

Saúde Coletiva e pós-graduação em Odontologia

Marilene Barros de Melo*

*Fiocruz
interfaz@interfaz.com.br

Resumo

Neste estudo buscou-se mapear as atitudes, comportamentos e representações acerca do imaginário da Saúde Coletiva, no universo de 30 alunos e professores de uma pós-graduação *stricto sensu* em Odontologia, em uma universidade federal, de forma a compreender a visão de mundo e os aspectos sociais, científicos e tecnológicos que fundamentam as suas práticas. Evidenciou-se a necessidade de uma melhor compreensão da determinação social do processo saúde-doença e de uma articulação adequada dos modelos de ensino às políticas públicas e às práticas dos serviços, visando ao desenvolvimento estrutural do setor saúde, setor que sustenta as suas possibilidades – que passam, necessariamente, pela sua capacidade de formação dos recursos humanos – no campo da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: saúde coletiva; pós-graduação *stricto sensu*; sociologia das profissões; odontologia.

Abstract

This study tries to map the attitudes, behaviors, and representations concerning the Collective Health imaginary, in a universe of 30 students and professors from a graduate course (*stricto sensu*) in the area of Dentistry, at a Federal University, as a form of understanding their world view and the social, scientific, and technological aspects that underlie their practices. This research also shows the necessity of having a better understanding of the social determination of the health-illness process and an adequate articulation of the educational models with public policies and service practices in order to promote the structural development of the health sector. This sector supports its possibilities in the field of Collective Health through its capacity to form human resources.

Keywords: Collective Health – Graduate Study – Sociology of Professions – Dentistry.

Introdução

O campo da Saúde Coletiva institucionalizou-se, no Brasil, na década de 70, como elemento articulador entre as ciências sociais e o campo da saúde. Essa articulação se fez como forma de situar a determinação social do processo saúde-doença. Passadas mais de três décadas, alguns

desafios ainda se fazem presentes a esse campo e, podem estar associados a um possível desconhecimento dos seus aspectos teóricos e metodológicos (Paim e Almeida Filho, 1998 e 2000; Campos, 2000).

Diversos autores (Minayo, 1997; Paim & Almeida Filho, 2000) sinalizam que as dificuldades enfrentadas nesse campo se associam ao modelo de formação dos profissionais da saúde que não consegue uma articulação adequada dos modelos de ensino às políticas públicas e às práticas dos serviços. Esse estudo procurou identificar o lugar da Saúde Coletiva no campo da saúde. Investigou-se as imagens, idéias e percepções que os mestrandos e professores das oito áreas de concentração do mestrado em Odontologia de uma universidade pública federal têm em relação à inserção da Saúde Coletiva no campo da saúde. Buscava-se, assim, compreender se o referencial teórico da Saúde Coletiva tem sido contemplado no conteúdo programático do mestrado investigado.

Investigar um mestrado em Odontologia fez-se por entendê-lo como espaço de qualificação para aqueles que, provavelmente, serão os responsáveis pela formação dos cirurgiões dentistas. A importância desse espaço para o desenvolvimento do setor saúde foi ressaltada por Minayo (1997), ao sinalizar que as características interdisciplinares e multiprofissionais da pós-graduação em Saúde Coletiva vêm subsidiando conhecimentos mais estruturados e articulados às políticas públicas e às práticas dos serviços.

Representação social: imagens, idéias e percepções

A partir de seus estudos sobre a representação social da saúde e da doença, Herzlich (1984) avalia o estudo da representação social como fundamental para a construção da realidade social, pois viabiliza maior compreensão acerca do modo que o sujeito constrói essa realidade e como ele se orienta. Essa teoria utiliza a linguagem como instrumento facilitador da percepção e pode se constituir como a fotografia do real, traduzindo-se como um material privilegiado para a pesquisa no campo das ciências sociais (Minayo, 1998).

Goulart (1993) define representação social como conjunto de imagens, idéias e percepções ou, ainda, como noções, práticas e valores orientados para uma determinada organização social, incluindo relações estabelecidas no seu interior. O que possibilita conhecer a historicidade coletiva ou individual do grupo social em estudo.

Algumas limitações se fazem evidentes na teoria da representação social. Entre elas, a dificuldade de se compreender a complexidade e a totalidade de determinada realidade e os recortes para a realização do estudo. As particularidades dos pesquisadores e entrevistados constituem também fatores que repercutem no processo de interpretação. Quando a metodologia utilizada se restringe a identificar semelhanças ou diferenças, corre-se o risco de excluir elementos significativos. Pois, a partir daí, certos limites são exacerbados, dificultando a delimitação do contexto da organização coletiva investigada, em sua especificidade e temporalidade (Foucault, 1999).

A análise de qualquer contexto deve privilegiar, primeiramente, o núcleo ético, a partir de sua relevância sociológica, avaliando o contexto

circundante, conforme alguns teóricos da pós-modernidade. Um segundo ponto, é a identificação teórica e metodológica de sua relevância. Por fim, a sua historicidade deve estabelecer processos contínuos de interpretação e avaliação. Somente a partir desse tipo de abordagem compreender-se-á a estrutura e função da organização coletiva e o nível de conhecimentos dos atores sociais envolvidos (Santos, 2000).

Saúde Coletiva e a amplitude de concepções

A Saúde Coletiva é uma especificidade brasileira e nasce como campo teórico e de intervenção nos anos de 1960/70 (Nunes, 1994). Um dos seus objetivos era levar aos espaços acadêmicos reflexões para além da perspectiva do modelo biomédico e estabelecer resistência à estrutura política vigente naquela época. Nessa perspectiva, o resgate de alguns conceitos sociais fez-se necessário, tornando-se o elo entre as ciências sociais e o campo da saúde. Buscava-se a formação dos profissionais do campo da saúde para além da técnica e da dimensão corpórea do paciente. Caminhando para uma revolução social e cultural das ciências sociais em saúde e, para um entendimento do paciente como um sujeito social e político (Costa e Costa, 1990; Castiel, 1994; Canesqui, 1995; Carvalho, 1996; Paim e Almeida Filho, 1998; Canesqui, 2001).

A amplitude do campo da Saúde Coletiva é salientada por Paim e Almeida Filho (1998), que o caracterizam como em permanente construção, baseado em princípios como interdisciplinaridade e intersetorialidade e, preocupado com a saúde pública enquanto do público, assinalando-o como um movimento ideológico comprometido com a transformação social e facilitador de articulações com novos paradigmas científicos, respeitando a historicidade, integralidade e universalidade do objeto saúde-doença-cuidado. Definem, então, Saúde Coletiva como um campo científico e um “âmbito de práticas” que se ocupam do “objeto saúde”, respeitando e articulando a sua característica multifacetada e intersetorial e a sua diversidade de agentes e disciplinas.

Esse campo tem sido marcado por conflitos de identidade originários de sua diversidade de acepções, atravessado por questões epistemológicas e por diferentes concepções de natureza política e ideológica. Essa diversidade tem resultado em diferentes temas de pesquisa e na necessidade de se produzir conhecimento articulado a saberes diversificados, na tentativa de abordar a complexidade do saber em saúde. Dessa maneira, constrói-se um saber institucionalizado pelo próprio campo como único e absoluto para a área da saúde, principalmente quando esse saber se depara com o senso prático e com o grau de certeza vigente nos saberes especializados. Nessa perspectiva, a saúde coletiva não reconhece os limites e especificidades de outros saberes especializados e a importância desses para a estruturação das práticas em saúde. Apesar de seus conflitos, ela tem norteado as práticas em saúde e teve importância significativa na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da VIII Conferência Nacional de Saúde (Canesqui, 1995; Campos, 2000; Paim e Almeida Filho, 2000).

A Saúde Coletiva necessita de uma ação transformadora ligada ao paradigma da modernidade, que Santos (2000) assinala como uma

integração harmônica e recíproca entre o pilar da regulação e o da emancipação. O pilar da regulação é composto pelos princípios de Estado, do mercado e da comunidade. O pilar da emancipação é formado pelas três racionalidades weberianas: a moral-prática, constituída pelo direito e pela ética; a estético-expressiva, integrada pelas artes e a literatura; e a cognitivo-instrumental, instituída pelas ciências naturais e a tecnologia. O autor esclarece que o paradigma emergente e a juridicidade da práxis social originam-se a partir dessas três racionalidades, no entanto, enfatiza a importância de priorizar-se as duas primeiras. Sinaliza a importância da integração dos pilares da regulação e da emancipação com a práxis social para a harmonização de valores como justiça, autonomia, solidariedade, identidade, igualdade e liberdade.

Paim e Almeida Filho (2000) advertem que a Saúde Coletiva tem se mantido refém da regulação, sendo que a demarcação de sua crise tem estado centrada: na maximização do Estado, traduzida pela verticalização política entre Estado e cidadãos; na maximização do mercado, caracterizada por uma política horizontal individualista que sustenta e reproduz os antagonismos existentes entre os sujeitos envolvidos; e na maximização da comunidade, por meio da adoção de políticas horizontais solidárias entre os sujeitos da comunidade. Para os autores, faz-se necessário o reconhecimento dessa transição paradigmática e da crise do campo da Saúde Coletiva de maneira a avançar no encontro de ideais emancipatórios do paradigma emergente, substanciado em processos contínuos de “crítica, elaboração e superação”.

A universidade: seus desafios, a produção do saber em saúde e a pós-graduação em Saúde Coletiva

Diversos autores têm assinalado os vários desafios aos quais a universidade tem se submetido. Entre eles, a amplitude da sua responsabilidade social, exacerbada pela diversidade econômica, social e cultural do Brasil; a formatação do ensino voltada para o saber prático e instrumentalizado, de forma a corresponder às necessidades do mercado; a dificuldade de se compreender como esse saber prático tem penetrado e se reproduzido no próprio espaço acadêmico; o pouco comprometimento das autoridades acadêmicas com o sentido de comunidade e de democracia, e a dificuldade de estabelecimento de uma identidade própria (Saviani, 1980; Frigotto, 1998 e Massote, 2001).

Paixão (1979) já defendia uma formação direcionada às reais necessidades da população, com adequada fundamentação teórica e técnica, entendendo o paciente em sua totalidade e enfatizando a importância da prevenção. A autora, ao estudar uma instituição de ensino ligada à área de Odontologia, observou que os objetivos institucionais expressavam a urgência de uma visão mais humanizadora da profissão. No entanto, o currículo e os métodos ainda perpetuavam uma Odontologia comprometida com uma prática individualizada, centrada na cura, no elemento dentário, na alta tecnologia e em procedimentos de baixo impacto social, características vinculadas à concepção da saúde como “bem de

consumo". O retrato dessa perspectiva é a formação de "técnicos" e não de cidadãos com responsabilidade social. Logo, o paciente torna-se objeto de manipulação do saber, desconhecido como homem, cidadão ou como sujeito de desejo. Pode-se, assim, estabelecer uma correlação com o que Boltanski (1979) já tinha enfatizado, quando sinalizou que os profissionais da saúde entendem o corpo do outro como objeto da sua estratégia.

Na tentativa de se ultrapassar esse modelo, a Saúde Coletiva vem realçando a formação profissional baseada em princípios interdisciplinares e intersetoriais, para que o processo de trabalho avance em direção às ações que melhorem o acolhimento, por meio de uma escuta privilegiada do paciente. Apesar dos esforços empreendidos, ainda se evidencia, nos serviços de saúde, a supervalorização das tecnologias leve-duras e duras,¹ e a "perda da dimensão cuidadora na produção da saúde", impossibilitando intervenções e procedimentos de maior impacto social. Mesmo assim, a maioria dos usuários queixa-se da falta de atenção e de responsabilização em torno do seu problema, mas não salientam falta de conhecimento tecnológico. Portanto, faz-se premente nos serviços de saúde, repensar os microprocessos necessários ao cuidado, para viabilizar o "trabalho vivo em ato" (Merhy, 2002).

Desse modo, a área da saúde defronta-se com a necessidade de uma abordagem teórico-metodológica diferenciada e flexível capaz de compreender a diversidade social e econômica brasileira. As características interdisciplinares e multiprofissionais que compõem o saber da pós-graduação em Saúde Coletiva deverão constituir o processo de formação dos profissionais da saúde desde a graduação. Essa é a possibilidade de novas construções teóricas no campo da saúde, baseadas em uma visão mais integrada e em um menor coeficiente de alienação em relação à realidade sanitária brasileira (Minayo, 1997; Goulart, 2000).

¹ Merhy et al. (1997, p. 121) classificam as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leves (as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar os processos de trabalho); leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo); e duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Material e método

Este estudo situou-se no domínio das perspectivas qualitativas. Foram realizadas entrevistas abertas, semi-estruturadas, individuais, gravadas com 30 pessoas do mestrado em Odontologia da instituição eleita para a pesquisa. Essas pessoas foram selecionadas por sorteio, nas oito áreas de concentração do curso, de acordo com o seguinte critério:

- 14 professores credenciados, pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação, na Faculdade de Odontologia, como orientadores: dois representantes de cada área de concentração, com exceção de duas áreas na qual só foi possível entrevistar um professor;
- 16 mestrandos: dois de cada área de concentração.

Por meio da análise de conteúdo das entrevistas, procurou-se apreender as percepções, imagens e idéias dos entrevistados em relação ao campo da Saúde Coletiva.

Solicitou aos entrevistados uma descrição da saúde no Brasil, um relato da importância da Saúde Coletiva, uma opinião sobre a prática do

profissional com o título de mestre, na área de concentração em Saúde Coletiva e uma síntese das informações acerca do Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Abordou-se também o motivo da escolha da área de concentração, se faria o mestrado na área de concentração em Saúde Coletiva. Argüiu-se, ainda, se a universidade, no âmbito da formação de docentes, tem contemplado a realidade brasileira e o que ele(a) como professor(a) ou aluno(a) do mestrado julgaria necessário mudar na graduação, além de tentar identificar qual seria o papel da Odontologia na sociedade, a situação da Odontologia no Brasil e a realidade profissional do cirurgião-dentista.

Apreendeu-se, a partir do método de análise de conteúdo, duas categorias para trabalhar as imagens, idéias e concepções que os entrevistados tinham em relação à inserção da Saúde Coletiva no campo da saúde. As duas categorias de análise situaram-se no modelo biomédico e na Saúde Coletiva. Para facilitar a compreensão da relação estruturou-se uma seqüência lógica entre as duas categorias, considerando que o modelo de formação do cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental no seu exercício profissional.

O modelo biomédico como categoria de análise

A partir da análise das entrevistas evidenciou-se tentativas de se romper com a supremacia do modelo biomédico na área odontológica, como é possível observar nas falas dos entrevistados discutidas a seguir:

[...] talvez seja o processo mais saudável, [...] estar revendo tanto a formação no nível da pós quanto da graduação. [...] esse processo vai começar pela pós-graduação. [...] tem muitos professores fazendo a pós-graduação. [...] quando aqui dentro da escola, o mestrado, não se faz por áreas somente, [...] ele é mestrado em odonto com áreas... mas, na prática, ele se faz 90% por áreas mesmo. É dentística, é estomatologia, é endo, é saúde coletiva, e não se mistura muito não, tá? Mas, nos outros 10%, e eu acho que aí, qualitativamente, é muito mais [...] o grupão de quinta-feira [...] é uma tentativa de começar romper com isso. [...] não acho ainda que o mestrado [...] tem feito assim uma ação incisiva não. Daí, eu acreditar que avaliar a minha prática lá, através do aluno que sai, dê mais resultado [...] (docente).

Ponderações como essas se fizeram presentes, demonstrando a necessidade de se reavaliar a formação do cirurgião-dentista. A necessidade de estar revendo esse processo fragmentado de ensino foi enfatizada pelo entrevistado que sugere mudanças no âmbito da pós-graduação e, principalmente no mestrado. Isso porque, entendiam que os mestrandos serão, provavelmente, os futuros docentes responsáveis pela graduação. A fala acima indica tímidas mudanças na pós-graduação, quando propõem um mestrado integrado, na tentativa de buscar uma abordagem mais ampliada. No entanto, cabe refletir sobre as dificuldades ainda existentes para superar a visão cartesiana arraigada nos diversos espaços acadêmicos. O entrevistado acima sugeriu que um dos parâmetros para se avaliar as mudanças na prática do corpo docente poderia ter como eixo o aluno.

[...] a visão que eu tinha quando eu estudei era totalmente daquele profissional artesão que vai cuidar da restauração do seu paciente visando à doença, né? E esse modelo é falido [...], mas essa visão ainda continua [...] (mestrando).

Grande parte dos entrevistados salientou que o modelo biomédico, mesmo diante de uma posição crítica quanto à sua adoção, ainda tem orientado as práticas em Odontologia. O enraizamento desse modelo no campo da saúde é assinalado por vários autores como Mendes (1984); Castiel (1994) e Foucault (1998), ao realçarem que as premissas desse modelo, apesar das suas limitações, ainda vêm tentando responder à complexidade desse campo.

Ultrapassar o modelo cartesiano não significa deixar de reconhecer a sua importância para a ciência, pois o mecanicismo foi a “primeira cosmovisão científica”, introduzida por Descartes, no século XVII, fundando a filosofia moderna. As abordagens mecanicistas e reducionistas possibilitaram importantes conquistas no campo da biologia, como a compreensão da natureza química dos genes nas unidades básicas da hereditariedade e na revelação do código genético. No entanto, suas limitações se fazem evidentes no momento em que o determinismo genético passou a considerar os organismos vivos como máquinas controladas por cadeias lineares de causa e efeito (Capra, 1982; Bunge, 2002).

Tem-se vivenciado, nessa perspectiva, uma prática em saúde algumas vezes substanciada em concepções estagnadas, refletidas na centralização, na especialização e na tecnificação das ações (Mendes, 1984). Esse reflexo tem delineado a adoção de um modelo assistencialista, no qual ações como a responsabilização múltipla, a intersetorialidade, a transdisciplinaridade e a adoção de princípios como o da universalidade, equidade e integralidade têm ficado comprometidas. A natureza restritiva desse modelo vem denotando a sua notória responsabilidade em relação às deficiências do sistema de atenção à saúde para a satisfação das necessidades humanas.

[...] Como é que a gente pode falar de Odontologia de primeiro mundo, de saúde, num país que tão poucos têm condições de ter acesso ao serviço privado, sendo que a grande maioria está largada ao acaso [...] (docente).

A maioria dos entrevistados centraliza as limitações das ações do campo da saúde nas ações dos profissionais e nos serviços, no âmbito público e privado, apenas no plano assistencialista, sendo que, nas entrelinhas, pode-se perceber o setor privado como referência.

[...] nosso objeto de trabalho sempre é unitário [...] é impossível negar que a nossa intervenção só se dá na boca [...] basta, então, entender a máquina humana [...] e ela funciona [...] as novas tecnologias ajudam [...] as pesquisas laboratoriais também (docente).

A concepção do corpo como máquina abortou o sujeito e pariu um indivíduo destituído de corpo, mas portador de um conjunto de órgãos, capaz de estar ou não doente. Esse entendimento estimula a fragmentação

do corpo e a humanização dos diversos órgãos, assim, o dente passa a ter olhos, boca, nariz, para que ele possa reconhecer os famosos “inimigos” veiculados pela mídia e sustentados pela concepção, restrita à doença, de alguns profissionais da saúde. O cuidado com o corpo não é associado à saúde, mas ao não adoecimento. O adoecer ou não, tem vínculo estabelecido em estar ou não exposto a “fatores de risco”, constituindo, assim, a expressão “populações humanas específicas”. A fragmentação do paciente em órgãos, como alude a fala transcrita acima, demonstra o seu entendimento apenas na vertente biológica, sem assumir uma posição crítica quanto ao contexto social, configurando-o como uma unidade estatística. Essa maneira de conceber a doença é a perfeita objetivação da vida correspondida em “formatados” preceitos puramente baseados na racionalidade científica (Herzlich e Pierret, 1987; Goldberg, 1990; Foucault, 1998).

Canguilhem (2000) enfatiza que “ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranqüilizar-se” diante da postura autoritária que o campo da saúde tem assumido ao situar a doença em determinadas partes do organismo, centralizando nelas a ação terapêutica. O autor associa essa fragmentação à dissociação do organismo em órgãos e funções de forma a permitir a sua análise anatômica e fisiológica. E adverte que, quanto maior a minúcia dessa análise, passa-se a considerar cada vez mais uma célula como doente, negligenciando-se, assim, o doente. Sob esse ponto de vista, a doença passa a ser reconhecida como uma entidade.

A Saúde Coletiva como categoria de análise

As transformações da prática do cirurgião-dentista poderão se tornar possíveis desde que se proponha uma formação diferenciada, sustentada por concepções do campo da Saúde Coletiva. A inserção das ciências sociais de maneira efetiva no processo de formação do cirurgião-dentista foi ressaltada pelos docentes e mestrandos da área de concentração em Saúde Coletiva. Eles consideraram que esse tipo de inserção possibilitaria melhor reflexão acerca dos grandes temas da sociedade e das principais questões sociais.

A maioria dos mestrandos enfatizou a necessidade de mudanças no processo de formação dos docentes, de forma a possibilitar uma abordagem mais ampliada do campo da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, uma melhor estruturação da grade curricular da graduação. A necessidade dessa reestruturação foi apontada por Paim e Almeida Filho (1998), que assinalaram uma disponibilização pouco adequada dos conteúdos programáticos e da carga horária das disciplinas básicas (epidemiologia, planejamento/gestão de saúde e ciências sociais em saúde) que compõem o tripé interdisciplinar desse campo. Em geral, a carga horária dispensada às disciplinas relativas às ciências sociais corresponde, aproximadamente, a 28% do ciclo básico e a 10% da carga horária total, isto é, do ciclo básico e profissional.²

² Isso de acordo com anotações de palestra proferida pelo professor Dr. Badeia Marcos na XI Jornada Odontológica, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em 1999.

[...] Essa visão mais ampliada na área de saúde não tem acontecido [...] o profissional precisa conhecer um pouquinho mais de ciência social,

de psicologia, de epidemiologia social, um pouco da realidade da população que ele vai trabalhar [...] de planejamento [...] e ele não conhece nada, pois a sua formação não possibilita isso [...] quando ela transmite algum conhecimento nessas áreas, é como se fosse possível transformá-lo em simples instrumentos, ferramentas, [...] como que dessa forma poderemos ter a noção do todo? [...] (mestrando).

A importância da articulação das disciplinas que compõem o tripé interdisciplinar e a estruturação de sua base no tecido social foi relatada por alguns entrevistados. No entanto, os mesmos salientaram que essa integração não tem priorizado uma direção no sentido de uma complementaridade, mas apenas como um recurso a ser utilizado. Santos (2000) trabalha essa situação como uma falácia da contemporaneidade, na qual o grau de importância vincula-se apenas ao que se enquadra nos parâmetros da ciência dominante. Assim, investe-se de maneira acentuada na excelência técnica, viabilizando um rendimento que a retroalimete por meio de novos e contínuos avanços tecnológicos. E, de alguma maneira, o desenvolvimento teórico, em particular, nas ciências sociais, fica comprometido. Para o autor, na ciência moderna, há uma ruptura epistemológica com o senso comum e os conhecimentos alternativos e, conseqüentemente, o interesse científico parece distanciar-se das reais necessidades da população. Situação que se caracteriza como a imobilidade do olhar, em que as diversas abordagens se dão a partir de uma visão única, a da ciência, que, além de não reconhecer as práticas sociais, também desqualifica os agentes sociais. Um dos entrevistados ilustra como, às vezes, um estudo que procura caminhar de forma diferente do conhecimento científico vigente é visto com preconceito ou como “uma forma de ignorância” por parte do pesquisador:

[...] vou te dar um exemplo que essa formação [...] pensa muito em descobrir a célula, a resina, o ataque ácido [...] e a gente se esquece do contexto [...]. No SBPqO³, um rapaz apresentou um trabalho sobre ataque ácido em dentina com contaminação de saliva, sem contaminação de saliva e tal [...] pra ver se o clínico geral, lá no seu fim de mundo, poderia fazer seu isolamento relativo. E aí o professor nem consegue ouvir [...] acha que você tá querendo dizer com isso daí, [...] que você não sabe que a contaminação da saliva é importante [...] e já começa a desqualificar o estudo, sem mesmo considerar o objetivo dele [...]. Quando o indivíduo lá estudou a saliva [...] ele tá querendo dizer que a maior parte da população não tem condição de usar dique de borracha, usar resina de última geração, tem que usar um amálgama mesmo. Eu acho que a Odontologia tá aprofundando muito e quando ela aprofunda muito ela fica um pouco distante da realidade [...] (mestrando).

³ Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica.

Essa fala explícita que a ênfase na tecnologia, bem como na acentuada medicalização, na prática da assistência médica centralizada e altamente especializada pode estar reproduzindo o que se tem no âmbito dos espaços de produção do saber, extensão e ensino, demonstrando que qualquer tentativa de mudar o sistema atual de assistência à saúde poderia começar pela mudança no processo de ensino, e isso pressupõe desafios. O processo de ensino acaba por submeter-se às exigências da produção de tecnologia, ao defrontar-se com um pretensioso patrocínio e concessão

de verbas para projetos de pesquisa de orientação biológica, correspondendo, de certa forma, a interesses de grupos na “indústria” da saúde. Concomitantemente, as pesquisas ambientais, epidemiológicas e sociais, também úteis e eficientes na melhoria da saúde humana, têm pouco incentivo e um sofrível financiamento. Ao privilegiar determinada área de conhecimento, a universidade tem promovido uma fragmentação na forma de ensinar a fazer ciência.

[...] a gente vê que tem um movimento incipiente no sentido de fazer as pessoas que estão aqui lecionando terem não só uma noção do que é docência, o trabalho, o ensino, que guardadas as devidas diferenças pra cada área, é essencialmente a mesma coisa. Agora, a questão da articulação com a realidade ainda vai vir realmente. Primeiro porque eu acho que tem esse movimento da pessoa pensar que é um formador de opinião, não é só um adestrador [...]. A pessoa vira e fala: mas, pera aí, o que eu vou passar? Em que realidade essa pessoa vai se inserir? A gente vê, agora, uma busca na escola das pessoas de transformação, porque a gente vivia uma Odontologia de livro, que enquadra a doença direitinho [...] a gente caía em serviço e via [...], mas isso não tava no livro, meu Deus, e agora? A impressão é que o estágio supervisionado pretende estar cobrindo essa lacuna [...] isso é visar à saúde coletiva. [...] (mestrando).

Alguns entrevistados visualizam tentativas da universidade superar essa fragmentação, mas esse movimento ainda é restrito a poucos grupos. Sugerem, então, uma integração maior entre os diversos departamentos de modo que esse movimento adquira força para construir um panorama melhor, um ensino mais integrado, com uma melhor estrutura ética e pedagógica. E, advertem quanto à impossibilidade de um movimento unificado. Assim, limitações quanto ao reconhecimento do direito à saúde e à providência de cuidados fazem-se evidentes, devido ao não comprometimento com princípios fundamentais, como a equidade, a integralidade, a participação e a universalidade. Na perspectiva de um trabalho com essa abordagem, a instituição estudada, segundo alguns entrevistados, tem promovido mudanças sem comprometer o seu avanço em relação às tecnologias duras. A maioria associou essas transformações à implantação do estágio supervisionado. Isso demonstra o reconhecimento da importância do processo de ensino atuar fora dos limites do espaço da universidade.

A importância da articulação universidade/realidade social, ressaltada nessa última fala, é preeminente, sobretudo a partir da década de 70, pois, a partir de então, as intensas transformações no modo de viver dos homens – individual e coletivamente –, resultantes das mudanças socioeconômicas e políticas e associadas às rápidas inovações tecnológicas levaram à deterioração da qualidade de vida. Esses novos padrões tecnológicos têm proporcionado aos sujeitos a experimentação da dimensão espaço-tempo calcada na flexibilidade e em velocidades extraordinárias que desvalorizam o passado, pressionam o futuro e, conseqüentemente, não reconhecem as trajetórias de vida dos sujeitos e suas atuais formas de morar e trabalhar; sofrer e desejar, adoecer e cuidar, viver e morrer (Harvey, 1993).

Essas mudanças incitaram movimentos no campo da saúde que, no Brasil, de acordo com Paim e Almeida Filho (2000), foram ampliados na década de

70, com o movimento da Reforma Sanitária e do campo da Saúde Coletiva. O movimento da Reforma Sanitária caracterizou-se como um movimento de oposição e resistência ao autoritarismo instaurado no campo da saúde e pela exigência, por parte de seus intelectuais, de que fossem estruturadas e implantadas políticas públicas que visassem à melhoria das condições de vida e de saúde da população. Como um movimento de oposição, o mesmo demarcou o seu espaço de reivindicações e conquistas, sendo, então, importante avaliar as confluências de interesses nesse período determinado. Essa confluência de interesses pode ser exemplificada ao se avaliar o momento político do governo Geisel (1974/1979) que, talvez, como uma forma de ocultar a opressão política, apresentava certa permeabilidade a propostas inovadoras que visavam ao desenvolvimento econômico e à modernização, por meio de pesquisas na área social. Então, alguns setores desse governo perceberam a necessidade de estruturar as práticas e modelos de assistência médica articulados com uma expansão de cobertura.

A relação entre a origem do campo da Saúde Coletiva e o movimento da Reforma Sanitária advém do lugar que esse movimento abriu no sentido de interpretar, criticamente, os macroprocessos da modernização e os conseqüentes impactos sociais em relação à saúde. A partir desse movimento, o campo da Saúde Coletiva passou a reivindicar políticas públicas saudáveis, que poderiam contribuir com a efetividade e resolutividade do setor saúde. Para isso, foi necessário entender o processo saúde-doença como uma determinação social, na perspectiva do materialismo histórico e dialético (Canesqui, 1997).

A Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva caracterizam-se como movimentos decisórios para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a consolidação, em forma de leis, de questões que demarcam a saúde como direito de todo cidadão e como dever do Estado, pela Constituição de 1988, e a construção do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde sistematizou um renovado modelo para a saúde e elaborou um conceito ampliado de saúde: “a saúde está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”.

[...] eu acho que o governo tá rifando a saúde, e quem tem condição paga e quem não tem condição tem que ficar em fila de espera, né? [...] a gente nota que a grande maioria da população é realmente mal atendida [...] eu diria que os que necessitam da assistência médica prestada pelo governo [...] é extremamente falha [...] e a saúde coletiva não cumpre o seu papel que é dar um bom atendimento [...] e também ensinar a higiene bucal, por isso as doenças da boca são prevalentes [...] (docente).

Esse relato demonstra a concepção de grande parte dos entrevistados: apesar de serem profissionais do campo da saúde, não se posicionam como tais, centralizando a ação da Saúde Coletiva apenas em uma perspectiva de assistência ou, ainda, na prevenção de doenças. Direcionam para esse campo a difícil função de se comprometer apenas com ações preventivas localizadas, de forma a “evitar o inevitável” para a população excluída dos serviços de saúde e das condições básicas de vida.

[...] é função da saúde coletiva [...] ela tem que estar trabalhando com os pacientes [...] os fatores de risco das doenças bucais [...] motivando para que eles mudem... ééé... o estilo de vida [...] ensinando o que as pessoas devem ou não fazer [...] isso é a função deles. Só dessa forma é que ela vai abordar uma coisa que é tão importante como a promoção da saúde [...] (mestrando).

Essa fala parece reforçar a compreensão de que ações e programas preventivos, além de serem trabalhados em uma perspectiva puramente assistencialista, são exclusivos de quem se dedica a uma pós- formação no campo da Saúde Coletiva. Percepções que Laurell (1983) e Rouquayrol (1994) realçam como um desconhecimento, por parte de alguns profissionais, quanto ao fato de que, para se trabalhar na perspectiva de saúde, é necessário entender os determinantes culturais, políticos e sociais específicos dos diversos espaços geográficos. Essa necessidade se faz eminente diante da complexa e contraditória realidade econômica e social do País. No entanto, as autoras reafirmam que a compreensão do processo saúde-doença ainda se dá somente no âmbito biológico, excluindo, assim, o indivíduo doente do seu contexto histórico-social. Foucault (1999) e Canguilhem (2000) apontam que essa exclusão tem invalidado a experiência do paciente, a qual é evidente apenas para o indivíduo, somente ele pode se sentir sadio ou doente. Ao negar essa experiência, o profissional da saúde demonstra sustentar uma concepção de doença como um fato e não um valor, dificultando o entendimento de como o paciente vive a fronteira entre o normal e o patológico. Os autores alertam que o campo da saúde, antes de entender a doença como uma desordem desencadeada por uma importante alteração no corpo humano, deveria considerá-la também como um fenômeno da natureza, com suas regularidades e intermitências, prováveis semelhanças e tipos.

A realidade brasileira apresenta desafios de difícil transposição para as chamadas políticas públicas saudáveis, como: o desemprego, as desigualdades acentuadas, a exploração, a fome, a miséria, a violência e o trabalho infantil, o que caracteriza a falta de condições básicas de vida, gerando não só efeitos simbólicos, mas, também catastróficos na população marginalizada. A convivência com essa situação, às vezes, resulta apenas em questionamentos, sem ações que promovam alguma mudança, parecendo que convivemos com “um quadro de normalidade”. A reversão dessa situação é o estabelecimento de reflexões no campo da saúde acerca de sua prática e sobre a realidade com a qual tem se deparado; e, a adoção de concepções teóricas e metodológicas consistentes do campo da Saúde Coletiva.

[...] a saúde no Brasil reflete a organização social, econômica, política e cultural [...] há uma relação muito direta entre o modelo econômico que foi se consolidando com o quadro de saúde que a população apresenta [...] o perfil de morbi e mortalidade tanto quanto as outras questões, que vão desde a concepção que as pessoas têm do que é doença, do que é saúde, né? O acesso das pessoas ao serviço... absolutamente coerente com o modelo econômico, né? [...] quem tem mais tem acesso a tudo, quem tem mais ou menos tem acesso aos planos de saúde, consegue ir se livrando igual desenho animado né, na hora que o bicho vai pegando dá um pulinho para frente e tem uma massa cada vez maior de pessoas que

depende só do SUS [...] muitas vezes baseado na atenção primária. O acesso é universalizado, né, [...] mas isso não permite a complementaridade da atenção [...] assim não há integralidade. [...] (mestrando).

O caos da saúde no Brasil, descrito pela maioria dos entrevistados, demonstra um saber pontual sobre as condições de saúde e a ineficiência do plano assistencial, sem conseguir aprofundar-se em uma análise como a do entrevistado acima. Ele explicita, de forma veemente, o embate da questão saúde com o sistema político, econômico, cultural e social. A justificativa de uma análise pontual pode estar associada a uma afirmativa de Santos (2000) de que a ordem, ao contrário de transcender o caos, coexiste com ele, em uma relação expressa por certa tensão, mas sustentada pelo inseparável interesse imposto por um regime capitalista e neoliberal. O autor salienta que as sociedades refletem as imagens construídas por elas mesmas diante de um espelho, que reproduz as identificações dominantes em um dado momento histórico e assegura as rotinas que sustentam a vida em sociedade. Parece ser nessa direção que os entrevistados, raramente, configuraram a crise da saúde no Brasil, compreendendo-a como um reflexo da organização cultural, econômica, política e social do País, que apresenta um injusto e acentuado nível de desigualdade. Barros (1999) delinea essa situação de forma precisa, ao situar o Brasil como a 10ª posição no *ranking* da economia mundial, mas com um nível de vida considerado um dos mais baixos do mundo, em torno do 60º lugar.

Em raras entrevistas, como aquelas em que os indivíduos pertenciam à área de concentração em Saúde Coletiva, pôde-se perceber um avanço quanto à abrangência do conceito de saúde e do campo da Saúde Coletiva, que tem a saúde, segundo eles, como objetivo maior. Esses entrevistados entendem a Saúde Coletiva como um campo de produção de lutas por um processo democrático na área da saúde, de forma a ampliar o seu acesso, universalizando-o; respeitar os princípios da integralidade, equidade e, ainda, melhorar a resolutividade. Salientam que, para se avançar em direção ao paradigma da promoção da saúde e da qualidade de vida, é fundamental que esse espaço de lutas ultrapasse o campo da saúde.

Coloca-se, assim, um paradigma que proporciona a ampliação do conceito de saúde, ao referendar princípios como o da interdisciplinaridade e intersetorialidade, fundamentais para a sustentação do saber constitutivo do campo da Saúde Coletiva, relacionado a seu tripé interdisciplinar. A integração das disciplinas desse tripé é um desafio complexo, pois, na maioria das entrevistas, evidencia-se uma citação isolada de cada uma delas, entre as quais, a epidemiologia foi a mais citada, mas, prioritariamente, na sua abordagem quantitativa. No entanto, é apenas em uma perspectiva integradora que a Saúde Coletiva pode desenvolver um trabalho que respeite o que a realidade social lhe tem imposto.

[...] a Odontologia tem que estar trabalhando com os pacientes [...] os fatores de risco das doenças bucais [...] motivando para que eles mudem... ééé... o estilo de vida [...] só dessa forma é que se há promoção da saúde [...] (mestrando).

O paradigma da promoção da saúde, apesar de bastante citado nas entrevistas como sendo de grande importância, pareceu não ter suas bases teóricas consolidadas em uma grande parcela dos entrevistados. De fato, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado ao longo dos últimos 27 anos, apresentando-se como uma das estratégias mais promissoras para a abordagem do complexo campo da saúde, porém, o mesmo ainda não tem sido incorporado a ele adequadamente. Esse campo tem sido centrado apenas no princípio de estilo de vida saudável. Os fatores de risco que prejudicam a vida saudável são trabalhados enfaticamente pela epidemiologia, o que, de certa forma, tem excluído a responsabilidade social por parte das políticas públicas quanto aos determinantes da saúde. Ao mesmo tempo, tem-se reforçado ações pontuais e individualizadas, limitadas quanto à efetividade, por parte dos profissionais da saúde que, por desconhecimento, repassam essas ações ao paciente, posteriormente, culpabilizado pelo seu adoecimento. Assim, o conceito de risco tem sido entendido como fator diretamente ligado à esfera individual, denotando esquecimento de que a saúde não pode apenas ser fruto de um estilo de vida. Uma vez que ela é plasmada por condições materiais e simbólicas historicamente construídas, e não por opções pessoais. Nessa perspectiva, a fundamentabilidade do “viver melhor” deve-se constituir a partir de critérios éticos e da noção de direito, justiça e liberdade, equacionando as várias dimensões da vida social. Equação que viabiliza o acesso a bens fundamentais para um número cada vez maior de pessoas; por meio de realizações humanas como o gozar de boa saúde, ser bem-alimentado e alfabetizado, além de agregar, também, as escolhas de se levar determinado tipo de vida (Brant e Melo, 2001; Canesqui, 2001).

[...] duas alunas [...] que foram no estágio, no PSF numa cidade [...] perceberam, através das visitas domiciliares, que existiam outros problemas [...], quem que a gente vai priorizar? Porque tem gente aqui que, se a gente tenta trabalhar só no consultório, não vai resolver nada. Nós vamos ter que trabalhar [...] mudança de hábito, de concepção para gente estar conseguindo [...] ficaram atônitas diante da queda [...] igual caiu o muro de Berlim, caiu para elas a cartilha de prevenção, a cartilha de cuidados de intervenção, de escovação, de uso de flúor, de não sei o quê [...], caiu por terra na hora que elas chegaram numa casa que moravam 11 pessoas [...] num cômodo de 4 por 3 [...]. No relatório final, falamos assim: a universidade é [...] poder trabalhar o que esse internato nos colocou, pela via da Odontologia, diante de uma realidade que a Odontologia não dá conta de resolver. [...] (docente).

Essa fala evidencia a necessidade de avanços como o estágio supervisionado, posicionando o campo da Saúde Coletiva *locus* de produção de conhecimento enfaticamente trabalhado na graduação. A partir de construtos teóricos originados na pós-graduação, progressos como esses significam a possibilidade de transcendência das ações setoriais isoladas, é a promoção da saúde, por meio da intersectorialidade, viabilizando uma melhor compreensão do contexto social. É a Odontologia caminhando em direção a ações intersectoriais, no sentido de reconhecer a amplitude e importância do paradigma da promoção de saúde e da Saúde Coletiva. Esse processo, provavelmente, poderá ser a

forma de reverter a imagem dos departamentos de Odontologia Social e Preventiva (DOSP), permeada de preconceitos e desconhecimentos:

[...] tem uma fala que é a das entrelinhas. [...] é o cara que cuida do dente, do pobre [...] bem rançoso, bem irônico [...] o Dosp é aquele departamento que exerce um papel de estar trabalhando com aquilo que a escola não está a fim de trabalhar. [...] é visto ainda por muitos como o departamento de umas pessoas que não trabalham, que não usam branco, que não deram certo no consultório e tal [...] extremamente teórico [...] essa visão já começa a mudar em alguns pontos, sabe, principalmente porque houve um movimento do Dosp de estar é [...] a princípio acho que esse movimento foi meio assim... de querer quase não ser 'marginalha' [...] ele tem que existir mesmo para estar puxando algumas discussões das quais o departamento não escapa, sabe, não é de ser de juiz dos outros não, é ser juiz um pouquinho de si próprio [...] começar a pôr na roda um monte de coisa nova. O Dosp foi responsável por algumas mudanças dentro dessa escola [...] com muita resistência, principalmente na concepção de trabalho, superincipientes ainda (docente).

Mudanças que parecem refletir a urgência da universidade identificar o seu papel como instituição formadora de conhecimentos, na construção de uma prática odontológica coerente com as reais necessidades da população. Nessa perspectiva, Pordeus (1999) aponta a necessidade de revisão dos modelos de ensino nos cursos de pós-graduação, pois os mesmos têm determinado a geração do conhecimento científico e são os responsáveis pelo modelo adotado na graduação. Essa revisão deveria privilegiar os sujeitos do campo da Saúde Coletiva, de maneira que eles consigam ultrapassar os limites inerentes ao campo da saúde. A conquista de espaços no âmbito de toda a universidade viabilizaria o reconhecimento da importância de seus referenciais, substanciando a sua formação para práticas em saúde que visem à melhoria das condições de vida e à saúde da população brasileira. Cabe, então, à universidade:

[...] a formação de profissionais que pudessem estar refletindo suas práticas no serviço e transformando essas práticas [...] atuar lá no cotidiano [...] para mim, o perfil de um profissional, se ele for do ensino, tem que ser um profissional que trabalhe na intercessão da universidade com a sociedade, com os serviços [...]. E se ele for uma pessoa que está no serviço [...] seja um agente de transformação, [...] de processos de trabalho, de todos os processos que circundam a organização, o gerenciamento, os serviços, a relação com os usuários [...] ele tem que provocar a reflexão crítica da prática que está acontecendo (docente).

Diante das percepções quanto às dificuldades e possibilidades apresentadas no âmbito da pós-graduação em relação ao campo da Saúde Coletiva, torna-se necessário avaliar que as práticas dominantes em saúde foram construídas historicamente, considerando, aqui, uma concepção de Bourdieu (1987). Para o sociólogo francês, as práticas são "inteligíveis e coerentes" com a proposição do grupo no qual são construídas, no entanto, não podem ser consideradas, em uma perspectiva pragmática, como fruto de uma "intenção inteligente e de uma decisão deliberada" e, a partir daí, serem ajustadas ao futuro sem que sejam o produto de um planejamento.

Considerações finais

A trajetória de um processo de formação em saúde é permeada por desafios que constituem o seu “fazer”, ancorado pela crença de ter algum valor social. Os desafios são mais peculiares quando associados às especificidades de um espaço como a pós-graduação *stricto sensu*, pois a responsabilidade social da universidade parece ainda maior, quando se tem por missão a formação daqueles que, provavelmente, serão os responsáveis pelo processo de formação na graduação. Assim, faz-se necessário que o modelo de ensino na pós-graduação aproxime-se da realidade social vigente por uma abordagem mais abrangente dos múltiplos significados inerentes a um objeto privilegiado que é a “saúde”.

Trabalhar as imagens, percepções e idéias da Saúde Coletiva no âmbito institucional da pós-graduação constituiu uma forma de abrir espaços nos múltiplos “claustros” da academia, de modo que os diversos sujeitos sociais dos diferentes departamentos pudessem descrever as suas percepções, explicando, assim, a realidade de cada um perante o campo da Saúde Coletiva. Essas percepções relacionam-se a valores que são construídos pelos atores no bojo não apenas do mestrado da instituição pesquisada, mas também no interior de instituições sociais como família, escola e trabalho. A partir da palavra situada foi possível viabilizar o entendimento desses mundos institucionais e as suas relações com o campo da Saúde Coletiva.

De modo geral, no âmbito da pós-graduação, as imagens, percepções e idéias são complexas, diversas e expressam, claramente, uma formação ainda marcada pelo modelo biomédico. Elas vieram agregadas – além das influências da graduação e da área de concentração do mestrado em que os alunos ou docentes estão inseridos – ao conjunto de representações da família sobre a Odontologia.

Uma grande parte dos pós-graduandos entende a Saúde Coletiva como um campo responsável apenas pela melhoria da assistência, com ações preventivas localizadas e direcionadas aos excluídos dos serviços de saúde e das condições básicas de vida. Nessa perspectiva, sustentam-se discursos como o da qualidade de vida e da promoção da saúde, totalmente destituídos de uma metodologia eficaz, capaz de fazê-los avançar além do domínio das promessas demagógicas.

No espaço institucional estudado há uma desarticulação, com exceção da área de concentração em Saúde Coletiva, em relação ao tripé interdisciplinar (ciências sociais, epidemiologia e planejamento/gestão) que compõem o campo da Saúde Coletiva, principalmente no que concerne às ciências sociais. Essa situação provoca indagações consistentes quando se sabe das possibilidades e da importância de um diálogo comum da área biomédica com as ciências sociais.

A área de concentração em Saúde Coletiva é percebida como um campo em que se luta pela conquista de novos espaços para a Odontologia que viabilizem o reconhecimento de seu papel, a sua valorização e inserção social. Para isso, torna-se importante enfatizar a integração das diversas áreas no sentido, também, de compartilhar a responsabilidade pela Saúde Coletiva, tendo como perspectiva uma ética que vise a uma abordagem

mais abrangente. Essa maior abrangência é pensada apenas pelos entrevistados da área de concentração em Saúde Coletiva, que entendem o campo da Saúde Coletiva como aquele que se preocupa com a composição de lutas que atravessam o campo da saúde e interferem nela. Por isso se propõem a trabalhar todos os determinantes relativos à saúde.

Apenas uma pequena parcela dos entrevistados compartilha da concepção da saúde como resultado de um processo de produção social, adotando como significativa a condição de existência das pessoas no seu viver cotidiano, individual ou coletivo, pressupondo um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Essa noção é compartilhada. Assim, torna-se necessário que as instituições formadoras repensem a sua estrutura curricular, delimitando saberes e práticas que enfatizem as questões econômicas, políticas e sociais no seu processo de formação, de maneira a estabelecer categorias mais globais, visando à realidade como um todo.

Para transformar as práticas em saúde, o campo da Saúde Coletiva deve construir e demarcar a sua identidade nos vários espaços acadêmicos, priorizando o da pós-graduação de maneira a constituí-lo como um *locus* privilegiado para essa construção. Essa identidade viria facilitar o seu reconhecimento pelas diversas áreas da academia. Na instituição estudada, o estágio supervisionado é representado como uma conquista do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, que tem, por meio de várias ações, tentado construir e demarcar uma identidade, demonstrando que mudanças como essas proporcionariam uma melhor compreensão da determinação social do processo saúde-doença e uma melhor articulação da ação profissional com as atitudes, as crenças e os valores do sujeito.

A conclusão de um trabalho não pode se encerrar em seus resultados; deve, antes, abrir brechas para uma reflexão acerca do que se experimentou durante o seu desenvolvimento e a partir do conhecimento construído no percurso. Com base nesse conhecimento desenvolvido, pode-se entender que não é mais viável a formação de profissionais exclusivamente técnicos, porque esse tipo de formação não satisfaz à coletividade, mas apenas a alguns guetos. É urgente o desenvolvimento de novos conhecimentos, no espaço da pós-graduação, que viabilizem concepções e práticas sociais que considerem os pacientes como sujeitos sociais e que tenham como objetivo primeiro um “viver melhor”. Esse compromisso, a pós-graduação em Odontologia, superando suas fragmentações internas, deve assumir em benefício da população que historicamente a reconhece como uma prática científica e valoriza as suas ações.

Referências

BARROS, R. P. de et al. Distribuição da população mundial de acordo com o nível de pobreza. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 13 jun., 1999. Caderno Brasil, p. 15.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Trad. Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 1979. 191 p.

- BOURDIEU, P. *Economia das trocas simbólicas*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 361 p.
- BRANT, L. C.; MELO, M. B. Promoção da saúde e trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, v. 25, n. 57, p. 55-62, jan./abr. 2001.
- BUNGE, M. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Perspectiva, 2002. 405 p.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, v. 5, n. 2, p. 219-230. 2000.
- CANESQUI, A. M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, Ana M. (org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 19-35.
- _____. Os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências sociais e saúde*, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997. p. 11-28.
- _____. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 20-47. 2001.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 307 p.
- CAPRA, F. O Modelo Biomédico. In: _____. *O Ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982. cap. 5, p. 116-155.
- CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.104-21, jan./dez.1996.
- CASTIEL, L. D. *O buraco do avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994. 203 p.
- COSTA, D. C.; COSTA, N. R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite a leitura de John Snow. In: COSTA, D. C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990, p. 167-202.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. 241 p.
- _____. *As palavras e as coisas*. Trad. Selma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 541 p.
- FRIGOTTO, G. (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 1998. 230 p.
- GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990. p. 87-136.
- GOULART, F. A. A. Representações sociais, ação política e cidadania. *Cadernos de Saúde*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, v. 9, n. 4, p. 477-486, out./dez. 1993.
- _____. A saúde coletiva entre o super-homem e São Francisco de Assis. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, v. 5, n. 2. p. 231-233, jul./dez. 2000.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança social*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1993. 349 p.

HERZLICH, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Editions EHESC, 1984. 210 p.

_____.; PIERRET J. *Illness and self in society*. Baltimore: Ed. Johns Hopkins University Press, 1987. 272 p.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora, 1983. p. 133-158.

MASSOTE, F. No embalo da crise. *Caminhos*. Belo Horizonte: UFMG, n. 19/10, p. 101-121, maio, 2001.

MENDES, E. V. *A evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino e na pesquisa odontológicas*. Belo Horizonte: PUC-MG/ Finep, 1984. 124 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido – a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCCO, R. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 2, p. 71-112.

_____. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. Pós-graduação em saúde coletiva: Um projeto em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 53-71, jan./jun. 1997.

_____. O conceito de representação social dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). *Psicologia social: textos em representações sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. cap. 3, p. 89-111.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo: Cortez Editores, v. 3, n. 2, p. 5-21. 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, São Paulo: USP, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

_____. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125 p.

PAIXÃO, H. H. *A Odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do cirurgião-dentista*. 1979. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PORDEUS, I. A. Pós-graduação, pesquisa e saúde coletiva em Odontologia. *Jornal do CROMG*, Belo Horizonte, n. 104, p. 16, jun./ago. 1999.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: *Epidemiologia & Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 7-22.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. v. 1. São Paulo: Cortez, 2000. 415 p.

SAVIANI, D. Participação da universidade no desenvolvimento nacional: a universidade e a problemática da educação e cultura. In: SAVIANI, D. *Do senso comum à consciência filosófica*. São Paulo: Cortez, 1980. p. 69-84.