que depois que a gente se forme, vá seguir ou não o serviço público, mas pelo menos sai mais consciente da realidade da saúde do povo... (Entrevistado 4).

Nessa parte do discurso, é possível perceber o posicionamento de um profissional que emite um sentido de despreparo e insegurança para o desenvolvimento de suas funções de promotor de saúde, como que meio perdido, sem saber como trabalhar, que estratégias deverá desenvolver, porque isso não foi vivenciado na sua formação. O discurso se materializa num tom de insegurança e despreparo, posicionamento que encontra respaldo ao se observar os conteúdos dos currículos no qual foram formados. Nos discursos seguintes, encontramos:

Só se vai conseguir um trabalho melhor tanto na odontologia, como na medicina, na enfermagem, quando a gente perceber a importância da prevenção, isso tem que ser trabalhado com mais amor, e esse amor tem que ser conquistado a partir da universidade. (Entrevistado 6).

Acho que ela tem que focar muito, não é esquecendo a parte técnica, mas tem que envolver mesmo o estudante, o acadêmico pra estas atividades, até porque houve uma modificada na cara do mercado, o mercado não tá mais pra sistema totalmente privado, hoje todo mundo tá buscando um serviço público e assim, um público de qualidade. (Entrevistado 7).

O sentido expresso por esses sujeitos revela a percepção de que a formação recebida na universidade enfocava a maior valorização do conhecimento técnico-científico, sem igual importância da saúde coletiva. Esses sujeitos não se sentiram seduzidos ou envolvidos na graduação para o trabalho no serviço público, porque o modelo de ensino oferecido pela universidade se configurava no aprimoramento técnico-científico, com pouco comprometimento social e também, o serviço público não é atrativo devido, muitas vezes, pelas péssimas condições de trabalho, sem contar com o salário, entre outros fatores. Como revelou Weyne (1997, p. 14), "a ideologia passada era de que só estaríamos aptos a melhorar os níveis de saúde bucal das pessoas, quando nos tornássemos capazes de fazer boas restaurações e refinadas próteses". Cabe salientar também, a imaturidade do aluno associado a pouca vivência e que também não consegue se perceber como agente transformador e qual o seu papel de futuro cirurgião-dentista. Se faz pertinente ainda arrolarmos essas duas interpretações:

A gente aprende mais quando começa, assim, indicadores... dessas coisas, a gente vai vendo mesmo quando a gente é cobrado, né? quando chega no trabalho, é deficiente. (Entrevistado 10).

Senti dificuldade, no início com o tempo a gente vai aprendendo, inicialmente no período em que eu me formei, eu não saberia chegar frente a um grupo de pessoas e falar.. eu fui aprendendo com o tempo, não tive cursos pra isso não. (Entrevistado 5).

Confirma, mais uma vez, a falta de preparo para o trabalho de promoção de saúde bucal e a posição e disposição dos sujeitos de aprender, fazendo.

- Dificuldade 3 - questões culturais

Continuamos a análise das dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde, identificamos nos relatos as questões entendidas por eles como culturais:

É uma dificuldade pra gente parar para tentar fazer prevenção, às vezes assim no começo do expediente pra gente parar e conseguir chamar as gestantes, né?, agrupar os adolescentes pra eles ouvirem aquelas noções de higiene e tal, né? É difícil, eles não querem. (Entrevistado 1).

As questões culturais... é muito complicado, entendeu? Você conseguir trabalhar a cabeça da pessoa, não sabe?. (Entrevistado 2).

Por outro lado também, eu vejo a falta de consciência da população, que é uma coisa que deve ser trabalhada,. Muitas vezes, a gente chega até nas escolas e a professora diz: Lá vem o dentista de novo! ... A questão dos alunos também que, muitas vezes, você chega e se você for dar uma palestra e se você repetir a palestra com seis meses, aí os alunos dizem: Eu já sei... lá vem ele de novo. (Entrevistado 3).

Aqui se você chegar e for ter uma palestra com a comunidade antes do atendimento, o pessoal diz: Ah! Começa logo a atender... eles preferem o atendimento em si. (Entrevistado 4).

Senti um pouco de dificuldade porque a população não percebia a necessidade da saúde bucal, ela via mais a necessidade de outras partes do corpo, mas da boca, eles estavam muito aquém de perceber... (Entrevistado 6).

Às vezes, a gente se sente assim, um pouco enxugando o gelo. (Entrevistado 6).

A dificuldade é questão cultural mesmo, sabe? Das pessoas, assim, elas batem muito na tecla do curativismo, então assim, eles não valorizam uma profilaxia, uma aplicação de flúor.... (Entrevistado 11).

Nesses pronunciamentos, evidenciamos, claramente, as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos com relação às questões culturais. Sabe-se que conceitos, como os de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se a fenômenos complexos que agrupam fatores biológicos, sociológicos, econômicos,

ambientais e culturais. Tornou-se evidente, nessas formações discursivas, a influência do contexto social e cultural sobre as maneiras de pensar e agir dos indivíduos ante seus problemas de saúde, porquanto os sujeitos se posicionaram num ponto em que as questões culturais se constituem forte obstáculo para o trabalho de promoção de saúde. Nesse pensamento, Mandú (2004, p.6) entende que:

[...] a percepção da diversidade cultural no modo de ver e viver a saúde-doença, prevenção e cura, pelas diferentes coletividades, grupos e sujeitos, é crucial na qualificação das instituições, das inter-relações, na identificação de necessidades e nos resultados obtidos [...] não se pode investir na adoção de estilos de vida mais saudáveis e práticas de autocuidado sem considerar a questão da intersubjetividade [...] uma vez que os modos de agir e cuidar-se em saúde não se desvinculam do universo cultural e psico-emocional dos sujeitos...

Uchoa e Vidal (1994, p. 4), lembram o fato de que estudos recentes demonstram a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e acerca da utilização dos serviços de saúde. Comentam, ainda que, de um modo geral, os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação produz uma transformação automática dos comportamentos das populações em relação às doenças, negligenciando os diversos fatores sociais e culturais que intervêm na adoção desses comportamentos. Continuando o raciocínio, Uchoa e Vidal (1994, p, 8) concluem que, na perspectiva antropológica, o universo sociocultural do doente é visto não mais como obstáculo maior à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas. Expressam, ainda, que essa perspectiva reorienta a percepção dos aspectos relacionados à efetividade das intervenções em saúde. Nesse sentido, compreendemos que a efetividade de uma prática de saúde depende do conhecimento prévio das características de pensar e agir predominantes na população com relação à saúde e da habilidade da pessoa nessa prática de saúde, integrar esse conhecimento. Explorando mais ainda essa reflexão, convidamos à leitura dessa formação discursiva:

Eu acho que é a educação mesmo, é a falta de informação mesmo, a informação do que é importante, às vezes, até pra eles assimilarem a idéia de saúde, o que é importante de se fazer revisão ou prevenção, isso aí atrapalha muito o nosso trabalho. (Entrevistado 9).

Nesse trecho, o sujeito inscreve a falta de educação e de informação, no que diz respeito à saúde, como dificuldade. Torna-se pertinente, refletir a respeito da importância do processo educativo, visto esse não como mero repasse de conhecimento, mas como algo transformador, capaz de provocar mudanças e melhorar a qualidade de vida das pessoas, levando os indivíduos a interiorizarem a importância de realizar práticas saudáveis, numa reflexão crítica sobre o seu modo de viver, o seu ambiente, dando-lhes condições de transformar e intervir nessa realidade.

A educação constitui, assim, um instrumento primordial, oferecendo subsídios para que a população atue de forma participativa nesse processo, satisfazendo suas necessidades, sem interferir de forma agressiva nas suas crenças e costumes, mas incorporando-as. Consoante revela Freire (2005), a educação nasce na relação entre cultura e a história, dentro da cultura e da história, a educação se processa no contexto histórico, no contexto cultural.

- Dificuldade 4 - apoio dos gestores

Tem-se conhecimento de que a promoção de saúde deve se fazer democraticamente, e um dos agentes envolvidos nesse processo é o gestor. Nos relatos seguintes, aparecem as dificuldades referidas com relação a este aspecto:

Tem a questão do gestor, você tem que ter apoio. (Entrevistado 7).

Se nós tivéssemos apoio dos gestores seria mais fácil... (Entrevistado 8).

...eu acho que o principal disso é o descaso do gestor.. (Entrevistado 10).

Aqui, nesses acontecimentos discursivos, os sujeitos significam a falta de articulação com os gestores, dificultando o seu processo de trabalho. É preciso que haja compromisso dos gestores e a sua integração com a equipe de saúde bucal, para que se tornem parceiros e possam juntos inovar na criação de iniciativas para a superação das necessidades em saúde. Mais adiante, encontro esses enunciados:

Assim... financeiramente é mais difícil, né? Mas o que eles poderem tá dando as condições, a disponibilidade e assim ativando os meios de comunicação pra tá ajudando, eles estão fazendo. Agora, quando se fala no financeiro, aí fica difícil... (Entrevistado 1).

É complicado. É porque quando puxa pro lado do dinheiro, rs rs rs... não sai né? , você tem que ser muito brasileiro pra inventar, pra poder... porque não sai assim...se você for depender de verba da Secretaria, acho que não tem... mas dá pra fazer. (Entrevistado 2).

Existe o problema financeiro que é um entrave pra você fazer um projeto e requer dinheiro... mas sempre a gente consegue... existe uma certa abertura, é uma abertura limitada, não é aquela abertura de tudo você conseguir, não é assim não. Demora mais um pouco, mais a gente consegue. (Entrevistado 5).

Nesses trechos, os sujeitos atentam para a necessidade da otimização dos recursos. Os gestores precisam dar suporte e articular meios para a operacionalização das equipes de saúde bucal, a fim de que essas possam viabilizar as ações de promoção e prevenção de saúde. Entrementes, no enunciado seguinte, o CD vai mais além:

O gestor também tem responsabilidade total sobre isso, na questão de motivar, nós estamos precisando de motivação, não só a financeira, mas de reconhecimento do trabalho.. (Entrevistado 7).

Esse sujeito que fala se posiciona como um profissional desmotivado, não só financeiramente, mas solicitando que o gestor valorize o seu trabalho, pois cuidar da saúde bucal é tão importante quanto qualquer outro trabalho na área da saúde. Isso se confirma também neste discurso:

É porque na realidade, é quando se vai priorizar uma coisa dentro da saúde, ainda a prioridade é o hospital, ainda é a atenção terciária, que é mais importante, aonde salva vidas, então se tiverem de tirar algum recurso, acabam tirando da gente mesmo. (Entrevistado 4).

Observamos este enunciado:

Se o gestor cobra, ele tem que dar, ele tem que dar os recursos mesmo, então como ele não dava, talvez não cobrasse. (Entrevistado 7).

Aqui, o sujeito faz notar a relevância do compromisso dos gestores, como agente envolvido, que pode influenciar de forma decisiva na efetivação das ações de promoção de saúde; não só dessas, mas também das ações de saúde de uma maneira geral.

Eu vejo o lado da gestão; o município sempre cobra do dentista, que o dentista tem que ir, que é o PSF, promoção, prevenção, ele tem que ir. Por outro lado, ele me cobra mais ainda a minha meta de produção. Quando eu to fora do consultório a minha meta cai, né.? A própria gestão ela não tem assim esclarecimento de promover saúde. (Entrevistado 3).

Analisando a última narração reproduzida, vê-se que o sujeito indica a dicotomia que se estabelece em seu processo de trabalho, já tem incorporada a sua posição de promotor de saúde, mas, é chamado a retomar a sua posição de clínico-ambulatorial para atingir as metas de produção da equipe e atender, no caso, a comunidade. Isso nos conduz a perceber a importância do planejamento em saúde, que deve ser compartilhado por todos os envolvidos, profissionais de saúde,

gestores, usuários para, em sintonia, estabelecerem que tipo de produção em saúde almejam.

- Dificuldade 5 - compromisso dos profissionais

Observemos outra dificuldade evidenciada nessas seqüências discursivas:

Na realidade, eu não gosto muito desse lado, eu prefiro muito mais, apesar da consciência da importância, da necessidade, eu não gosto muito de dar palestra... e eu acho que é uma questão da grande maioria, aí a gente fica por mais que a gente saiba, a gente fica... (Entrevistado 3).

Honestamente falando, eu me acostumei a vida toda trabalhar com a parte curativa, eu sou muito sincero, eu gosto mais da parte curativa. (Entrevistado 4).

...tem gente que gosta, vai muito mais nas escolas do que no posto de saúde, quem gosta dessa parte, mas como eu lhe digo, eu gosto mais de tá no consultório, não vou mentir, eu me sinto melhor trabalhando, eu acho que estou fazendo algo importante ali, concreto pro povo, entendeu? (Entrevistado 4).

Você chegar pra uma turma de alunos, pra falar de promoção de saúde e você tá falando na frente e as pessoas não tão nem aí, e isso eu não gosto disso aí, mas não tenho nada contra, eu acho que dá pra desenvolver as duas coisas. Agora, realmente a parte curativa é melhor, é mais fácil de fazer. (Entrevistado 5).

Na organização desses enunciados, cumpre-me evidenciar o perfil dos profissionais para o trabalho de promoção de saúde no PSF. Nesses discursos, verifica-se a memória da formação recebida que se manifesta, mas que, por sua vez, já é concebida por esses sujeitos, na atualidade, como um posicionamento não adequado para o seu trabalho em saúde. Essa concepção de trabalho em saúde reflete diretamente no modo de assistir as comunidades, pois o profissional não teve em sua formação a capacitação necessária para atender no modelo de atenção que o PSF preconiza. Dificilmente, ele conseguirá desempenhar suas funções adequadamente. Vejamos mais alguns recortes sobre o assunto:

Eu vou ser muito sincera com você, eu não tenho intenção nenhuma de Saúde Pública, eu encaro assim, como uma passagem... as pessoas vão pra saúde pública não por gostar, principalmente o dentista, o enfermeiro, o médico, ninguém vai, é muito difícil. As pessoas vão mais pra Saúde Pública pelo dinheiro mesmo, pelo pagamento. (Entrevistado 8).

Ele tá ali no PSF é um passa chuva, é assim sempre almejando sair da Saúde Pública. Acho que isso complica um pouquinho, porque quando você vai pegando a manha da coisa, você sai e aí pronto. (Entrevistado 2).

O PSF é uma estratégia que se for bem trabalhada, se tiver profissionais comprometidos principalmente, eu acho que esse é o grande problema os profissionais terem mais esmero pelo o que fazem, mais vontade. (Entrevistado 1).

Aqui, os sujeitos se deslocam do seu *status* de profissional do PSF e se posicionam como analista, significando a postura desses profissionais, da qual eles próprios fazem parte. Nessa condição, enfocam a sua falta de compromisso (além do despreparo) para com o trabalho com o PSF. Importante destacar aqui que, às vezes, há falta de identidade do dentista com o seu trabalho. Ele não gosta do que faz, ele não se reconhece, portanto não acredita e não faz acontecer. Não se mobiliza e credita o seu fracasso sempre no "outro".

- Dificuldade 6 - trabalho em equipe

Entre as dificuldades apontadas pelos relatos dos sujeitos para a promoção de saúde, surge mais uma que se refere ao trabalho em equipe:

Eu acho que eu esperei alguma coisa, esperei a questão da equipe, um envolvimento da equipe, do médico, da enfermeira, de tá me puxando, sabe? Da gente tá trabalhando junto. Eu não tive essa experiência em equipe... o pior é você saber toda a realidade e não saber o que fazer, sem poder fazer, porque não conta só com o meu trabalho. (Entrevistado 7).

Nessa narrativa, o sujeito se posiciona desolado em relação ao trabalho na equipe de saúde, emitindo o sentido de conhecedor de sua função a desempenhar, mas impotente para realizá-la. Aqui, posso evidenciar a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação das categorias profissionais, havendo fragmentação do processo de trabalho, porquanto os profissionais estão isolados em suas "instâncias de competência". Pertinente se fazem, as considerações de Franco e Merhy (1999, p. 7) no tocante a esse assunto:

[...] enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um "campo de produção do cuidado" que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu "núcleo específico" de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente.

Não havendo integração corre-se o risco de repetir o modelo assistencial desumanizado, fragmentado e centrado no indivíduo e não nas famílias. Nesse contexto, o PSF constituiria em apenas uma mudança de nome, pois as práticas de saúde continuam as mesmas. Adiante reproduzimos o seguinte relato:

O trabalho que a gente desenvolve juntos é o paciente, o paciente que chega com algum problema bucal, o médico encaminha pra gente, a enfermeira encaminha a gestante, aí quer dizer, é um trabalho em conjunto, mas eu acho que deveria ter um entrosamento maior. (Entrevistado 5).

Aqui, o sujeito relata como é realizado o trabalho em equipe, mas, ao mesmo tempo, exprime sua interpretação de que o trabalho em equipe requer muito mais do que essas atividades. Observa-se que existe certa interação e complementação do trabalho entre os profissionais no sentido de atender a demanda imediata que se expressa no problema individual surgente no decorrer do trabalho, mas não se observa as ações coletivas desses profissionais, na busca de construir soluções acerca dos problemas de saúde da população assistida. Levando essa reflexão mais além, leiamos a narrativa seguinte:

O que acontece é assim, numa visita você vai, aí vai falar de amamentação, aí eu dou um pitaco, um pouquinho, sabe?, mas não tem uma ação que a gente possa fazer um grupo, vamos lá os três vão sair daqui e vão pro um grupo pra dar palestra, pra fazer uma ação, uma coisa assim, não tem. (Entrevistado 2).

Mais uma vez, se confirma nessa verbalização o modo como as ações de promoção de saúde estão desconectadas entre os profissionais. Não se observa um projeto em comum entre esses trabalhadores em saúde. E, ainda, esse profissional exprime o sentido de um trabalho individual, na luta por um espaço para o desenvolvimento de suas atividades. No contexto dessa lógica de trabalho há pouco expressa, é possível explorar mais um pouco o tema com este discurso:

A gente vai ter que se impor pra que eles nos respeitem e a gente possa cada vez mais abrir espaços... essa questão de entrosamento da equipe é muito importante, porque muitas vezes, você não consegue, atrapalha. Se você não tiver uma boa relação você é atrapalhada. (Entrevistado 1).

Nessa constituição, o narrador produz o efeito de sentido, do poder hegemônico, ainda dentro da equipe, de algumas categorias profissionais que centralizam o poder, hierarquizando o serviço e dificultando a interação dos trabalhadores, e destes com os usuários.

- Dificuldade 7 - trabalhar a intersectorialidade

Muitas vezes, a gente chega nas escolas, a professora diz: Lá vem o dentista de novo!... não é geral, mas existe uma grande parte que não cooperam. (Entrevistado 2).

Existia e existe resistência dos professores, porque eles dizem que não é função deles, que eles não ganham pra isso. Os agentes de saúde também dizem a mesma coisa, porque eu não posso generalizar, nunca a gente pode, mas eles tem muita resistência em tá falando alguma coisa de odontologia. (Entrevistado 1).

As dificuldades sempre existem, mas em termos gerais existe uma boa interação, mas sempre tem aquelas dificuldades, tem aquele que não concorda, aquele que cria dificuldade, não sei nem porquê. (Entrevistado 5).

Nestes repertórios, mais uma dificuldade encontrada para a promoção de saúde bucal foi trabalhar a intersetorialidade. Viu-se anteriormente na fundamentação teórica dessa dissertação que uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde é a intersetorialidade, no contexto do qual a promoção deverá centrar-se no esforço de criar políticas públicas sinérgicas e/ou integradas e na constituição de diálogo e de ações intersetoriais.

Wimmer e Figueiredo (2006, p.151) definem intersetorialidade como "uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas". Assim, nas razões intersetoriais, há uma articulação de setores distintos para pensar e agir acerca da questão complexa da saúde, procurando soluções para a melhoria da qualidade de vida e visando a romper a fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzindo a vulnerabilidade, os riscos e os danos à saúde.

Com o paradigma da promoção de saúde, a saúde bucal exige mais do que a oferta de serviços odontológicos, implicando políticas intersetoriais, buscando soluções compartilhadas, utilizando vários cenários para o cuidado em saúde e não somente o consultório dentário.

Na última formação discursiva acima, o sujeito expressa exatamente o sentido da dificuldade de articulação com outros setores, da não-interação das ações e falta de sensibilização e motivação de alguns profissionais do setor, no caso, o educacional. Na segunda fala, o sujeito vacila em revelar a dificuldade, mas, logo depois, se refere à boa interação e volta novamente a revelar que as dificuldades existem para a realização das ações intersetoriais. Isto ocorre, decerto, ao se compreender as condições de produção desse discurso, onde o sujeito como um profissional do PSF, se posiciona com receios, ao revelar e silenciar ao mesmo tempo essa dificuldade.

- Dificuldade 8 - condições de vida da população

Eu trabalho numa comunidade muito carente, então eles não tem como ter uma nutrição adequada, e isso com certeza, chega na questão da saúde bucal, eles não tem como comprar medicação certa, no tempo adequado, não tem como comprar o alimento certo e acabam enveredando por coisas que não diz bem a saúde de um modo geral. (Entrevistado 6).

Nesse trecho, quando o CD enuncia, é fácil perceber que há um posicionamento: o sujeito situa-se como membro participante da população,

conhecedor de suas dificuldades, de suas necessidades, ou seja, já possui vínculos com a comunidade; e mais: já possui incorporada a ideologia da integralidade do cuidado e da co-responsabilidade sanitária, pois o cuidado em saúde não pode estar desarticulado das condições socioeconômicas e culturais da população. Isso constitui também uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde, visto anteriormente.

No PSF, os trabalhadores em saúde percebem muito de perto a realidade dura da vida nas comunidades empobrecidas, e tendo que necessariamente lidar com os problemas decorrentes dessas condições. A promoção de saúde aparece como um campo que promove essa reflexão e a incorporação dessas necessidades de saúde, para que, juntos, mediante ações intersetoriais, consigam a resolução de seus problemas de saúde.

- Seqüência Discursiva 5 - avanços na atenção à saúde bucal

Nessa seqüência, os sujeitos foram interrogados sobre os avanços que viam no tocante à saúde bucal. Obtivemos os seguintes discursos identificados por nós em quatro avanços: promoção da saúde, acesso ao serviço odontológico, produção de vínculos e melhoria dos níveis de saúde bucal da população.

Avanços 1 - promoção de saúde

Eu vejo que cada vez mais eu estou tendo mais espaço, mais assim, porque a gente vai conquistando cada ano, sensibilizando mais um pouco mais pessoas. A gente tá crescendo, mas eu acho esse crescimento ainda é muito pequeno pra real necessidade do município e do país. (Entrevistado 1).

A aceitação das crianças, eu gosto de palestras... você ver que as crianças estão associando muito, sabe? E tão assim ensinando em casa, estão sendo transmissores, sabe? (Entrevistado 2).

O avanço que a gente ver é o cuidado melhor das pessoas, claro que ainda existe aquelas pessoas que chegam aqui com a boca cheia de cárie, mas a gente vê que as pessoas estão cuidando melhor, que estão procurando mais o dentista, é isso o avanço que a gente ver. (Entrevistado 5).

As pessoas hoje estão mais preocupadas com a saúde bucal, não sei se pela estética, né? Pela coisa da propaganda dos dentes brancos, né? As pessoas já buscam mais, eu não sei se foi o meu trabalho em relação a isso. (Entrevistado 7).

Hoje em dia eles estão aceitando mais o trabalho de prevenção, não é? Eu não vejo reclamar não, se falta um dia pra fazer palestra. (Entrevistado 10).

A procura tá sendo bem maior. (Entrevistado 4).

Podemos evidenciar como avanço nessas falas, o caminhar da promoção de saúde nesses municípios, pois, nos discursos, os sujeitos já começam a perceber a conquista de seu trabalho de promoção de saúde, mediante a sensibilização das pessoas ao cuidado de sua saúde bucal, como também a capacitação das crianças, quanto à importância da saúde bucal, constituindo em uma educação emancipadora, pois, os sujeitos vão aprendendo e se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, como nos revela Freire (2005, p. 26). É identificável certa contradição diante dos depoimentos que referem como o trabalho é desenvolvido.

Avanço 2 - acesso ao serviço odontológico

Esse foi o segundo avanço proferido pelos sujeitos. Vejamos:

Muito ganho de primeira consulta, de gente que morria de medo e agora num tem. (Entrevistado 2).

Eu vejo demais na questão de tudo, de tudo. Depois da implantação do PSF, pela facilidade que o paciente tem, sabe? Melhorou o acesso, tanto na zona urbana como rural, não tem acesso se não quiser. O dentista tá todo dia, de manhã e de tarde, aí fazendo procedimentos, mesmo que seja pouca a promoção, né? (Entrevistado 3).

Hoje eu vejo na boca de muito adolescente o resultado, tem muita gente que já deixou de perder unidade dentária porque tem um tratamento de canal, e também devido ter se expandido esses consultórios todos. (Entrevistado 4).

A universalização do acesso à saúde bucal é de muita importância, pois constituía grave lacuna do sistema de saúde brasileiro, uma vez que significativas parcelas da população não conseguiam acesso aos cuidados odontológicos, clínicos e preventivos essenciais, regularmente, em decorrência da cobertura dos programas odontológicos.

Segundo o último Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2002-2003), cerca de 14% dos adolescentes nunca foram ao dentista, existindo desigualdades regionais marcantes, menos de 6% dos adolescentes da região Sul relataram nunca terem ido ao dentista, enquanto que essa percentagem chega a quase 22% na região Nordeste (BRASIL, 2004, p. 56).

Assim, a melhoria do acesso é uma medida essencial para a maximização das condições de saúde bucal da população, pois incorpora o princípio da universalidade da atenção, que promove a cidadania, mas não se pode esquecer de que a saúde bucal exige muito mais do que a oferta de serviços, solicitando também, que esses serviços tenham resolubilidade e qualidade.

Avanço 3 - produção de Vínculos

O terceiro avanço mencionado segue neste discurso:

O PSF eu acredito que cresceu muito a nível qualitativo, em virtude de existir uma equipe, unindo forças. A gente tem um somatório de forças que dá mais subsídios pra se trabalhar melhor com esses pacientes ... Também senti que melhorou no aspecto coletivo, de ter condições, de se educar melhor a população através de palestras, visitas as escolas, visitas ao paciente em domicílio, que nos dá uma forma de chegar mais perto das pessoas e levar de uma forma mais pessoal e mais abrangente também as informações. (Entrevistado 6).

Aqui, o sujeito se enuncia mediante essa formação discursiva, a produção do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. Esse profissional comprometido com o usuário passa a ter visão diferente sobre seu paciente e vice-versa, e essa interação promove ganhos, pois se estabelece a confiança entre ambos, gerando melhores respostas dos pacientes às orientações profissionais, e, por conseguinte, ganhos no processo de crescimento e tomada de consciência.

Por outro lado, um dos ganhos auferidos pelo lado profissional, é a superação do modelo de assistência verticalizado, individual e impessoal, ainda hegemônico na classe odontológica. O trabalho do PSF, a propósito, exige pensar o paciente como um ser biopsicossocial, em um contexto familiar, procurando-se compreender seus medos e seus anseios acerca de seus problemas de saúde, para que, junto com ele, os profissionais de saúde encontrem estratégias de enfrentamento. Com relação ao vínculo, Teixeira (2006, p. 48) considera que

[...] a base está no olhar de responsabilização do profissional pelo cuidado do usuário, o que exige mais que um interrogatório de anamnese centrado no procedimento. Exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, em que o paciente passa a se sentir confiante e reconhece aquele profissional como uma referência de cuidado.

Avanço 4 - melhoria dos níveis de saúde bucal da população.

O quarto avanço na atenção à saúde bucal evidenciado na óptica dos sujeitos se apresenta nesses relatos:

Em termos de saúde bucal, eu vejo que o índice de CPOD diminuir, diminuiu. (Entrevistado 9).

Eu acho que foi uma melhora muito grande, você pegar um paciente e acabar o tratamento e ver que aquele paciente tá com saúde e não você atender muita gente e não ver resultado nenhum, né? (Entrevistado 11).

Eu acho que eu já cheguei a um ponto que todo dia, eu coloco dois, três pacientes pra fora, com tratamento concluído. Então eu acho que isso, já é um avanço, porque antigamente, eu fazia, só ia entrando, não saía ninguém. (Entrevistado 8).

A melhoria dos níveis de saúde da população é relatada nesses enunciados. Esse posicionamento acontece em função de, ao chegar a uma comunidade, esses profissionais se deparam com uma demanda reprimida imensa, em virtude da inexistência anterior de qualquer tipo de assistência, e com o desenvolvimento de suas atividades, passam a perceber melhoria no nível de saúde bucal da comunidade assistida. Cabe salientar que a melhoria de saúde bucal não pode ser medida somente pelo número de tratamentos odontológicos realizados, mas pelo o de não tratamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF é uma escola e que a gente tem que passar por ela pra aprender a ser até mais gente... (Entrevistado 1).

Este estudo procura analisar a formação do cirurgião-dentista para a atenção à promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família nos Municípios de Quixadá, Quixeramobim e Choró, no Ceará. Para tal, foi necessário realizar uma abordagem geral sobre o tema e suas interfaces, como também um estudo documental nas instituições pesquisadas. Pretende também, evidenciar em dados empíricos essa realidade junto aos sujeitos. De forma científica, crítica e construtiva, tencionamos encontrar as respostas para os objetivos traçados no estudo.

Evidenciamos o fato de que os cursos de Odontologia do Ceará, no caso, estudados os da Universidade Federal do Ceará - UFC e da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estão procurando se adequar às Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia, aprovadas pelo CNE (Parecer CNE/CES Nº 1300/01, de 06/11/2001). Encontram-se reorganizando suas práticas de ensino, procurando adequar a formação de seus profissionais para que atendam as necessidades de saúde da população, orientados pelo paradigma da promoção de saúde. Esta missão não constitui uma tarefa simples, pois transformar e consolidar um processo de formação implica uma série de mudanças nas práticas docentes, na concepção de saúde, no tipo de perfil profissional que se intenta formar, nas relações entre professores e alunos e até mesmo, nas relações de poder entre os pares e dentro das próprias instituições.

Na UFC, ficam visíveis o acréscimo das disciplinas e a extinção de outras, bem como a integração destas entre si, mas ainda se apresenta incipiente a integração curricular, pois as disciplinas continuam muito departamentalizadas. Na UNIFOR, observamos que a reforma curricular avançou mais sobre o prisma da integralização curricular, mediante a articulação de matérias, conteúdos e áreas, procurando ultrapassar a barreira da fragmentação do ensino.

Ficou evidenciado, em ambas as instituições, a proposta da inserção do aluno na saúde coletiva, procurando instituir uma Odontologia mais social, mudando o referencial de profissional a ser formado. Bem assim, foram identificadas nos conteúdos curriculares da UFC propostas de preparação do aluno para as políticas

de saúde bucal, integrando-a ao contexto do Sistema Único de Saúde, o que não foi patenteadado na UNIFOR.

As disciplinas das áreas humanas e sociais já faziam parte dos currículos antigos dos cursos estudados, mas existe agora a concepção da interdisciplinaridade, embora ainda timidamente. Observa-se uma proposta clara de interação das disciplinas no PPP, levando a um enriquecimento mútuo, configurado na superação dos currículos organizados por disciplinas e centrados nos conteúdos, o que constitui um avanço.

A ênfase imprimida na pesquisa científica mostra-se ainda incipiente, em ambos os cursos, apesar da exigência da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso- TCC, que trouxe a investigação com maior intensidade para conteúdos e disciplinas, mas necessita de maior articulação entre o ensino e a pesquisa, bem como tempo dedicado à investigação que é ainda insuficiente.

Os cursos pesquisados estão passando por um momento histórico de mudanças na formação do cirurgião-dentista, o que, com certeza, é um processo difícil, constituindo grande desafio sair de um modelo centrado no diagnóstico e tratamento das doenças para outro com fulcro na promoção e prevenção das patologias, mas este constitui um caminho para atender a realidade social que hoje se impõe, como verificado na análise dos discursos dos cirurgiões-dentistas pesquisados.

A formação para a promoção da saúde nas disciplinas dos currículos antigos de cada curso estudado, exatamente com tal denominação e entendimento, não existem. Constata-se uma inadequação destes currículos (UFC e UNIFOR) para a formação que atenda hoje a realidade social de usuários do PSF. Nessa compreensão podemos assinalar que os sujeitos entrevistados, egressos dos currículos antigos, não se encontram capacitados para atuar na ESB do PSF, ao levar em conta à formação obtida quando de sua graduação. Mesmo compreendendo que, à época, o sistema de saúde se estruturava de forma diferente, considero que a realidade de saúde da população era bastante semelhante ou pior, com relação as suas necessidades de saúde.

Ao verificar como está sendo desenvolvida a promoção de saúde nas ESB no trabalho do PSF, constatamos o que a seguir delineamos:

Apesar de os cirurgiões-dentistas não terem sido contemplados com a reforma curricular que introduziu os PPP, é verdadeiro expressar o fato de que já

possuem incorporada uma certa concepção da promoção de saúde, apesar de muito limitada, como uma ação que objetiva melhoria na qualidade de vida, como também já agregaram a integralidade do ser humano. É notável, entretanto, a ideologia curativista ainda presente, construída na graduação, com base no conhecimento biológico e na atenção individualizada, como também a concepção fortemente assentada de promoção de saúde em ações de prevenção e cura. Não constatamos o entendimento de promoção como uma proposta mais ampla no sentido de influenciar mudanças nas políticas de saúde, no estilo de vida das pessoas, na participação comunitária e na reorganização dos serviços.

Na opinião dos sujeitos entrevistados, a formação recebida na graduação dos cursos de Odontologia mostrou-se insuficiente, alicerçada no modelo flexneriano de ensino, da supervalorização do aspecto técnico-científico, da fragmentação do ensino e do distanciamento entre ensino/serviço, o que ratificamos em nossa conclusão quando da análise do currículo antigo.

As atividades de promoção de saúde desenvolvidas no trabalho nas ESB do PSF restringem-se, predominantemente, às atividades de prevenção (aplicação de flúor, escovação supervisionada e outras, principalmente nas escolas) e Educação em Saúde Bucal, centradas no modelo assistencialista, denotando poucas atividades integradas e intersetoriais, compreensão em parte exposta há pouco.

Nos depoimentos dos sujeitos, foram identificados as seguintes dificuldades no trabalho da ESB no PSF para o desenvolvimento da promoção de saúde: a demanda excessiva por atendimento odontológico, a formação insuficiente na graduação, as questões culturais (presentes na comunidade atendida, que dificultam a introdução de mudanças), a falta de apoio dos gestores, inexistência de compromisso dos profissionais, ausência de trabalho em equipe, o que dificulta a intersetorialidade e a própria condição de vida da população.

No que concerne aos avanços obtidos na saúde bucal, os sujeitos relataram: progressos na promoção de saúde, com melhoria do acesso aos serviços odontológicos, produção de vínculos e melhoria nos níveis de saúde bucal das pessoas.

Os achados levaram-nos a concluir sobre a importância das reformas curriculares ocorrentes no âmbito dos cursos de Odontologia do Estado do Ceará. Estas mudanças estão indo ao encontro das necessidades sociais do país, bem como das necessidades regionais e locais, quando se propõem a formar

profissionais de acordo com o paradigma da promoção de saúde, o que levará, creio, à melhoria do processo de trabalho dos profissionais, à maximização dos serviços odontológicos, ao progresso da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

Ao cabo do ensaio, procedemos a algumas sugestões, a seguir expressas.

- Às universidades

Considerando as importantes mudanças ocorrentes nessas instituições, onde ficou evidenciada com clareza a intencionalidade de seguir as orientações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso; e sabendo que se constitui longo e árduo caminho a seguir para serem consolidados, recomendamos que invistam cada vez mais numa formação voltada para as questões sociais, encarando as mudanças não como imposição das diretrizes curriculares, mas como um caminho para a melhoria real dos níveis de saúde bucal da população. Trabalhem também a integração curricular, não apenas como uma junção das disciplinas, mas também no intuito da integralidade da atenção à saúde bucal. Nesse entendimento, preparando o alunado no sentido de compreenderem o seu papel na qualidade de profissionais de saúde bucal, bem como de oferecerem as ferramentas necessárias para desenvolverem esse processo de trabalho na realidade onde se encontram inseridos, recomendamos um trabalho permanente com o corpo docente para que as propostas de mudanças incorporadas ao texto do PPP sejam implementadas. Sugerimos reuniões, oficinas, seminários, acompanhamento sistemático desse processo, em que a troca de experiência entre os pares seja uma constante.

- Aos gestores

Considerando a importância de educação permanente para esses profissionais de saúde, recomendamos que os gestores municipais, estaduais e federais compreendam e assumam realmente o seu papel como parte integrante desse processo de trabalho, como facilitadores e articuladores de práticas de saúde, mediante a sua capacitação e dos trabalhadores em saúde por eles gerenciados, para que, juntos - valorizando a saúde bucal, e não a renegando a segundo plano, compreendendo que sem saúde bucal não há saúde geral - possam encontrar estratégias viáveis com vistas à promoção de saúde. Sugerimos, no caso dos Municípios estudados, Quixeramobim, Quixadá e Choró, que a 8ª CERES, a partir dos resultados desta pesquisa e outros já identificados em suas áreas de atuação,

descubra com os profissionais Cirurgiões-Dentistas, saídas, estratégias adequadas as suas realidades, para contemplar a promoção da saúde nesses municípios.

- Aos profissionais das equipes de saúde bucal do PSF

Levando em consideração todas as dificuldades relatadas neste estudo pelos sujeitos pesquisados, recomendamos que, apesar das adversidades, dêem o primeiro passo para a promoção de saúde bucal, sendo membros ativos desse processo, motivando os colegas, a comunidade, os gestores, num trabalho em equipe, numa busca incessante, para que juntos avancem, compartilhando os problemas e descobrindo caminhos de se fazer saúde bucal. Sugerimos, mais concretamente, que, de posse dos resultados deste estudo, o grupo de cirurgiões-dentistas pesquisados de cada município, posteriormente entre seus pares dos outros municípios estudados, discutam as dificuldades relatadas e encontrem saídas para a implantação da saúde bucal no PSF numa perspectiva de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, Aline Guerra; TOMITA, Nilce Emy. O estudante de odontologia e a educação. **Rev. da ABENO**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 6-11, jan./jun. 2005.

AERTS, Denise; ABEGG, Claídes; CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 131-138, 2004.

ARAÚJO, Luiz Antonio de Oliveira e. Projeto político-pedagógico: um novo paradigma da gestão democrática escolar. **Rev. Educação @ Distância**, Florianópolis: UDESC/CEAD, caderno pedagógico 1, p. 1-66, 2002.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, São Paulo: Atheneu, 2004. 256 p.

BIANCALANA, Helenice. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Jornal da APCD**, São Paulo, SP, .ano 39, n. 570, p. 26-28, out. 2004.

BRAGA, Ryon, Visão crítica do modelo pedagógico do ensino superior brasileiro. **Revista Linha Direta**, ano 8, n. 83, p.22-25, fev. 2005.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à Análise de Discurso**. 2. ed. rev. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2004. 122p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 2. ed. 1998.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1300/2001, de 4 de dezembro de 2001, que dispõe das Diretrizes dos Cursos DE Graduação em Farmácia e Odontologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 dez. 2001. Seção 1, p. 1-25.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000, que dispõe do Incentivo Financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 267, de 06 de março de 2001, que dispõe de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2203, de 6 de novembro de 1996, que dispõe a **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96**, Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que dispõe a **Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS – 2001**, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais**. Brasília: Min. Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde**, Brasília, Maio. 2005.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 5, n.11, p. 163-177, 2000.

_____. Uma Introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003. p.15-38.

CALADO, Giselle Silva. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: Principais avanços e desafios**. 2002. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CANDAU, Vera Maria. Reformas educacionais hoje na América Latina. In: MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa (org). **Currículo: políticas e práticas**. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 29-42.

DEMO, Pedro. Saber pensar. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.5, n.1, p. 75-79, jan./jun., 2005.

FACÓ, Elza Filgueiras; VIANA, Livia Maria Oliveira; BASTOS, Virgínia de Andrade; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, Ce, v. 18, n. 2, p. 70-77, 2005.

FARIA, Josimerci Ittavo Lamana; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.12, n. 5, p.821-827, set./out. 2004

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede unida; Rio de Janeiro: Assoc. Bras. de Educação Médica, 2002. 307 p.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Trad. Brasileira de Baeta Neves, Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. 79 p.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-line**. Belo Horizonte/ Campinas, 1999. Disponível em <[http:// www.datasus.gov.br/cns/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm)>. Acesso em: 29 outubro 2006.

FRAZÃO, Paulo; SCHNEIDER FILHO, Douglas Augusto. Integração ensino-serviços: avaliação de estágio de odontologia em saúde coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 53-59, jul/dez, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005. 146p.

FREIRE, Maria do Carmo M.F; SOUZA, Cláudia Santos; PEREIRA, Helena Rúbia. O perfil do acadêmico de odontologia da universidade. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, PR, n.10, p. 15-20, jun 1995.

FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; NAKAYAMA, Marcos Y. Um perfil do estudante de odontologia no estado de São Paulo. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, PR, n.10, p. 29-37, jun. 1995.

FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal. **Revista Saúde em Debate**, Brasília, DF, n.40, p. 43-47, set. 1993.

FUNK, Paulo do Prado *et al.* Perfil do profissional formado pela faculdade de odontologia de Passo Fundo – RS: da formação à realidade profissional. **Rev. da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo**, Passo Fundo, RS, v. 9, n.2, p.105-109, jul./dez. 2004.

GARRAFA, Volney. Saúde bucal e cidadania. **Revista Saúde em Debate**, Brasília, DF, n.41, p. 50-57, dez. 1993.

GUERRA, Vânia Maria Lescano. Reflexão sobre alguns conceitos da análise de discurso de linha francesa. **Revista Ensaios e Ciência**, Campo Grande, MS, v. 7, n. 1, p. 217-230, abr. 2003.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec-Abem, 2002. 283 p.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. A implantação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em odontologia no Brasil: algumas reflexões. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 80-5, jan./jun. 2005.

LIMA, Maria Emília A. T. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.9, n.13, p. 76-88, jun. 2003.

LOMBARDO, Ivani. Reflexões sobre o planejamento do ensino de odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.1, n.1, p. 17-24, 2001.

MACHADO, Kátia. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 10-11, jul. 2004.

MALTS, Marisa. Cárie dental: Fatores relacionados. In: PINTO, Vítor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 319-339.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 1-16, jul./ago. 2004.

MARCELINO, Gislene. **Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões-dentistas do município de Araçatuba- SP frente aos avanços ocorridos na odontologia às vésperas do século XXI**. 2000. 196 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Fac. de Odontologia de Araçatuba, SP, Araçatuba, 2000.

MARCHINI, Leonardo; RODRIGUES, José Roberto. Curriculum odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, ano 21, v. 21, n. 05, p. 32-35, set./out. 1999.

MARCOS, Badeia. Marco conceitual do ensino odontológico – situação dos cursos de odontologia- pontos críticos. **Revista do CROMG**, Minas Gerais, v.6, n. 3, p. 191-194, set./dez. 2000.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Ciências sociais e saúde Bucal**. São Paulo: UNESP,EDUSC, 1998. p.175-196.

MATOS, Ayla Norma Ferreira. **Promoção de saúde:** a percepção dos docentes de um curso de odontologia. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MELO, Mariângela Monteiro. **As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de odontologia:** processo de construção e perspectivas de implementação. 2004. 184 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.

MOISÉS, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.4, n. 1, p. 30-7, 2004.

MORANO, Maria Tereza P.; MAIA, Grace Adeodato. Educação e saúde: os rumos da promoção da saúde. **Revista Anima**, Fortaleza, v.1, p. 33-39, out./dez, 2001.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa; MACEDO, Elizabeth Fernandes de. **Faz sentido ainda o conceito de transferência educacional?** In: _____. (org). **Currículo: políticas e práticas**. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 11-28.

MOROZ, Melania; GIANFALDONI, Mônica Helena T. A. **O processo de pesquisa:** iniciação. Brasília: Editora Plano, 2002. 108 p.

NÓBREGA-TERRIEN, Silvia Maria; TERRIEN, Jacques. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Rev. Estudos em Avaliação Educacional**. Fundação Carlos Chagas. v.15, n. 30, p. 5-16, jul./dez. 2004.

NORO, Luis Roberto Augusto. A inserção do dentista na equipe de saúde da família. **Revista SANARE**, Sobral, Ce, ano 3, n.1, p. 19-22, jan./fev./mar. 2002.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas,SP: Pontes, 6. ed.,2005. 100 p.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. Análise de conteúdo, análise de discurso: questões teórico-metodológicas. **Revista de Educação PUC Campinas**, Campinas,SP, n.13, p. 21-30, nov.2002.

PAULA, Lílian Marly de; BEZERRA, Ana Cristina Barreto. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 7-14, jan./dez. 2003.

PÉRET, Adriana de Castro Amédée; LIMA, Maria de Lourdes Rocha de. A pesquisa nos critérios da CAPES e a formação do professor de odontologia numa dimensão crítica. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 46-51, jan./jun. 2005.

_____. A pesquisa e a formação do professor de odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 65-69, jan/dez, 2003.

PIMENTA, Selma G. A didática como mediação na construção da identidade do Professor - uma experiência de ensino e pesquisa na licenciatura. In: ANDRÉ, Marli e OLIVEIRA, Maria Rita N. S. **Alternativas no ensino de didática**. Campinas: Papyrus, 1997. 144p.

PINHEIRO, Filomena Maria da Costa. **Avaliação do atendimento odontológico nos Serviços Públicos de Assistência Pré-natal do Município de Quixadá**. 2000. 69 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará/FECLESC, Quixadá, 2000.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo,SP: Santos, 2000. 537 p.

SECCO, Luciane Gabeira; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. A profissionalização docente e os desafios político-estruturais dos formadores em odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 22-28, jan./dez. 2004.

SEKULIC, E. **Novas perspectivas acerca da profissão e mercado de trabalho em odontologia**. 2004. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

SEKULIC, Elizabeth; NÓBREGA-THERRIEN, Sílvia Maria. Formação profissional e o trabalho na área de saúde: o caso da odontologia. **Revista Ciências e Tecnologia**, v. 5, n.1, p. 11-17, 2003.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SOUSA, Ana Luiza Lima. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. **Revista Saúde em debate**, Brasília, DF, n.42, p. 23-29, mar. 1994.

SOUSA, José Vieira de. A identidade do sujeito social, ético e político e o projeto pedagógico da escola. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro; FONSECA, Marília (orgs.). **As dimensões do projeto político-pedagógico**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 215-238.

SOUSA, Maria de Fátima de. **A Cor-Agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 138 p.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de; BURICHEL, Maria Luciane Loureiro; MENDES, Marina. Brasil: saúde bucal no ano 2000. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, PR, n.13, p.92-95, jul. 1996.

SPINELLI, S. P. Universidade e Sociedade. In: BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Ciências sociais e saúde Bucal**. São Paulo: UNESP, EDUSC, 1998. p.197-229.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-62.

SUCUPIRA, Ana Cecília. Marco conceitual da promoção de saúde no PSF. **Revista Sanare**. ano 4, n.1, p. 11-14, jan./fev./mar. 2003.

SZYMANSKI, Heloísa. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: _____. (org). **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília, DF: Liber livro, 2004. p. 9-58.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, Rio de Janeiro, Jan./mar. 2006, p. 45-51.

TFOUNI, Leda Veridiani; PANTONI, Rosa Virgínia. **Sobre a ideologia e o efeito de evidência na teoria da análise do discurso francesa**. Disponível em www.achegas.net/numero/vinteecinco/leda_e_rosa_25.htm. Acesso em: 19 setembro 2006.

THERRIEN, Jacques; SANTOS, Elzanir dos; SOUSA, Francisco das Chagas de Loiola. Racionalidade do Agir docente: elementos para uma análise da formação na prática. In: THERRIEN, Jacques; DAMASCENO, Maria Nobre (org). **Artesãos de um outro ofício: múltiplos saberes e práticas no cotidiano escolar**. São Paulo: Annablume, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 1-11, out./dez. 1994.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. **Rev. Bras. de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n.2, p. 45-51, jul./dez. 2001.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. 11. ed. Campinas: Papirus, 2000. 192p.

_____. Projeto político-pedagógico: novas trilhas para a escola. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro e FONSECA, Marília (orgs.). **As dimensões do projeto político-pedagógico**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 45-66.

_____. **Perspectivas para reflexão em torno do projeto político-pedagógico**. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro; RESENDE, Lúcia Maria Gonçalves de (orgs.). **Escola: espaço do projeto político-pedagógico**. , 6. ed. Campinas-SP: Papirus, 2002. p. 9-32.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VICELLI, Silvana Mara C. A inserção do processo saúde-doença bucal na promoção de saúde e qualidade de vida (uma visão distrital). **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, PR, n.13, p. 66-69, jun. 1996.

VOLSCHAN, Bartira C. Gonçalves; SOARES, Eduardo L.; CORVINO, Marcos. Perfil do profissional de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Porto Alegre, RS, v. 59, n. 5, p. 314-316, 2002.

WATT, R. G. Introdução. In: BÖNECKER, M; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p. 1-12.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde – Um desafio para as novas gerações. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**, São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 2-24.

WIMMER, Gert Ferreira.; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006.

ZANETTI, Carlos Henrique G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, PR, n.13, p. 18-35, jul. 1996.

ZOLETTI, Gustavo; GIONGO, Mirella. **Análise qualitativa sobre a opinião acadêmica da Faculdade de Odontologia da UFRJ com relação ao papel do CD na sociedade.** Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=228>. Acesso em: 18 setembro 2005.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cirurgião-dentista _____

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: A formação cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no PSF. Este projeto de pesquisa tem como objetivo: Analisar a influência da formação do cirurgião-dentista na atenção à promoção de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios que compõem a 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará (CERES).

Assim, gostaria de contar com sua participação nas respostas ao questionário e também na entrevista, que serão aplicados. Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto de pesquisa. A informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratados anonimamente no conjunto dos demais participantes. Ainda a qualquer momento da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento.

Agradecendo sua colaboração me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente,

Filomena M^a da Costa Pinheiro
Mestranda do Mestrado em Saúde Pública
da Universidade Estadual do Ceará

Prof^a Dr^a Sílvia M^a N. Therrien
Orientadora

Eu, _____ aceito participar do questionário e da entrevista sobre o projeto de pesquisa: A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no PSF, e estou ciente de que seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação tenho a liberdade de retirar este consentimento.

_____, de _____, de 2006

Assinatura

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no PSF.

Roteiro de entrevista com os cirurgiões-dentistas

1. Fale sobre o que é promoção de saúde para você.
2. Como a sua formação durante o curso de graduação lhe preparou para trabalhar com promoção de saúde: (sim ou não , porquê? Você participou de algum projeto?).
3. Quais as atividades de promoção de saúde bucal que você está desenvolvendo atualmente no PSF?
4. Você tem dificuldades em desenvolver estas ações de promoção de saúde bucal?
Sim ou não e porquê?
5. O que você observa em termos de avanços que você conseguiu com o desenvolvimento da promoção de saúde bucal? Dê exemplo.
6. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no PSF.

Questionário para os cirurgiões-dentistas

1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

N° de identificação:	
Data da entrevista:	___/___/___
Nome:	
Sexo: () masculino ()feminino	
Idade:	

2. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Local de formação:	
Universidade:	
Ano de formação:	
Tipos de cursos que realizou nos últimos anos para o trabalho no serviço público	<hr/> <hr/> <hr/>
Cursos de capacitação para trabalhar no PSF	<hr/> <hr/> <hr/>

3. TRABALHO NO PSF

Município que trabalha:	
Localidade:	
Tempo de trabalho nesse local:	
Tempo de trabalho em Saúde Pública:	

4. ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NA ESB DO PSF

ATIVIDADES	SIM	NÃO
Planejamento, acompanhamento e avaliação das ações		
Prevenção das patologias bucais na infância		
	SIM	NÃO
Assistência odontológica no pré-natal		
Atividades básicas de atendimento odontológico		
Alimentação e análise de sistemas de informações		
Identificação das necessidades da população em relação a saúde bucal		
Coordenação de ações coletivas para promoção e prevenção de saúde bucal		
Ações intersetoriais sobre saúde bucal		
Urgências e emergências		
Discute com a equipe de trabalho e a comunidade os direitos de saúde		
Supervisiona o trabalho do ACD e THD		
Realiza palestras educativas sobre saúde bucal		
Realiza visitas domiciliares às famílias da área		

ANEXO I – PARECER CNE/CES 1300/01

**ANEXO II – ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIFOR DE 1995-2004**

**ANEXO III - ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIFOR A PARTIR DE 2005**

**ANEXO IV – ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UFC DE 1973-2004**

**ANEXO V – ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UFC A PARTIR DE 2005**