

# Vivência da realidade: o rumo da saúde para a Odontologia

*Para a adequação da formação dos profissionais à atual realidade do mercado, traça-se um panorama e delinham-se tendências do mercado de trabalho odontológico.*

Lucilene Dias Pelissari\*, Roberta Tarkany Basting\*\*, Flávia Martão Flório\*\*\*

\* Cirurgiã-Dentista formada pelo Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras (UNIARARAS).

\*\* Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Dentística do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic.

\*\*\* Professora Responsável pela Disciplina de Ciências Sociais do Curso de Odontologia do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras (UNIARARAS). E-mail: [flaviaflorio@yahoo.com](mailto:flaviaflorio@yahoo.com).

## RESUMO

O conhecimento que vem sendo adquirido e acumulado desde os primórdios da Odontologia possibilitou uma importante mudança relacionada às maneiras de lidar com as enfermidades que acometem os tecidos orais. Este trabalho tem o objetivo de traçar um panorama e delinear tendências do mercado de trabalho odontológico além de apontar caminhos para a adequação da formação dos profissionais a atual realidade do mercado. Os recursos humanos odontológicos que existem no país são resultantes de um processo evolutivo da profissão, em constante transformação, sempre no sentido ascendente de se ter um profissional mais capacitado. Uma prática educativa humanizada na área da Saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora. O compromisso em realizar uma auto-análise do ensino ministrado a cada um de seus alunos é uma responsabilidade de cada uma das Instituições de Ensino Odontológico que deve refletir sobre o quê, por quê e em favor de quem quer a formação universitária, buscando assim a formação de cidadãos trabalhadores para a sociedade e não para o mercado.

## DESCRITORES

Recursos humanos em Saúde, tendências. Odon-

tologia comunitária.

O conhecimento que vem sendo adquirido e acumulado desde os primórdios da Odontologia possibilitou uma importante mudança relacionada às maneiras de lidar com as enfermidades que acometem os tecidos orais. Até meados da década de 1960 os tratamentos caracterizavam-se pela exclusiva mutilação de estruturas bucais, na década de 1970, passou-se a realizar a mutilação de tecidos bucais, com o auge da Odontologia curativa e desenvolvimento de materiais restauradores. À semelhança de qualquer trabalho humano, o odontológico surgiu e se desenvolveu para satisfazer necessidades humanas<sup>29</sup>; no século XXI vem dando-se crescente ênfase aos aspectos preventivos e a uma maior preocupação com a saúde bucal e sua relação com a saúde geral e com o ambiente e qualidade de vida, tanto em nível individual quanto coletivo<sup>15</sup>.

A interligação entre os quadros bucais com enfermidades sistêmicas tem sido evidenciada em inúmeras investigações conduzidas nos últimos anos<sup>35</sup>, indicando que as doenças bucais possuem suficiente potencial para gerar desequilíbrios na homeostasia do organismo, integrando inclusive o elenco das causas relacionadas a quadros mórbidos gerais<sup>28</sup>. A qualidade de vida também é afetada pelas doenças da cavidade bucal e o impacto por elas produzido. Estado gengival, bem estar dos dentes e tecidos de suporte, quantidade

e qualidade de saliva, grau de sensibilidade do paladar e quadros dolorosos podem afetar a qualidade da dieta e a ingestão adequada de nutrientes, de forma a aumentar potencialmente o risco a diversas doenças sistêmicas<sup>19</sup>. A saúde bucal também influencia na auto-estima e nos relacionamentos sociais pois, como já definiu Narvai<sup>23</sup> (2003), “é um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e também pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição e constrangimentos. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para a saúde geral”.

A saúde e a doença não são portanto estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a diversas gradações e constantes mudanças<sup>1</sup>. A saúde, em seu conceito ampliado<sup>11</sup> tem como fatores determinantes e condicionantes os meios físico, sócio-econômico e cultural, os fatores biológicos e inclusive a oportunidade de acesso aos diferentes níveis de serviços<sup>4</sup>. Segundo Carneiro<sup>7</sup> (1998), a ação de cuidar da saúde em âmbito social só será efetivada se as outras dimensões da sociedade, como a economia, a habitação, o trabalho, a educação, enfim, as políticas sociais se voltarem para a questão da saúde.

A prática odontológica resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho, dentre os quais destaca-se o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os instrumentos e materiais utilizados, além dos recursos humanos<sup>23</sup>. Atualmente, a filosofia da Promoção de Saúde vem favorecendo a relação profissional-paciente pelo aprimoramento da terapêutica e pela preocupação com a saúde bucal<sup>15</sup>, levando a necessidade de adequação dos profissionais da área ao mercado de trabalho.

A definição de mercado refere-se ao contexto dentro do qual se forma livremente o preço de um produto, bem ou serviço, pelo adequado ajustamento de suas oferta e demanda, onde se realiza um intercâmbio de caráter livre e voluntário entre diferentes pessoas ou entidades. Esta definição aplica-se ao mercado de trabalho odontológico através do inter-relacionamento de cuidados de saúde, demanda de pacientes e oferta de serviços profissionais do setor<sup>2</sup>.

Segundo Zanetti<sup>36</sup> (1999), a Odontologia brasilei-

ra está em franca, acelerada e irreversível reorganização, e, por falta de uma adequação da formação acadêmica a esta reorganização, a massa de cirurgiões-dentistas colocada no mercado semestralmente, nunca estimulada a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos inerentes a estas mudanças, encontra-se completamente perdida e marginalizada no processo de inclusão no mercado odontológico.

Este trabalho tem o objetivo de traçar um panorama e delinear tendências do mercado de trabalho odontológico além de apontar caminhos para a adequação da formação dos profissionais à atual realidade do mercado.

## **MERCADO DE TRABALHO - DE ONDE VIEMOS, PARA ONDE VAMOS?**

Os recursos humanos odontológicos que existem no país são resultantes de um processo evolutivo da profissão, em constante transformação, sempre no sentido ascendente de se ter um profissional mais capacitado<sup>26</sup>. A capacitação profissional significou, no processo evolutivo da profissão, uma forma de concorrência no mercado. O surgimento dos mestres de ofício, no interior da prática profissional artesanal e pré-científica, pode ser considerado o primeiro dos mecanismos concorrenciais. Em seqüência, decorrente do desenvolvimento do capitalismo, que multiplicou as possibilidades de oferta e consumo de serviços de saúde, o exercício da profissão mediante a formação universitária pode ser considerado o segundo dos mecanismos de concorrência, objetivando a organização do sólido mercado recém-surgido, que estimulou a formação de novos profissionais e a valorização da Odontologia enquanto prática social<sup>36</sup>.

A estratégia de reestruturação via “diplomação universitária” foi percebida e enunciada para todas as “ciências médicas”, em um relatório publicado em 1910, conhecido como Relatório Flexner, orientando uma prática voltada à cura ou alívio das doenças, sendo o indivíduo encarado em uma lógica mecanicista, compartimentalizada e individualizada, condizente com os conhecimentos e atitudes de saúde da época.

Neste contexto, a cárie dentária sempre foi o objeto fundante para a organização da formação, das práticas e da transformação da maior parte dos atos odontológicos em mercadorias passíveis de compra e venda no mercado<sup>36</sup>, já que as seqüelas decorrentes de sua “história natural” possibilitavam mais e mais procedimentos, cada vez mais e mais complexos, sinônimos de maior e melhor remuneração.

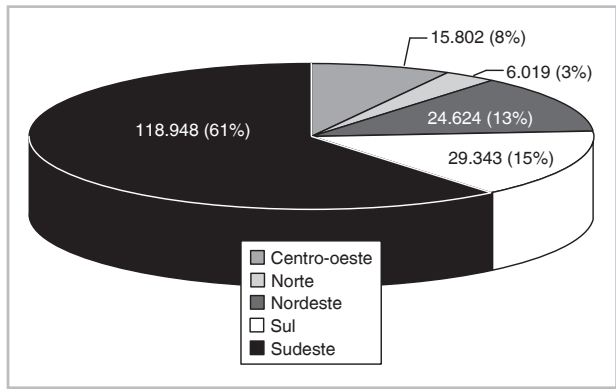
Toda essa situação descrita gerou no Brasil um quadro de plethora profissional sem precedentes mundiais, percebida, no entanto, apenas à partir do início dos anos 1980, com a inversão da equação oferta/procura, decorrente da grande recessão econômica de 1981 que resultou na concorrência da Odontologia com a venda de outros bens e serviços. Além disso, o desenvolvimento das tecnologias preventivo-promocionais em saúde bucal, representadas pela massificação do acesso às tecnologias de flúor e de auto-cuidado, resultou num novo perfil epidemiológico, especialmente para a população consumidora dos serviços curativos particulares<sup>36</sup>, a mais bem informada e exigente quanto às possibilidades de cuidados precoces. As necessidades e objetivos da população potencialmente consumidora de serviços odontológicos particulares reduziram-se drasticamente.

Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), o Brasil contava em 2003 com 161 faculdades de Odontologia. Dados mais recentes<sup>12</sup> (2004) indicam que 194.016 é o número de cirurgiões-dentistas cadastrados no CFO, dos quais 61,3% estão inscritos nos conselhos da região Sudeste, perfazendo um total de 118.948 profissionais. O Gráfico 1 aponta o número de dentistas inscritos nos conselhos regionais, de acordo com as macro-regiões.

A proporção cirurgião-dentista por habitantes chegou, em 2002, a 1 CD para aproximadamente 1.008 habitantes<sup>12</sup>, o que está aquém do que Chaves<sup>9</sup> (1977) considerou como bastante boa (1 CD: 2.000 habitantes). Segundo Narvai<sup>23</sup> (2003), a situação brasileira apresenta um desequilíbrio quantitativo, especialmente quando considerada a distribuição de cirurgiões-dentistas, não somente em relação à área geográfica, mas também com relação ao poder aquisitivo das populações residentes nas macro e micro-regiões brasileiras.

No início dos anos 1990, o país concentrava cerca de 11% dos dentistas em atividade em todo o mundo, proporção esta inalterada também no começo do século XXI<sup>23</sup>. Apesar da grande expansão do número de cursos de Odontologia no Brasil e de cirurgiões-dentistas em atividade, o percentual de brasileiros com acesso a cuidados odontológicos regulares é pequeno, havendo consenso entre pesquisadores que não há associação entre o número de profissionais e melhores condições de saúde bucal.

As melhorias nas condições de saúde das comunidades se dão por mudanças nas condições ambientais e sócio-econômicas, antecedendo a ação profissional. O papel do atendimento odontológico tradicional no



**Gráfico 1** - Número de cirurgiões-dentistas por macro-região. CFO - Brasil, 2004.

padrão de saúde bucal de uma população foi questionado por Nadanovsky, Sheiham<sup>21</sup> (1995), através da verificação de que os aspectos sócio-econômicos têm um papel relevante na redução observada na prevalência de cárie dentária. O estudo realizado com base em dados de 18 países industrializados demonstrou que os serviços odontológicos, medidos pela proporção dentista/população, explicaram 3% da redução observada na prevalência média de cárie das crianças de 12 anos, durante os anos 1970 e meados dos 1980, enquanto que os fatores sociais explicaram 65% da redução observada. Observaram também que a disponibilidade de serviços odontológicos não foi importante para explicar as diferenças nas variações observadas em indivíduos de 12 anos nos países estudados. Para Baldani *et al.*<sup>3</sup> (2004), países com relações dentista/população e sistemas de atenção diferentes apresentaram variação de valores de prevalência de cárie muito similares até a metade da década de 1980, quando a condição social passou a ser muito enfatizada como importante determinante da situação de saúde bucal.

No Brasil, esta relação, discutida por Weyne<sup>35</sup> (2003), pode ser recentemente confirmada com a divulgação em massa, no Jornal Folha de São Paulo<sup>16</sup>, dos resultados referentes ao último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, intitulado SB-Brasil, demonstrando que mesmo o país sendo rico no número de cirurgiões-dentistas<sup>23</sup>, a estratégia de saúde bucal oferecida à população permitiu que, em média, o país tenha cumprido apenas uma das cinco metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionadas à prevalência de cárie dentária. Com relação às demais ocorrências relacionadas à saúde bucal (ou melhor... falta de saúde bucal), menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam saúde periodontal.

Estas observações apontam uma realidade alarmante, os recursos humanos estão sendo graduados com falta de adequação do currículo e nem sempre estão aptos para diagnosticar e planejar de maneira adequada um plano de tratamento e realizar a promoção e preservação da saúde bucal condizente com a realidade sócio-econômica e cultural da comunidade adstrita. A Odontologia de alta complexidade, onde se utilizam técnicas e materiais de última geração, aliada a uma habilidade manual que levaria ao sucesso profissional e ao retorno financeiro, está sendo revista, pois este modelo cirúrgico-restaurador não alterou o perfil epidemiológico da cárie dental e das demais doenças prevalentes da cavidade bucal<sup>2</sup>. O país mais rico em dentistas, apresenta 17% de sua população adulta completamente edêntula<sup>16</sup>.

Mas, dado o papel do cirurgião-dentista na diminuição da incapacidade bucal, não restam dúvidas quanto à importância da ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos, até torná-lo universal<sup>23</sup>. Importante neste caso seria que a universalidade do acesso fosse condizente com o tipo de profissional que a sociedade necessita.

## A FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA

Deve-se, neste momento, descrever com mais detalhes os efeitos do paradigma flexneriano no ensino odontológico. O Relatório Flexner, preparado a pedido da Fundação Carnegie dos EUA pelo educador Abraham Flexner e publicado em 1910, versava sobre a situação de diversas escolas médicas dos EUA. Com base na qualidade técnica da escola médica européia, especialmente a Alemã, Flexner deu ênfase à formação de uma elite profissional e recomendou o fechamento de 124 das 155 escolas existentes nos EUA. O modelo flexneriano procurou implantar no ensino médico as exigências do paradigma científico que influenciou todas as áreas do conhecimento nos EUA no fim do século XIX: os problemas de origem social que exigiam soluções políticas foram transformados em problemas de ciência, exigindo soluções técnicas; difundiu-se a idéia de que a ciência poderia resolver qualquer problema, e negou-se a idéia de causalidade da doença. Os aspectos preventivos e de promoção de saúde foram relegados a segundo plano, o corpo humano foi considerado como uma máquina, em que qualquer parte poderia ser tratada individualmente, e o paciente abstraído da coletividade da qual fazia parte e do contexto social em que se inseria<sup>17</sup>.

No caso do Brasil, a Odontologia absorveu também o paradigma flexneriano, passando a defender

o corpo humano como uma máquina, a natureza exclusivamente biológica da doença, a atenção centrada sobre o indivíduo e sobre práticas curativas, a fragmentação do objeto em função da especialização, a tecnificação do ato odontológico, a exclusão de práticas alternativas, além do desinteresse pelas ações de promoção e prevenção das doenças. Com esses pressupostos, os cursos de Odontologia no país assumiram as características do modelo do ensino flexneriano: separação entre a docência, prestação de serviços e pesquisa; ciclo básico separado do ciclo clínico e concentrado nos primeiros anos do curso; 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 exclusivo nos serviços das escolas, desconhecendo os serviços externos; pessoal docente especializado por microdisciplinas; relação professor/aluno autoritária e paternalista; ênfase na pesquisa biológica<sup>18</sup>.

Os questionamentos relacionados à atuação do cirurgião-dentista no nível de saúde da população<sup>3,21</sup>, a dependência de fatores sócio-econômico-culturais e ambientais para o equilíbrio do binômio saúde-doença<sup>1,4,7,11</sup>, e a compreensão de que a filosofia da promoção de saúde, quando bem aplicada, pode resultar em importantes melhorias no padrão de saúde da população beneficiada refletiram na necessidade da instalação de mudanças no tratamento odontológico tradicional.

Graças a essa revisão de valores, consequência da necessidade de mudanças em todos os níveis, um novo perfil de formação profissional faz-se necessário, cuja prática deve pautar-se na realidade econômica e social do país<sup>2</sup>. Neste sentido, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), a ser realizado, neste formato, pela primeira vez como uma das iniciativas do Ministério da Educação para traçar um panorama da qualidade dos cursos e instituições de ensino superior no país, tem como um de seus três principais objetivos avaliar o nível de atualização dos estudantes, com referência à realidade brasileira e mundial, confirmando que esta necessidade de sintonia com as singularidades do país é inerente a todas as profissões, inclusive à odontológica.

Embora avanços importantes tenham ocorrido nas últimas décadas, a formação em Odontologia no Brasil está minimamente adequada às necessidades da população<sup>22</sup>, o “ensino odontológico flexneriano” é ainda praticado na grande maioria dos cursos de graduação do país. Narvai<sup>22</sup> (2004) afirma que há poucos

curso onde se verifica um compromisso evidente para fazer valer princípios de modificação neste paradigma, com criação de espaço para a ousadia da renovação e da invenção.

Grande ênfase tem sido dada às questões que cercam o processo de ensino-aprendizagem em decorrência das constantes mudanças ocorridas na sociedade e, conseqüentemente, na área do ensino superior, o que certamente se reflete nos cursos de graduação e pós-graduação de Odontologia<sup>27</sup>. O ensino odontológico tem sido apontado como comprometido pelo lastro do academismo, divorciado do interesse clínico e das necessidades da comunidade<sup>30,31,33</sup>.

Segundo o professor Paulo Capel Narvai<sup>22</sup> em entrevista ao Jornal da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) em maio de 2004, a formação em Odontologia ainda deixa muito a desejar em se tratando da saúde bucal coletiva, uma vez que a abordagem preventiva ainda é restrita à dimensão biológica e clínica da prevenção e os currículos ainda continuam fragmentados, com funcionamento isolado das disciplinas.

Esta dessintonia entre o ensino odontológico e a atuação clínica do dentista tem muitas razões, mas, certamente, a preponderante é que não se desenvolveu uma interação entre o profissional e a escola no sentido de se determinar ou predispor um preparo universitário condizente com as tendências atuais e sensíveis às mudanças futuras<sup>13</sup>. Segundo Pinto<sup>25</sup> (2000), a maior parte da população não tem acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira adequada. O levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feito em 1999 com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e divulgado no primeiro semestre de 2000, mostra que por volta de 20 milhões de brasileiros (cerca de 12% da população), do total existente de 160 milhões de habitantes, nunca consultaram um cirurgião-dentista. Na zona rural, a situação apresentava-se mais grave, com uma taxa de 32%. Apenas 6% da população brasileira relatou freqüentar periodicamente o dentista, sendo que destes, 30% só em situações de muita dor. Dados do SB-Brasil apontam que 13% dos adolescentes, 3% dos adultos e 6% da população idosa nunca visitaram um cirurgião-dentista<sup>16</sup>.

Cerca de 70% do tempo e do dinheiro gastos com saúde bucal no Brasil pertencem ao setor privado<sup>23</sup>, o que demonstra a precariedade de recursos destinados à Odontologia e a deficiência do sistema público em promover saúde bucal à população<sup>34</sup>.

Em palestra realizada durante o Seminário Apre-

nder SUS, em julho de 2004, representando o Conselho Nacional de Saúde, Solange Belchior concluiu que a universidade tem que incorporar o SUS, para que se deixe de formar profissionais voltados ao atendimento de apenas 30% da população que usam normalmente a saúde privada<sup>32</sup>.

## PROPOSTAS DE MUDANÇAS

Uma prática educativa humanizada na área da Saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora. A universidade, portanto, como espaço para formação profissional, coloca-se como o contexto onde práticas educativas agregam conhecimento, tecnologias, informação e comunicação como recursos estratégicos para a aprendizagem<sup>20</sup>.

A humanização de práticas pedagógicas pressupõe a criação de processos educativos socialmente relevantes, além da crítica ao modelo de formação mecanicista e de tecnificação da prática profissional, voltado exclusivamente para atender às demandas de mercado<sup>20</sup>. Há indícios de significativas alterações no mercado de trabalho para o cirurgião-dentista, tendo em vista a implantação de serviços odontológicos em órgãos governamentais, empresas, associações e sindicatos, com diminuição de sua atuação como profissional liberal<sup>8</sup>, o que é claro visto que a grande maioria da população brasileira depende dos serviços públicos para a obtenção de qualquer cuidado em Saúde.

Em função da expansão do processo de municipalização, verificou-se a partir do final da década de 1980, um sensível crescimento dos postos de trabalho no setor público (60% entre 1987 e 1992) em comparação ao setor privado (18% no mesmo período), o que fez com que, paulatinamente, o setor público que antes era visto com ressalvas pela categoria odontológica do ponto de vista das perspectivas de emprego, seja atualmente o maior empregador<sup>29</sup>.

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS<sup>10</sup>.

Neste sentido, com relação à necessidade de focalização do ensino nas faculdades para o atendimento no serviço público, a diferença marcante existente

entre o ensino odontológico e o de outras profissões de saúde, refere-se ao papel que têm os serviços públicos de saúde nesses cursos. Nos de Odontologia, ao contrário dos demais, os órgãos e serviços do SUS são pouco utilizados como locais de ensino-aprendizagem, impedindo ao aluno a vivência da realidade dos serviços públicos de saúde da sua região, a interação com profissionais de outras áreas, além de o mesmo não entrar em contato com a precariedade dos serviços e com as coisas boas que muitos serviços públicos fazem<sup>22</sup>.

Como resultado desta intersecção entre a falta de vivência e as crescentes oportunidades do mercado de trabalho em serviço público, o aluno de Odontologia fica vulnerável, pois após a sua formação universitária, a realidade se mostra e, em geral, ele está despreparado para lidar com o que encontra por não dispor dos instrumentos teóricos e vivências que a prática no âmbito do SUS haveria lhe proporcionado<sup>22</sup>.

A conseqüente necessidade de redefinição do perfil do profissional a ser formado não têm sido adequadamente considerada pelas faculdades para o delineamento do currículo de seus cursos de graduação. Assim, o cirurgião-dentista tem sido formado quase que exclusivamente para o exercício profissional liberal e, muitas vezes, sem uma visão global para a atuação como profissional na área da Saúde<sup>24</sup>, componente de uma equipe multiprofissional de Saúde.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) instituiu as “diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia” que definiu o seguinte perfil de egresso para o cirurgião-dentista dos cursos brasileiros: “profissional 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 do exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e na economia do seu meio, dirigindo sua atuação na transformação da realidade em benefício da sociedade”<sup>25</sup>. Neste mesmo documento a CNE afirma (art. 4º) que a formação do cirurgião-dentista tem por objetivo “dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da atenção à saúde (tanto em nível individual quanto coletivo), tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente”<sup>23</sup>.

A necessidade de se equiparar o texto do perfil esperado ao efetivo perfil do egresso da universidade é notória. Narvai<sup>22</sup> (2004) conclui que “ou os cursos

rompem as barreiras academicistas e se abrem, tomando o sistema de saúde como sala de aula, ou a formação continuará preparando mal os futuros profissionais, pois se continuará reduzindo o rico e complexo processo de formação de cidadãos à mera capacitação técnica de pessoas...”. São poucas as iniciativas onde é evidente o esforço para fazer valer os princípios e valores apontados nas novas diretrizes curriculares, através da renovação e da invenção.

Como estímulo à mudança na graduação para que a implantação e o cumprimento das diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares nacionais caminhem juntas, MEC e Ministério da Saúde propuseram uma política conjunta de estímulo à graduação. O Aprender SUS é um movimento que pretende aproximar o sistema de saúde e as instituições de ensino superior (IES) do país, além de promover a qualidade da atenção à saúde para orientar as 14 graduações do setor, com o objetivo de estimular os compromissos da graduação com o sistema de saúde, conforme a política de educação permanente. O Ministério da Saúde tem por objetivo engendrar relações de compromisso e responsabilidade entre o MEC, as IES e o SUS, que incluem: implementação das diretrizes curriculares nacionais; participação ativa das IES em projetos locais de educação permanente em saúde; estabelecimento de projetos de cooperação técnica com o SUS para o desenvolvimento de capacidades de competências locais; produção de conhecimento relevante para a consolidação e o avanço do SUS; construção do ensino de saúde de maneira articulada e negociada com o SUS<sup>6</sup>.

Neste turbilhão de críticas à formação profissional na área da saúde, os graduandos também estão sensibilizados pela inadequação de sua formação. O projeto VER-SUS, cuja sigla quer dizer Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, elaborado e implementado pelo Movimento Estudantil da Área da Saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), é um estágio de vivência que se assemelha aos projetos de extensão universitária, por ser uma proposta onde o estudante sai dos muros da academia e vai conhecer/vivenciar alguma situação/organização da comunidade/sociedade. Na saúde, a área da Medicina foi a primeira a levar estudantes para vivenciar a saúde da população através do conhecimento da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ora dando ênfase à gestão desse sistema, ora acompanhando e conhecendo como a assistência tem se dado em diversas regiões brasileiras. O objetivo do movimento

estudantil com esses projetos é permitir que o estudante reflita, a princípio, sobre situações e temas importantes, pertinentes à sua formação profissional, através do conhecimento prático. Mas, muito além disso, o movimento acredita que inserindo o estudante na realidade, de forma que ele olhe de “dentro para fora”, seja mais fácil perceber as muitas contradições e as complexas relações de nossa sociedade, facilitando a formulação e o entendimento do seu papel enquanto estudante e futuro profissional, mostrando assim o grande potencial que ele tem para agir nas condições vivenciadas<sup>14</sup>.

## CONCLUSÃO

A necessidade de adequação das profissões de Saúde à realidade econômico-social e cultural do povo brasileiro é notória. O compromisso em realizar uma auto-análise do ensino ministrado a cada um de seus alunos é uma responsabilidade das Instituições de Ensino Odontológico, que devem refletir o quê, por quê e em favor de quem querem a educação, visando a competência em formar cidadãos trabalhadores para a sociedade, e não para o mercado. Assim, bem mais do que competência nos domínios de aspectos biológicos envolvidos na prática profissional, deve-se preparar o cirurgião-dentista para que desenvolva competência também quanto às dimensões ética e social do seu trabalho.

## ABSTRACT

### Reality experience: the development of oral health

The knowledge which has been acquired and accumulated since the beginning of dentistry has made possible an important change related to the ways of dealing with diseases that attack the oral tissues. The aim of this work is to trace a panorama and delineate the trends of the dental work market, as well as to point out ways for the adequacy of professional formation to the current market situation. The dental labor force existing in the country is the result of a developing process of the profession, which is in constant transformation, always leading to the formation of more qualified professionals. A humanized educative practice in health places man as the center of the citizenship construction process, committed to and integrated with the social and epidemiological reality, and the social and health policies, allowing for a transforming and directed professional formation. The commitment to carry through a self-analysis of the education given to each student is the responsibility of every higher education institution. These institutions must

analyze what they want, why they want it and who shall benefit from dental education, which must be democratic, not produce differences, and form creative, critical and diligent citizens to work for society, and not for the market.

## DESCRIPTORS

Health manpower, trends. Community dentistry. ■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium - Revista do ISPV* 2002; 25(1) [citado 2004 Maio 12]. Disponível em: URL: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm).
2. Araújo IC. Mercado de trabalho odontológico [citado 2004 Maio 12]. Disponível em: URL: <http://www.odonto.com.br/columna.asp?cod= 27>.
3. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):143-52.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 [citado 2004 Set 29]. Disponível em: URL: <http://www.mec.gov.br/cne/>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na Saúde. Departamento de gestão da educação na Saúde. Nota técnica sobre a iniciativa do Ministério da Saúde para estimular a mudança na graduação das profissões da saúde, conforme a política de educação para o SUS; 2004 [citado 2004 Out 6]. Disponível em: URL: <http://www.ccs.ufpb.br/nesc/APRENDERSUS.doc>.
7. Carneiro SMM. Saúde e educação - um direito do cidadão. A página da Educação; 1998 [citado 2004 Maio 23]. Disponível em: URL: <http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID= 256>.
8. Carvalho DR, Carvalho ACP, Sampaio H. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1997;51(4):345-9.
9. Chaves MM. *Odontologia Social*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Labor; 1977.
10. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Conferência Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
12. Conselho Federal de Odontologia. Dados sobre profissionais de Odontologia inscritos no CFO [citado 2002 Dez 26 e 2004

- Set 27]. Disponível em: URL: <http://www.cfo.org.br>.
13. Costa B, Stegun RC, Todescan R. Do ensino à prática odontológica: um levantamento da realidade na Grande São Paulo. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1992;46(6):909-13.
  14. Duarte CC, Leal MB. VER-SUS, 2004 [citado 2004 Out 6]. Disponível em: URL: <http://www.enf.ufmg.br/damar/Arquivos/VER-SUS%20texto.doc>.
  15. Gushi LL, Wada RS, Sousa MLR. Perfil profissional dos CDs formados pela FOP no período de 1960-1997. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2004;58(1):19-23.
  16. Leite F. Odontologia. País atinge apenas um dos cinco objetivos acertados com a OMS; pesquisa avaliou quase 109 mil pessoas. Brasil descumprir metas de Saúde Bucal. *Folha de São Paulo. Cotidiano*. São Paulo; 27 jul 2004.
  17. Marsiglia RMG. Perspectivas para o ensino das Ciências Sociais na graduação odontológica. *In: Botazzo C, Freitas SFT. Ciências Sociais e Saúde Bucal - questões e perspectivas*. São Paulo: UNESP; 1998.
  18. Mendes EV, Marcos B. Odontologia integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológica (1984) *apud* Marsiglia RMG. Perspectivas para o ensino das Ciências Sociais na graduação odontológica. *In: Botazzo C, Freitas SFT. Ciências Sociais e Saúde Bucal - questões e perspectivas*. São Paulo: UNESP; 1998.
  19. Moynihan PJ. The scientific basis for diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *In: World Health Organization/ Food and Agriculture Organization of the United Nations. Consultation diet, nutrition and the prevention of dental diseases*. Geneva; 2002.
  20. Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L, Schmitt EJ. Humanizando a educação em Odontologia. *Rev ABENO* 2003;3(1):58-64.
  21. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:331-9.
  22. Narvai PC. A formação em Odontologia, no Brasil, não está adequada às necessidades da população. Órgão oficial de informação da Federação Interestadual dos Odontologistas; abril/maio 2004.
  23. Narvai PC. Recursos humanos para a promoção da Saúde Bucal: um olhar no início do século XXI. *In: Kriger L, coordenador. ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 448-63.
  24. Perri de Carvalho AC. Formação do cirurgião-dentista. Ensino e profissionalização. Série documentos de trabalho, 04/96. São Paulo: Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior/USP; 1996.
  25. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
  26. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica - colaborando com a saúde bucal da população. *In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 140-59.
  27. Raldi DP, Malheiros CF, Fróis IM, Lage-Marques JL. O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. *Rev ABENO* 2003;3(1):15-23.
  28. Rams TE, Slots J. Systemic manifestations of oral infections. *In: Contemporary Oral Microbiology and Immunology*. Slots J, Taubman MA. Sant Louis: Mosby; 1992. p. 500-10.
  29. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP; 2000.
  30. Rovin S, Magraw RM. Dental education and public policy: a research agenda. *J Dent Educ* 1979;43(2):96-100.
  31. Santangelo M. Workshop synopsis: verification of new knowledge – when is the time to incorporate it into a curriculum? *J Dent Educ* 1986;50(2):131-2.
  32. Seminário Aprender SUS. Atores discutem mudança na graduação com foco na integralidade [citado 2004 Out 6]. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.
  33. Simonetti EL. A crise no atendimento odontológico. *Rev Paul Odontol* 1980;3(2):34-9.
  34. Suliano AA. Programa Saúde da Família: uma proposta benéfica à saúde bucal brasileira. *Rev Medicina Social* 2001;15(172):8.
  35. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. *In: Kriger L, coordenador. ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 1-23.
  36. Zanetti CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação. Curativo de Massa 1999 [citado 2003 Fev]. Disponível em: URL: [http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_saucol/mercado.pdf](http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/mercado.pdf).

Acceto para publicação em 12/2004