



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Danielle Mattos

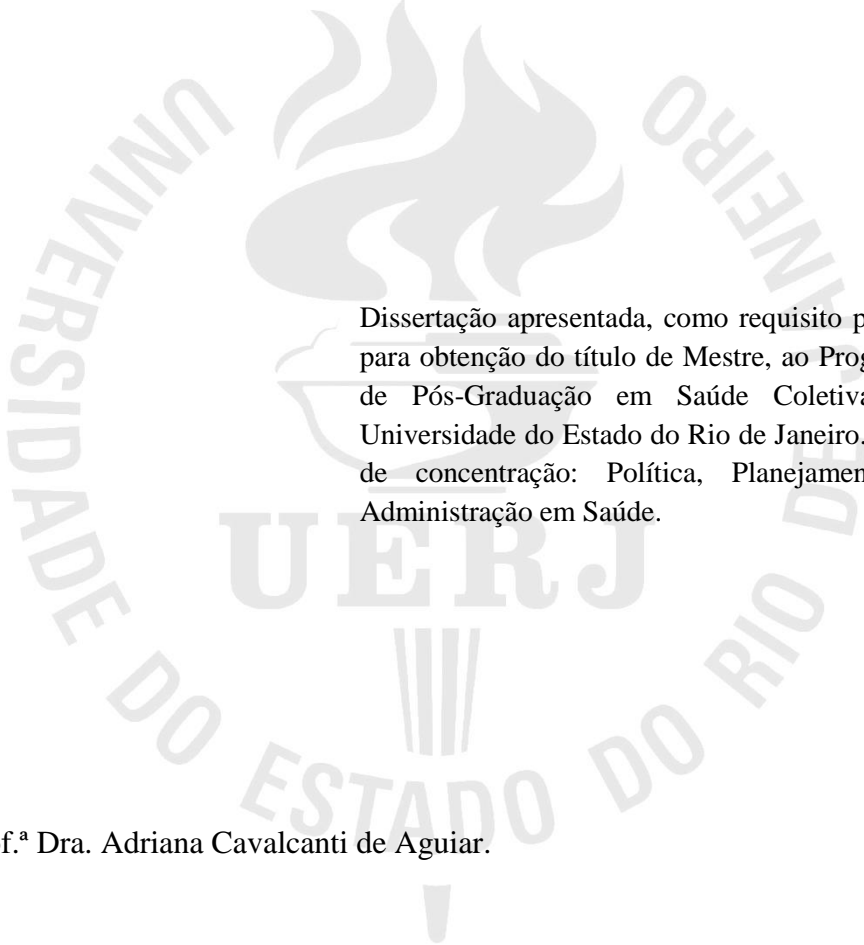
**As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise
das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe**

Rio de Janeiro

2006

Danielle Mattos

As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

M444 Mattos, Danielle.

As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe / Danielle Mattos. – 2006.

169 f.

Orientadora: Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Odontologia – Estudo e ensino – Teses. 2. Política de saúde – Teses. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Saocial. III. Título

CDU 616.14:378.1

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Danielle Mattos

As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2006.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Escola de Saúde e Biociências – PUC-PR

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

A todos que acreditam que a realização começa no sonho !

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida. E estando nela, pelos momentos ricos em experiências e em aprendizados. Sejam caminhos de pedras ou de flores, me trouxeram até aqui, e já não encontro palavras que possam expressar todo meu agradecimento...

Aos amigos “invisíveis”, que estando ao meu lado todo o tempo, me inspirando e me fortalecendo a prosseguir, fazem parte desta obra.

À minha família pelo suporte e compreensão. Pai, obrigada por me proporcionar os instrumentos de aprendizado e por me ensinar a olhar a vida. Mãe, minha amiga tão querida! Não sei como agradecer pelo incentivo, carinho e companheirismo, nesta e em todas as fases da minha vida. Aos meus amados irmãos Junior e Marcelo por alegrarem os meus dias e me amarem incondicionalmente.

“Tia Andréia” e “Tio Gastão”, sei o quanto vocês estão vibrando junto comigo nesta conquista, ela é nossa !!!

Minha “Tia-Amiga” Néa, por estar sempre presente e torcendo pelo meu melhor.

Ao querido Cláudio, por me apoiar durante meus momentos mais difíceis. Seu carinho e compreensão foram fundamentais.

À minha orientadora, Adriana Aguiar, que me mostrou novos horizontes do pensar, estando presente nos momentos de construção das ideias e das palavras. Seu suporte foi fundamental e essa construção uma parceria. Muito obrigada!

Ao querido Ruben Mattos que, mais que um mestre, se tornou um grande amigo. Obrigada pelo acolhimento desde o primeiro instante, pelo aprendizado nas inúmeras horas de conversas e trocas de ideias e pela sensibilidade em perceber os momentos difíceis e me oferecer seu ombro. A você toda minha admiração e respeito!

Àquelas que compartilharam comigo, nesses dois anos, de felicidades, descobertas, angústias, dúvidas, enfim, de um turbilhão de sentimentos que o curso nos trouxe. Passamos pelos mesmos momentos, rimos e horamos juntas e nos tornamos grandes amigas. E isso é o maior presente que poderíamos esperar! Obrigada minhas queridas Dani, Isabel, Monique e Tati!!!

Agradeço ao IMS, representando aqui todos os professores, funcionários e colegas de turma. O ingresso nesta instituição teve uma enorme importância na minha vida pessoal e profissional. Obrigada por me proporcionarem uma nova caminhada, ampliando minha forma de enxergar a vida.

A todos os meus amigos, que acompanharam todo esse processo. Que me apoiaram, compreenderam minha ausência e torceram, mesmo de longe, pelo meu sucesso. Um abraço especial para Renata, Rafael, Celso e Rosângela!

A todos que aceitaram compor a banca de defesa, se dispondo a ler, ouvir e debater, somando ideias e pontos de vista. Um especial agradecimento ao professor Samuel Moysés pelas contribuições iniciais e pelo estímulo a seguir em frente.

À Mercedes Schumacher Viero e João Eduardo Cruz Martins da ANS que prontamente se dispuseram a apoiar e compreender minhas demandas de mestranda.

À querida Vera Queiroz que, apesar do breve tempo de trabalho juntas, se mostrou extremamente solidária e generosa, proporcionando todo o suporte necessário para que eu pudesse concluir este trabalho.

A todos os amigos da ANS oela força e torcida. Flávia, muito obrigada pelo S.O.S. de última hora!!

Obrigada a todos!!!

Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é o patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens. Não posso, por isso mesmo burocratizar meu compromisso de profissional, servindo, numa inversão dolorosa de valores, mais aos meios que ao fim do homem. Não posso me deixar seduzir pelas tentações míticas, entre elas a da minha escravidão às técnicas, que sendo elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras.

Não devo julgar-me, como profissional, “habitante” de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos “ignorantes e incapazes”. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os “perdidos”, que estão fora. Se procedo assim, não me comprometo como homem. Simplesmente me alieno.

Paulo Freire, 1979 – Educação e Mudança

Quem sabe, pode muito; quem ama, pode mais.

Chico Xavier

RESUMO

MATTOS, Danielle. *As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe*. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

Os debates sobre formação profissional em saúde ampliaram seu espaço na agenda de discussões políticas brasileiras. As Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos na Área de Saúde, homologadas pelo Ministério da Educação em 2001, orientam mudanças em graduação dos profissionais, coerentes com a necessidade indicada pelo Ministério da Saúde de incentivar mudanças na formação em saúde com ênfase na integralidade da atenção. Este trabalho investigou as propostas das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de odontologia (DCNO), tendo como eixo de análise o princípio da Integralidade em saúde e o trabalho em equipe. A partir do referencial teórico da construção da Integralidade em saúde, foi analisada a percepção de seus elementos no discurso de gestores acadêmicos, professores e alunos de um curso de odontologia e no documento das DCNO. A análise do documento das DCNO demonstrou uma reduzida sistematização das ideias e conceitos associados à integralidade em saúde, reforçando a ênfase nas práticas do Cirurgião-Dentista ao âmbito da Saúde Bucal. A análise das entrevistas revelou certo grau de apropriação, pelos autores estudados, de discursos que ampliam o universo da odontologia, porém referem-se a práticas profissionais e de ensino-aprendizagem ainda bastante calcadas no conhecimento clínico-cirúrgico aplicável ao indivíduo. Existe uma associação entre integralidade em saúde, perfil generalista e trabalho em equipe à integração das especialidades odontológicas, viabilizadas pela integração das clínicas. Nota-se uma tendência à mudança de valores, inclusive nos depoimentos de estudantes, que demonstram interesse nas práticas no setor público, reforçando a necessidade de ampliação da odontologia na arena de discussões sobre a formação em saúde, de modo a aproximar conteúdos e práticas de saúde coletiva com aquelas do campo clínico-cirúrgico sob novas perspectivas e aproximar a teoria da área específica de atuação, avançando na construção do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Integralidade. Trabalho em equipe. Diretrizes Curriculares Nacionais. Odontologia. Ensino de odontologia. Política e saúde.

ABSTRACT

MATTOS, Danielle. *National Curriculum Guidelines and integrality in health care: analyzing possible contributions of dentistry for teamwork*. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

The debates on professional formation in health today occupy a great space in the Brazilian agenda of politics quarrels. In this aspect, the National Curriculum Guidelines for the Courses of the Health Area, homologated for the Ministry of the Education in 2001, guide changes in the graduation of the health professionals, in accordance to the needs indicated by the Health Department to stimulate changes in the formation in health with emphasis in the integrality of the attention. This work investigated the proposals of the National Curriculum Guidelines for Dental Education (DCNO), having as analytical vase the principle of the Integrality in health and teamwork . From the theoretical referential of the constructions of Integrality in health, the perception of its elements in the speech of academic managers, professors and pupils of dental course was analyzed, and in the document of the DCNO. The analysis of the DCNO document demonstrated reduced organization in ideas as well as concepts concerning health integrality, highlighting the emphasis on the dentists practice regarding oral health. The analyses of the interviews revealed a certain degree of appropriation, by the studied actors, of the speeches that enhance the universe of odontology, nevertheless referring to professional practices as well as teaching-learning process still deeply attached to clinical-surgical knowledge applied to the individual. Moreover, there is a strong association between Integrality in health, general profile and teamwork to the integration of the dental specialties, made possible by the integration of clinics. A tendency of change in values is observed, even in the students' speeches, showing interest in public practices, strengthening the need of increase in Odontology in the arena of quarrels on health graduation, in such a way as to attach public health theory and practice with those of the clinical-surgical field under new perspective and to approach theory to its specific practice, advancing in the construction of teamwork.

Keywords: Integrality. Workteam. National Curriculum Guidelines. Dental education. Odontology. Health politics.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Câmara de Educação Superior
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNAS	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Área da Saúde
DCNO	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SEGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SESu	Secretaria de Educação superior
SUS	Sistema Único de Saúde

THD Técnico em Higiene Dental

UBS Unidade Básica da Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	INTRODUÇÃO	16
3	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	20
3.1	A integralidade em saúde e a modulação da formação profissional em saúde	20
3.2	Os reflexos do Modelo biomédico na estruturação das práticas em Odontologia	26
3.3	As peculiaridades da Odontologia na discussão sobre a Integralidade	32
4	HISTÓRICO	42
4.1	O ensino odontológico no Brasil – do colonialismo à LDB/96	42
4.2	Os caminhos da educação superior brasileira e seus reflexos na formação em Odontologia	45
4.3	O processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Odontologia (DCNO)	51
4.4	As iniciativas do Ministério da Saúde para mudar o modelo de formação	54
4.4.1	<u>Polos de Educação Permanente</u>	56
4.4.2	<u>A diversificação dos cenários de aprendizagem</u>	58
5	METODOLOGIA	63
5.1	Objetivos	63
5.2	Critérios de seleção de campo de estudo	63
5.3	Critério de seleção dos entrevistados	64
5.4	Características do curso	65
5.5	Caracterização do Grupo 1 – coordenadores	69
5.6	Caracterização do Grupo 2 – professores	69
5.7	Caracterização do Grupo 3 – alunos	69
5.8	Tipo de instrumento utilizado no levantamento de dados primários	69
5.9	Pressupostos metodológicos	70

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
6.1	Limites e possibilidade da contribuição do texto das DCNO para a construção da integralidade em saúde	72
6.2	A experiência do Curso de Odontologia na adequação às DCNO	80
6.2.1	<u>Resultados das entrevistas com coordenadores Grupo 1</u>	80
6.2.1.1	Significado das DCNO para formação do CD e as dificuldades de implementação do documento	80
6.2.1.2	Formação para o SUS e os novos cenários de ensino-aprendizagem	82
6.2.1.3	Integralidade em saúde e o trabalho em equipe	89
6.2.1.4	Iniciativa do curso para melhor adequar-se às DCNO	95
6.2.1.5	A clínica odontológica integrada e a formação do generalista	101
6.2.2	<u>Resultados das entrevistas com professores – Grupo 2</u>	104
6.2.2.1	Principais aspectos e dificuldade na implementação das DCNO no curso	104
6.2.2.2	Formação para o SUS	106
6.2.2.3	Atenção integral à saúde e trabalho em equipe	107
6.2.2.4	Iniciativas do curso para melhor adequação do projeto pedagógico às DCNO	113
6.2.2.5	A clínica odontológica integrada e a formação do generalista	117
6.2.3	<u>Resultados das entrevistas com alunos – Grupo 3</u>	120
6.2.3.1	O mercado de trabalho: SUS X consultório particular	120
6.2.3.2	A saúde como direito	122
6.2.3.3	Atenção integral à saúde e trabalho em equipe	123
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	141
	ANEXO A – Diretrizes Curriculares em Odontologia	150
	ANEXO B – Relatórios da ABENO	155
	ANEXO C – Roteiro de entrevista – coordenadores	163

ANEXO D – Roteiro de entrevista – professores	165
ANEXO E – Roteiro de entrevista – alunos	167
ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	169

1 - APRESENTAÇÃO

O caminho para a chegada ao tema desta pesquisa se confunde com a minha própria trajetória profissional. Durante o curso de graduação eram constantes os meus questionamentos quanto à qualidade do ensino oferecido nos cursos de Odontologia. A participação no Projeto Universidade Solidária¹ trouxe-me a possibilidade de ver a prática do Dentista fora do consultório odontológico, além das possibilidades de atuação que orientavam meu próprio curso. Novas perspectivas foram abertas posteriormente no curso de pós-graduação em Saúde da Família e em participações docentes na área de Saúde Coletiva onde as inquietações foram se sedimentando e ganhando ferramentas de críticas mais estruturadas. O ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva fez com que essas críticas ganhassem corpo e instrumentalizou ainda mais o processo de produção intelectual, despertando a vontade de investigação e fortalecendo a concepção da importância dos estudos sobre a formação profissional dentro do cenário de saúde atual. O contato com os estudos envolvendo a integralidade em saúde apontou um novo sentido as minhas inquietações, conectando as questões que cercam os desafios da formação em saúde às atuais perspectivas de configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme exponho a seguir.

¹ Associação Civil criada em 1995, que mobiliza universitários, setores da sociedade civil e do Estado para o trabalho comunitário em todo o País, somando-se às atividades de extensão das universidades.

2 - INTRODUÇÃO

Os debates em torno da formação do profissional de saúde ocupam hoje um grande espaço dentro da agenda de discussões da política de saúde brasileira. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que se configurou num marco histórico da Reforma Sanitária, foram tratadas, além de questões organizativas e de atribuições ao sistema de saúde como a universalização, a equidade e a democratização (que originaram o sistema atualmente vigente, o SUS), as questões relativas aos trabalhadores em saúde. Dessa forma, a Conferência apontava para a urgência na adequação da formação profissional voltada para as necessidades colocadas pela realidade social.

Seguindo esse processo, ficou estabelecido pela constituição de 1988 como atribuição do SUS a competência de ordenar a formação dos Recursos Humanos (RH) em saúde. Em 2000 por ocasião da 11ª CNS foram fixados princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH para o SUS (NOB-RH/SUS), cuja aplicação como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde ganharia estatuto de política pública para o desenvolvimento e formação no âmbito do SUS. Em 2003 é criada a secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde (SGETES) como principal instrumento do Governo Federal para consecução da NOB-RH/SUS, no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, foram instituídos os Pólos de Educação Permanente, cujo papel é o de aproximação do sistema de saúde com as instituições formadoras, configurando uma nova instância do SUS.

Atualmente existe uma tentativa de articulação entre os setores federais da saúde e da educação, numa filosofia de que as instituições formadoras se tornem parceiras do SUS. Nesse aspecto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde (DCNAS), aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e homologadas pelo Ministério da Educação (MEC) a partir de 2001, orientam mudanças na graduação dos

profissionais de saúde, coerentes com a necessidade indicada pelo Ministério da Saúde de incentivar mudanças na formação em saúde com ênfase na integralidade da atenção.

Nesse contexto emerge o objeto desta pesquisa. Ao considerarmos que “a mudança nas práticas e a mudança na formação são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde” (Ceccim e Ferla, 2003, p.223), amplia-se a importância da discussão sobre o novo modelo de atenção à saúde e da formação dos RH. E, como recorte metodológico enfatizarei a formação em Odontologia.

A Odontologia trabalha na sua maior parte com uma doença transmissível e de altíssima prevalência, a cárie dentária. No entanto, apesar do peso atribuído aos seus aspectos biológicos, outros fatores têm importante influência no seu estabelecimento e progressão. A constituição genética, os hábitos de higiene e alimentação e a própria inserção social condicionam o aparecimento da doença, tornando as seqüelas do seu processo (as cavidades dentárias e focos infecciosos) um importante indicador de desequilíbrio individual e coletivo.

O modelo de atenção construído historicamente pela Odontologia privilegiou o reparo dos danos já estabelecidos pelas doenças bucais, em especial, a cárie e a doença periodontal, pouco trabalhando iniciativas de prevenção e promoção de saúde. Pelo enfoque dado ao aspecto biológico, priorizou a oferta de serviços restauradores das cavidades deixadas pela cárie ou da extração dos elementos mais comprometidos pela própria lesão de cárie ou doença periodontal, assumindo um caráter mutilador e invasivo. Com isso, secundarizou os fatores sociais, econômicos e culturais que também são determinantes da etiopatogenia dessas doenças.

Além disso, a oferta de serviços odontológicos se estruturou em grande parte na forma de serviços privados de saúde, contemplando a parcela da população capaz de pagá-los. O serviço público, responsável pela atenção da grande maioria da população, pouco oferece em termos de atenção odontológica marginalizando a população mais pobre do acesso aos

cuidados, de forma que se estabeleceu ao longo do tempo uma forte relação entre poder aquisitivo e acesso à Saúde Bucal.

Os reflexos desse modelo podem ser observados nos mais recentes dados epidemiológicos relativos às condições de saúde bucal da população brasileira. Realizado pelo Ministério da Saúde e concluído em 2004, o projeto SB-Brasil 2003 envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, além de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Este projeto contou com aproximadamente 2000 mil profissionais (Cirurgiões-Dentistas, auxiliares e agentes de saúde entre outros) em 250 municípios envolvidos na realização do estudo. A amostra foi constituída de 108.921 pessoas distribuídas nas cinco macrorregiões do país, da faixa etária dos 18 meses aos 74 anos. Foram utilizados para esse levantamento parâmetros de indicação de cárie dentária, doença periodontal, necessidade do uso de prótese e acesso aos serviços de Odontologia. Como resultado pode-se destacar alguns percentuais bastante desanimadores. Das 26.641 crianças na faixa etária de cinco anos de idade, 60 % apresentam pelo menos um dente com cárie. Dentre os adultos 28 % apresentam ausência total de elementos dentários em pelo menos uma das arcadas e de cada quatro idosos, três não possuem nenhum dente. Soma-se a isso os resultados obtidos pelo IBGE que demonstram que 30 milhões de brasileiros nunca foram ao Dentista (Brasil, 2004-a).

No entanto, tais resultados não são o retrato da população como um todo, mas das camadas mais desprivilegiadas que se mantiveram à margem do sistema de atenção em saúde e carentes de serviços e políticas de saúde bucal mais equânimes. Isso demonstra o peso do caráter social que as doenças bucais apresentam, reforçando a pouca importância atribuída a esse aspecto da saúde da população e a ausência de comprometimento da categoria odontológica.

Essas falhas no modelo de atenção em Odontologia que, aos poucos foi historicamente construído poderiam ser minimizadas através de intervenções no processo de profissionalização, que tem como berço a formação odontológica. Acreditando que esta deveria ter como função formar profissionais para atender às necessidades de saúde da população, observo, no entanto, que o profissional de Odontologia forma-se sem o sentido de seu dever social, de sua importância como agente de promoção de qualidade de vida da população.

Muitos são os caminhos para que se travem diálogos com o campo da formação em saúde e com seus possíveis reflexos nas práticas propriamente ditas. E, apesar dos avanços no debate sobre currículo em Odontologia, mediadas principalmente pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), muitos são ainda os entraves para a formação com um perfil voltado para os problemas enfrentados pelo país.

Neste trabalho, revejo o estado da arte do ensino em Odontologia através da análise das propostas das novas Diretrizes Curriculares de Odontologia (DCNO – Anexo 1), tendo como eixo de análise o princípio constitucional da Integralidade em saúde e como essa se expressa dentro das Diretrizes, nas percepções de atores do aparelho formador, e nas propostas para sua implantação. A integralidade, nesse sentido representa a forma como as práticas e os serviços devem ser estruturados, pautando-se pelo trabalho no cuidado individual contextualizado que considere as características biológicas, sociais e psicológicas do indivíduo como instrumentos de compreensão e formulação de práticas em saúde. Pretendo, assim, aprofundar a discussão e contribuir para a melhoria na formação do Cirurgião-Dentista.

3 - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS:

3.1) A Integralidade em saúde e a modulação da formação profissional em saúde:

O uso do termo integralidade partiu do movimento sanitário dos anos 80 sendo incorporado com um princípio constitucional - “atendimento integral” (Brasil, 1988), num processo de lutas políticas articuladas onde se utilizavam termos para descrever certos valores defendidos. Sua concepção se traduz num movimento societário permeado por idéias de solidariedade e justiça, extrapolando a condição de simples diretriz para se revelar uma verdadeira “bandeira de luta”. A revisão do modelo assistencial no momento atual, que é uma das premissas da Reforma Sanitária, aponta para a integralidade como conceito-chave, especialmente, na sua interface com as discussões sobre RH e organização de redes.

A eleição do princípio da integralidade como eixo orientador da análise das organizações da Odontologia para a formação em saúde emerge da observação do próprio movimento de reforma educacional que propõe uma aproximação com o SUS. A escolha de um dos seus princípios surge da percepção de que qualquer discussão sobre RH em saúde precisa incorporar além de dimensões como as relações de trabalho, as configurações do mercado e as políticas do setor, aspectos que levem em consideração a intersubjetividade das relações que o campo da saúde oferece e o caráter individual de cada cidadão como usuário do sistema e componente de uma rede social.

O vigoroso processo de debate, que se observa hoje, sobre a integralidade como eixo orientador das políticas de formação de RH em Saúde parece ter influenciado a homologação das DCN para os Cursos da Área da Saúde, as políticas do Ministério da Saúde como o AprenderSUS e a Política de Educação Permanente e, mais recentemente, a criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS)².

² Organizado a partir do Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações em Saúde realizado em julho de 2004, como espaço de representação e participação das diversas entidades de ensino em saúde (Associações de ensino, ABRASCO, Rede UNIDA) através de uma compreensão conjunta e articulada sobre os processos de formação e educação permanente para a área de saúde. Ele propõe a realização de oficinas para “construir

Nesse sentido, para organizar a abordagem da Integralidade utilizada neste trabalho estou me apropriando dos sentidos que Mattos (2001) atribui, a partir da observação do “Movimento Sanitário”, como apresentando as seguintes dimensões: dos **atributos profissionais**, da **prestação de serviços** e das **políticas públicas**. Tais dimensões são sistematizações cujas conexões potencialmente influenciam no funcionamento do sistema de saúde e que são colocadas como “um convite para que o leitor se engaje, com sua crítica, no processo de construção coletiva de uma reflexão a respeito dos potenciais e limites da noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas”(Mattos, 2001, p.44).

Ao iniciar a análise da primeira dimensão, o autor relaciona o que seria a integralidade do ponto de vista dos atributos profissionais. Inicia-se nas discussões sobre o movimento da medicina integral que com a idéia de mudança do arranjo curricular, de base flexneriana, buscou transformar as escolas médicas em produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, configurando a prática médica de forma mais integral. Dessa forma, a integralidade poderia ser entendida como um valor que se expressa na maneira como os profissionais respondem aos seus pacientes.

É certo que a legitimidade da medicina se encontra na capacidade de responder ao sofrimento humano (Mattos, 2001), e deveria incluir iniciativas de promoção da saúde e prevenção dos agravos, mas como afirma o autor: “A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele

paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade”.

Porém, Mattos propõe evitar a potencial medicalização, baseada na utilização em excesso de tecnologias de diagnóstico precoce e/ou incentivo e normatização de comportamentos. Busca diferenciar o uso de intervenções preventivas que simplesmente expandem o consumo de bens e serviços, afeitas a dispositivos de sustentação da ordem social, daqueles de uso prudente e realizados na perspectiva de assegurar o direito à saúde.

Assim, buscar a integralidade seria usar prudentemente, dentro da prática da biomedicina, os conhecimentos sobre doença, mas demonstrando uma visão mais abrangente das necessidades dos sujeitos aos quais irá tratar. Essa dimensão da integralidade aparece associada com a competência de comunicação e interpretação:

“A abertura dos médicos para outras necessidades (...) como a simples necessidade de conversa – também ilustra a integralidade. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade” (Mattos, 2001, p.50)

Apesar de concebidos originalmente pela medicina preventiva, esses sentidos podem ser abraçados pelo conjunto de profissionais dos serviços de saúde. Mesmo quando ligado à aplicação do conhecimento biomédico, não se trata de um atributo exclusivo dos médicos, mas extensível à atuação do conjunto de profissionais de saúde (Mattos, 2001). Em muitas situações a integralidade só se realizará quando houver a redefinição da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, o que agrega à discussão a segunda dimensão abordada pelo autor que trata da prestação de serviços.

A análise desses aspectos leva a questionamentos de como são realizadas as práticas de saúde e de que maneira os profissionais naturalizam aquelas a que estão habituados. Recusando o reducionismo e a objetivação dos sujeitos e gerando uma abertura ao diálogo, a

proposta da Integralidade em saúde amplia os horizontes do agir e do pensar no cotidiano de trabalho não só no atendimento em saúde.

Discutir integralidade relacionando-a com os atributos profissionais e com a prestação de serviços em saúde remete ao campo das discussões sobre competência. Segundo Ramos (2001), competência seria a forma como as capacidades reais se materializariam sendo, portanto, uma expressão da qualificação real. A autora, a partir do trabalho de Gillet conceitua competência como “um saber interiorizado, de aprendizagens orientadas para uma classe de situações escolares ou profissionais que permite ao indivíduo enfrentar situações e acontecimentos com iniciativa e responsabilidade, guiado por uma inteligência prática sobre os eventos e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas capacidades” (Ramos, 2001, p.50).

A competência é entendida como um processo em construção, posto que, o potencial para o uso em contextos diversos, supõe múltiplas recontextualizações e descontextualizações. Para isso, é preciso entender o conceito de competência não só a partir do contexto sócio-técnico, que permite ressignificar conhecimentos, mas também a partir das relações sócio-históricas visto que estas determinariam a construção da subjetividade dos indivíduos. Dessa forma, ela alcança resultados e resolve problemas ao mesclar neles os conhecimentos gerais, os conhecimentos profissionais e a experiência no trabalho (Ramos, 2001).

A rediscussão do papel do profissional de saúde dentro do sistema inclui a análise de como os reflexos da sua experiência, quer seja adquirida na formação, quer provenha de sua trajetória de vida, podem agregar valor ao processo de atenção à saúde. Nesse sentido, Mattos analisa os caminhos percorridos pelo SUS identificando pontos onde o mesmo avançou na oferta de serviços que incorporam a integralidade como idéia-força. E, a partir daí, aponta

algumas premissas que corresponderiam ao princípio da integralidade na dimensão que aborda a análise da prestação de serviços:

- Crítica à dissociação histórica entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais;
- Concepção de programação de serviços de forma horizontalizada, organizando o trabalho no serviço a partir das demandas epidemiologicamente apreendidas.
- Organização do processo de trabalho, de forma a apreender de maneira ampliada às necessidades da população assistida e não somente às doenças dessa população.
- Organização dos serviços de forma aberta à assimilação de novas necessidades não contempladas na organização anteriormente dada, emergindo como um princípio de organização continuada do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Dessa forma, “quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades” (Mattos, 2001, p.62).

É necessário ainda, que se travem discussões sobre os sentidos da integralidade dentro da atuação profissional de cada membro da equipe, mas é preciso que essas discussões de alguma forma possam ser intercambiadas entre os diversos atores do trabalho em saúde. Para isso é necessário organizar instituições que favoreçam esse intercâmbio, o que extrapola a organização da prestação de serviços e inclui a formulação e implementação de políticas públicas de saúde. E dentro desse enfoque caminhamos para o terceiro sentido atribuído por Mattos à integralidade, sistematizada do ponto de vista das políticas públicas.

De acordo com o autor, os atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde pautadas pela integralidade, expressam a recusa de objetivar e recortar os sujeitos e ampliam os horizontes dos problemas a serem tratados, buscando uma visão ampliada dos sujeitos nos quais se quer direcionar a política. Caberia aos governos responderem aos

problemas de saúde, através de ações que incorporassem tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais, entendidas como partes indissociáveis de um mesmo projeto de cuidado em saúde.

Para se construir um modelo de atenção de maneira integral, é de extrema importância que se avalie a dimensão política da saúde, uma vez que seus reflexos se darão concomitantemente às demais dimensões de análise. De fato, os três sentidos da integralidade se interpenetram e se consubstanciam mutuamente na possibilidade de configuração de um sistema de saúde, quer no nível das relações, da oferta de serviços ou da estruturação destes.

Esses são os sentidos da integralidade pelo qual irei nortear as discussões envolvendo a análise das Diretrizes Curriculares em Odontologia. Embora não sejam os únicos possíveis sentidos, emergem de um princípio básico do direito, o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. A partir desse direito, o princípio da integralidade pode orientar na busca de respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde.

Apesar dessas três dimensões apontadas estarem ligadas aos aspectos da formação profissional do Cirurgião-Dentista, será dada uma maior ênfase às duas primeiras dimensões buscando a materialização da discussão sobre integralidade dentro da proposta de trabalho em equipe (prática do trabalho). O balizamento pelo trabalho em equipe emerge da necessidade de se enraizar as práticas da Odontologia nos fundamentos da integralidade além das discussões abstratas, ampliando a atuação do Cirurgião-Dentista fora do seu isolamento no consultório odontológico.

Além disso, essas dimensões impactam as práticas do Cirurgião-Dentista em função dos cenários que pautaram o desenvolvimento da Odontologia e que até hoje carecem de integração com as demais profissões. Com as mudanças que vem passando o sistema de saúde no país, a lógica se inverte e exige da Odontologia uma revisão da sua posição e interlocução

continuação ao Relatório Flexner, foi elaborado na Odontologia em 1926, o Relatório Gies, dado que as escolas de Odontologia dos anos 20 sofriam de problemas parecidos com os das escolas médicas. Realizado em 1926 pelo Dr. Willian Gies, professor de bioquímica interessado na pesquisa odontológica, foram visitadas e analisadas as escolas de Odontologia dos Estados Unidos e do Canadá e conseqüentemente aos dados levantados, foi proposto mais rigor no ensino e instrução médica e científica no saber odontológico geral aos estudantes de Odontologia por pelo menos dois anos de formação de nível universitário (Dougherty, 2003).

Nesse sentido, a noção de transição paradigmática é utilizada por Chaves (2000) apud Lampert (2002) para o caso da educação médica, para caracterizar a tentativa atual de superação do “paradigma” flexneriano, que se caracteriza por: (a) predominância de aulas expositivas, com enfoque na doença e no conhecimento disciplinar; (b) pelo processo de ensino-aprendizagem centrado no professor; (c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; (d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e, (e) pela prática profissional centrada na medicina liberal e no consultório particular. Esse modelo tem fomentado as especializações precoces, ainda durante a graduação, o que dificulta a formação geral dos futuros profissionais. (Lampert, 2002; Botazzo e Freitas, 1998)

A formulação de um novo modelo para se contrapor ao acima descrito começa a ser elaborada desde a década de 60, com o advento da proposta da medicina preventiva e tem como marcos a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Conferência de Otawa (1986). A partir daí, ampliou-se o entendimento da saúde como qualidade de vida e identificou-se como determinantes da saúde também o estilo de vida e o meio ambiente em que se inserem indivíduos e comunidades. No Brasil, dois marcos históricos foram fundamentais para o fortalecimento do processo de construção da saúde nessa nova lógica: a VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição de 1988.

O novo modelo educacional proposto se coloca em contraposição ao paradigma flexneriano, orientando-se na construção do “paradigma da integralidade”, que segundo Campos *et al.* (2001), teria como imagem-objetivo uma formação mais contextualizada, que associa dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população.

“O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando ao equilíbrio entre *excelência técnica* e *relevância social* (...) na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento” (Feuerwerker e Sena, 1999).

A Odontologia também está embasada no Modelo Biomédico e absorveu o paradigma educacional em saúde baseado nos relatórios Flexner e Gies. Os cursos enfatizam a atenção individual e a doença, através de práticas curativas de natureza biológica, a ênfase na especialização e a tecnificação do ato odontológico e pouca atenção a ações de promoção e prevenção. A separação entre ensino, prestação de serviços e pesquisa, entre ciclo básico e ciclo clínico; e a ênfase na doença ou lesão operacionaliza-se em disciplinas especializadas, voltadas para incorporação de tecnologias sofisticadas em serviços montados nas escolas, desconsiderando os ambientes externos. E assim como nas demais áreas da saúde, trabalha com a premissa de que é no laboratório e na ênfase na pesquisa biológica que o conhecimento sobre os problemas de saúde é produzido (Marsiglia, 1998).

É possível que este modelo tradicional de ensino da Odontologia se perpetuasse, não fossem as mudanças que ora se verificam no mercado de trabalho. Seria a manutenção da configuração da prática profissional restrita ao consultório, ambiente que permite um expressivo controle das variáveis, sendo parecido com aquele legitimado pelo Modelo Biomédico. Esse ambiente teoricamente controlado concretiza-se numa grande bancada, como num laboratório e a boca do paciente seria como um dos componentes das ações realizadas, visando uma atuação “perfeita e asséptica” como num experimento. Isto dificulta

que a profissão tendo emergido de uma base empírica e quase sem possibilidade de estabelecer controles, arrisque seu *status* de cientificidade arduamente conquistado através da pesquisa biomédica e da prática restrita ao consultório.

Não se trata de julgar a competência técnica, pois evidentemente a boa prática odontológica demanda um sólido conhecimento biomédico. O antagonismo à mudança não se resume às premissas da biomedicina, em acréscimo encontra-se na restrição da profissão à cavidade bucal, porque é desta forma que os sujeitos, o que cuida e o que é cuidado, descaracterizam-se. Por isso, é compreensível o estranhamento que as políticas de saúde e de educação trazem para a área, mas ao mesmo tempo esse movimento induz a uma reflexão sobre as bases estruturais das práticas profissionais.

Neste trabalho coloco ao leitor um convite para apropriar-se da reflexão a respeito do papel da Odontologia no cuidado em saúde, a começar pelas discussões sobre a integralidade em saúde e as DC, chamando a atenção para as importantes oportunidades que isso traz na revisão do papel do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde. As reflexões sobre o cuidado em Odontologia serão formuladas a partir de algumas discussões como a de Ceccilio e Mehry (2003) sobre o conceito de “*linha de cuidado*”, a partir do qual os autores constroem uma lógica pautada na produção contínua, transversal, em vários ambientes, voltada para uma prática que adote o lugar do paciente e suas necessidades como ponto de partida para as intervenções.

Quando pensadas de forma plena, as diversas linhas de cuidado atravessariam inúmeros serviços de saúde formando uma rede de cuidados. Dessa forma, o cuidado seria o somatório de um “grande número de pequenos cuidados parciais” entre os vários cuidadores que se complementam, de maneira necessariamente multidisciplinar, onde a integralidade da atenção recebida resultaria da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (Ceccilio e Mehry, 2003, p.02).

Analogamente, Ceccim (2004) enfatiza que, para que um projeto terapêutico seja pautado pela integralidade e pela resolutividade, os processos de trabalho se tornam mais complexos do que o recorte habitual de uma profissão isolada (mesmo em face do concurso das suas diversas especialidades). Para Ceccim, a equipe multiprofissional deveria ser objeto fundante do trabalho em saúde.

Complementando a discussão sobre o cuidado e o trabalho em equipe, Peduzzi, (2001) propõe a tipologia de “equipe integração”, caracterizando-se pela articulação das ações e a integração dos agentes, fomentando a integralidade pela via de uma sofisticada rede de comunicações mediadas pela construção de um vocabulário comum. A autora trabalha com o conceito de “flexibilização” da divisão do trabalho, que seria a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e aquelas comuns, executadas por agentes de diferentes campos de atuação. Ela enfatiza que quanto mais ênfase é dada à flexibilização, mais próximo é possível chegar da equipe integração.

Essas propostas significam uma revisão profunda sobre o sentido das práticas em saúde e a forma de articulação do trabalho em equipe. Ampliam a noção do cuidado além dos procedimentos restritos às configurações de cada profissão isoladamente, para um entendimento que inclui a proposta de participação coletiva e integrada.

No trabalho em Unidades Básicas de Saúde isso significa estar envolvido com ações que criam campos de atuação comuns a todos: ações programáticas, participação na gestão das unidades, avaliação das ações, construção crítica do sistema de informação, articulação interinstitucional local. Essas atividades, que são vistas tradicionalmente na Saúde Coletiva, passam a exigir que os profissionais dêem conta de assuntos que demandam muitas vezes uma formação de sanitarista, dificilmente encontrados nessas unidades. A escola, nesse contexto, torna-se responsável por cuidar dos conteúdos mínimos para isso.

Existe uma pressão muito grande nessas Unidades Básicas por ações programáticas de ordem geral (atenção ao idoso, prevenção de acidentes, violência, controle de doenças), que por princípio envolve esforços coletivos onde todos os profissionais, sejam de nível superior ou não, poderiam trabalhar e ao mesmo tempo se beneficiar. A idéia das ações programáticas, talvez, esteja mais próxima de se imaginar o que poderia se chamar de “borramento” que o significado do cuidado representa. Adoto o entendimento do conceito de Programas como uma ação organizada em função da definição de prioridades que se dão a partir de um diagnóstico local, regional ou nacional, portanto, programas não necessariamente definidos pelo MS.

Quando aplicadas à prática do Cirurgião-Dentista essas reflexões convidam a uma ruptura com pressupostos assumidos pela profissão, facilitando a garantia de atenção à saúde de melhor qualidade, bem como a configuração das práticas profissionais de maneira mais completa e eventualmente satisfatória para o profissional. Pressupõe uma reestruturação profunda das propostas de ensino, ampliando as discussões sobre o papel do Cirurgião-Dentista na atenção à saúde que extrapole o modelo biomédico dominante e a visão restrita de atuação na cavidade oral.

Não é possível e nem é justo que o Cirurgião-Dentista continue restrito às atividades no âmbito da Odontologia restauradora, sem interagir ou compreender plenamente o contexto em que as situações encontradas, em última análise, no consultório dentário se produzem. Soma-se a isso a necessidade da Odontologia de se legitimar dentro da equipe na atenção básica. Tradicionalmente, a Enfermagem tem a sua legitimação por motivos administrativos/funcionais e do cuidado, e a Medicina pela legitimidade biomédica, mas, a Odontologia corre o risco de, nessa aproximação, manter-se apenas numa posição de subordinação ao invés de integrar-se concretamente.

Resgatando as duas dimensões de integralidade abordadas inicialmente, essas discussões apontam para uma nova missão dos Cirurgiões-Dentistas no entendimento de sua função como profissional do cuidado e do trabalho em rede. Apesar de ser uma noção contra-hegemônica na discussão da saúde hoje, existem grupos que discutem o resgate dessa noção de cuidado como sendo um território comum para que se crie um diálogo multidisciplinar e interdisciplinar (Botazzo, 2000; Figueiredo, 2002). Essas discussões pretendem ampliar a visibilidade do conceito de integralidade de modo que esta possa, de alguma forma, contaminar as escolas de Odontologia e as discussões da categoria.

Dessa forma, sempre que no decorrer do texto houver uma referência à ampliação da visão para “além da Odontologia”, o sentido atribuído partirá da interface da discussão de “linha do cuidado” mediada pela configuração da prática na forma de “equipe integração”, em um movimento de superação dialética da prática biomédica estabelecida.

3.3 - As peculiaridades da Odontologia na discussão sobre Integralidade

A Odontologia se estrutura num emaranhado de fatores que exercem forte influência no perfil profissional, pautado por determinantes econômicos, sociais e ideológicos, que historicamente permearam sua configuração. Cunhada na valorização do trabalho técnico e na busca pela recomposição estética, a profissão se estabeleceu em compromissos elitistas e distanciados de sua importância social. A construção social da profissão acabou por ajudar a naturalizar, na população menos favorecida, a falta de saúde bucal e a extração dos dentes, muitas vezes, como única solução às mazelas dentárias. Mesmo nas camadas mais favorecidas da população parece existir uma certa “aceitação” da perda dos dentes ao longo da vida do indivíduo, em parte devida à falta de informação sobre as consequências deletérias nutricionais e funcionais do uso de próteses e pela construção social negativa da imagem do dentista, onde, mesmo essa população capaz de arcar com os custos de um tratamento de

restabelecimento e conservação dos elementos dentários, incorpora uma certa repulsa ao tratamento odontológico.

Esse estereótipo perpetua-se também pelo pouco engajamento dos profissionais por mudanças, aliado à persistente expectativa de exercício liberal da profissão, mesmo diante de tantas crises políticas e econômicas. Os dilemas do mercado de trabalho da Odontologia, na entrada do século XXI, envolvem mudanças do perfil profissional, e nas últimas décadas do século XX passou de tipicamente liberal e privatista, para um mercado de oscilações de oferta de emprego e renda extremamente competitivo. Contribuem para essa paradoxal transição as dificuldades do sistema de educação superior no Brasil e a incipiente participação da Odontologia no SUS (Moysés, 2004).

“As necessárias mudanças devem começar na formação profissional e na visão de mundo reproduzida dentro das academias, pois certamente nestes espaços também começa a formação das possibilidades para a empregabilidade futura do Cirurgião-Dentista e de sua relevância social” (Moysés, 2004, p.34).

Deve-se levar em conta também a crescente incorporação de tecnologias que tornam a profissão mais dispendiosa e conseqüentemente menos acessível a camadas significativas da população. Concorre para isso a falta de interesse das indústrias de equipamentos e materiais, no desenvolvimento de tecnologias voltadas para a Odontologia comunitária, reforçando ainda mais o caráter elitista da profissão.

Junta-se a isso a ausência de interlocução com as demais profissões de saúde, em especial a Medicina e a Enfermagem, que por mais tempo e com maior freqüência entram em contato com os pacientes e que não são capazes de referir as patologias bucais para o Cirurgião-Dentista nos casos necessários.

Mesmo com a regulamentação de diversas propostas de inovação e progresso científico, o valor social da profissão foi secundarizado, pouco se orientando para as

necessidades de saúde da população brasileira. O que se observa é um setor privado cada vez mais abalado em função das crises da economia e achatamento da classe média, e um setor público subdimensionado e que mal resolve os casos emergenciais. Além disso, cresce o setor suplementar em saúde, que gera uma nova perspectiva de mercado de trabalho assalariado envolvendo conseqüências para a prática privada da Odontologia. Nesse sentido, o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no processo torna-se estratégico na medida em que é fundamental que se acompanhe a forma como irão se estabelecer as Operadoras de Planos Odontológicos. Como se darão as discussões da incorporação tecnológica nessas Operadoras? E quais os reflexos na modulação da formação profissional, uma vez que as escolas certamente serão pressionadas para atender as demandas desse mercado de trabalho?

Atualmente, a Odontologia passa por um período de transformações que podem levar a profissão a aproximar-se das dimensões de integralidade abordadas anteriormente. Três foram as principais transformações com conseqüências para a prática, perfil profissional e políticas públicas de saúde bucal: 1) A inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF), no ano 2000, como estratégia de mudança do modelo assistencial, que fortaleceu as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. 2) Em 2002, o Ministério da Educação homologou as DCNO. Estas Diretrizes são de fundamental importância para a Odontologia, inclusive, no que se refere à inserção do Cirurgião-Dentista no SUS e no PSF, visto que, estabelece que “a formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Brasil, 2002). 3) Em 2004 foi lançada a primeira política específica para a área: o Programa Brasil Sorridente, ampliando caminhos para a atenção básica e estruturação do sistema de referência, através dos Centros de Especialização Odontológica (CEOs), com ações de caráter preventivo e curativo (Brasil, 2005-a).

Foge ao escopo deste trabalho a discussão mais aprofundada sobre as potenciais conseqüências das mudanças políticas para o campo da Odontologia, no entanto, nos próximos anos estaremos assistindo a importantes desdobramentos onde a problemática dos RH irá interferir direta ou indiretamente, tornando necessária a reflexão séria e comprometida com o que se fará dessas mudanças. Nesse sentido, é preciso que se cuide do seu conteúdo e de sua aplicação na prática, incorporando as discussões anteriormente estabelecidas sobre o termo integralidade, para que se estabeleça um diálogo com o campo da Saúde Coletiva e dentro deste com os seus diversos atores. Questionando se essas mudanças incorporam o verdadeiro sentido da integralidade, é preciso que se pergunte de que integralidade fala a Odontologia. E nesse ponto uma crítica a essas transformações se faz necessária.

A inserção da Odontologia no PSF se deu através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000). A composição em “Equipe de Saúde Bucal” inclui a presença do Cirurgião-Dentista, do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e do Técnico em Higiene Dental (THD). Essa inserção representa um grande desafio para a profissão e dela emergem questões como a do trabalho em equipe, a forma de atenção interdisciplinar e a mudança dos cenários de prática. Caracterizada por uma fase de transição dentro desse cenário, há evidências de que os Cirurgiões-Dentistas experimentam dificuldades na redefinição do seu papel, onde mesmo com a sua inserção dentro do PSF ainda não se observa uma total integração com as demais áreas da saúde. O que se observa é que pela própria característica histórica da entrada tardia à equipe básica, no formato de Equipe de Saúde Bucal, e com todas as peculiaridades da aplicação tecnológica, corre-se o risco da perpetuação de duas equipes básicas, ao invés da incorporação desses profissionais à Equipe de Saúde da Família.

As conseqüências não são apenas semânticas, mas na forma como ocorre essa aproximação da Odontologia com a Saúde Coletiva. Torna-se ambíguo exigir da formação uma postura integral e multidisciplinar, quando na prática os profissionais Cirurgiões-Dentistas entram no PSF em equipes isoladas.

O lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal e de suas configurações traz uma preocupação pertinente da maneira como essas diretrizes serão incorporadas nas práticas da atenção. Ao reconfigurarem a oferta de serviços através dos CEOs (que incluem tratamento reabilitador de alta complexidade), por um lado quebram o padrão predominante preventivista e emergencial da atenção em Odontologia coletiva prevalente até hoje, mas por outro ampliam a possibilidade de distorção na continuidade do cuidado caso não haja uma avaliação permanente do sistema de referência, envolvendo todos os atores interessados. Isso pressupõe acreditar que o fato de agregar a oferta de serviços odontológicos de reabilitação não necessariamente reitera o pressuposto da integralidade na política de atenção odontológica. Ao contrário, é preciso refletir também se essa ampliação da oferta de serviços restauradores não estarão assumindo, na verdade, uma lógica distorcida, ampliando os procedimentos mutiladores de extração dentária ou mesmo favorecendo a grupos interessados na lucratividade de laboratórios protéticos. Enfim, observar de que forma a absorção das demandas reprimidas por serviços assistenciais em Odontologia acontecerão de fato, buscando entender integralidade como rede, onde a interface entre a política e a prestação de serviços caminham na mesma direção e de forma articulada⁴.

Nesse sentido, cabe problematizar como o princípio da integralidade em saúde é incorporado nas discussões dos cursos de Odontologia. A premissa é de que o significado de integralidade assumido tem se mostrado equivocado e bastante descolado das discussões feitas até aqui, associando a proposta da Clínica Integrada⁵ com a integralidade da atenção.

⁴ Para o aprofundamento dessas questões ver Serra, Garcia e Mattos, 2005.

⁵ Momento do curso em que se configura uma clínica única que agrega diversas especialidades odontológicas.

De forma a mapear esse debate foram consultados os relatórios da 39ª reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO realizada em Belo Horizonte (MG) em julho de 2004, que acontecem anualmente. O tema central desta reunião, da qual participei, foi "*Ensino e saúde: a integração do ensino para a atenção integral em saúde*".

Aconteceram seis discussões em grupo acerca de questões que incluíram, entre outras, a contribuição do ensino para a formação do aluno e para a atenção integral à saúde.

Nos relatórios (Anexo 2) elaborados nessas reuniões, a Clínica Integrada aparece como dispositivo para a atenção integral em saúde e para a formação do profissional com perfil generalista. Eles apontam a integração curricular como sendo a integração das disciplinas fundamentais/básicas e clínicas com seus conteúdos centrados na Odontologia. Em nenhum momento é citada a integração com as demais áreas do saber em saúde. O generalista é interpretado como um profissional capaz de atuar no âmbito das especialidades odontológicas.

“O referencial que nos dá informações sobre a importância da clínica integrada é o egresso dos Cursos de Odontologia. Se a clínica for realmente integrada, o profissional será generalista, crítico e reflexivo”.
(Grupo 4)

“Há necessidade da discussão, dentro das especialidades [odontológicas], sobre a responsabilidade de ensino de cada área e da definição das competências e habilidades de cada especialidade, visando a formação do profissional generalista, evitando alta complexidade de procedimentos em cada especialidade” (Grupo 5).

Inclusive é proposto nos documentos um estágio docente nessas clínicas nos cursos de mestrado para se obter o perfil generalista do mestrando e questionam se “o professor generalista sobrevive no mercado de trabalho da docência, já que [este] exige dele qualidade e quantidade de publicações”(Grupo 6). Dessa forma sugerem de maneira implícita a desvinculação do trabalho do generalista da produção científica e do conhecimento biomédico fundamentado. Reduzem, assim, a importância desse enfoque na formação através da

concepção de um profissional com visão de mundo mais ampliada, que reconheça os indivíduos nos seus diversos aspectos reconhecendo-se enquanto profissional de saúde comprometido com o bem-estar social.

Pode ser constatado também nos documentos revistos que a visão da participação do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde limita-se a uma atuação complementar a dos demais integrantes, centrando-se apenas nos aspectos das competências que não poderiam eventualmente ser cumpridas fora do âmbito odontológico.

A premissa da integralidade na atenção, na forma de clínicas integradas, reduz as discussões à integração das especialidades odontológicas e induz a uma problematização sobre como isso se materializaria na prática onde o sistema público de que dispomos, pouco oferece aos usuários em termos de acesso aos serviços odontológicos. Mesmo com a chegada, ainda que tardia, da primeira Política de Saúde Bucal brasileira e a expectativa de avanço em termos de atenção e oferta de serviços, são necessárias discussões sobre a forma como se incorporam na prática as discussões políticas da saúde.

Essas discussões encontram a Odontologia em um momento histórico de grande sofisticação ao nível das especialidades, e por isso a leitura que as escolas eventualmente terão é a de que o importante é a recomposição das interfaces entre as especialidades, o que não é suficiente para incorporar uma idéia de integralidade que extrapole as próprias fronteiras onde a Odontologia se propôs a ir mesmo antes do intenso processo de especialização. É provável que o trabalho organizado em Clínicas Integradas não incorpore o contexto de vida dos indivíduos em termos econômicos, que não considerem as conseqüências psicológicas e sociais do tratamento e que não entendam os problemas afetivos enfrentados por conta das próprias mazelas odontológicas. Esses são enfrentamentos que extrapolam o escopo do que a Odontologia vem se propondo, e que poderiam permitir a todos os

envolvidos à tomada de uma postura crítica, porém pró-ativa em busca de avanços concretos e confluentes com o discurso atual da saúde.

Esse modelo ainda dominante, pautado na habilidade técnica para o mercado privado e para a ação restauradora, produz sujeitos com baixa capacidade para protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão. São indispensáveis os domínios de aspectos biológicos e clínicos na formação do dentista, mas também se torna necessário o desenvolvimento de competências éticas, políticas, econômicas, culturais e sociais (Moysés, 2004).

É preciso que o aluno tenha consciência de que trabalha com aquilo que se configura como um direito constitucional assegurado a todo cidadão - a saúde. E, que dessa forma suas atribuições e suas responsabilidades, enquanto profissional que contribui para construção da saúde do país, não podem ser negligenciadas.

“Ainda que a clínica possa suprir as necessidades individuais e privadas com qualidade técnica reconhecida, há um desafio em termos de abrangência: existe uma distância entre o ensino de Odontologia e a perspectiva de universalização da saúde bucal perante as demandas da realidade brasileira. (...) A falta de uma formação mais politizada na área, que considere os desafios da realidade brasileira e problematize o imaginário profissional que se perpetua nos cursos de Odontologia, dificulta a participação política dos profissionais no espaço público e o desenvolvimento de políticas de atendimento que respondam às demandas presentes na realidade brasileira em termos de saúde bucal” (Secco e Pereira, 2004, p.327).

Feuerwerker (2003) destaca como importantes na mudança da formação profissional: a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimentos integrada à docência e à atenção. Além disso, sugere a partir da análise das propostas do Ministério da Saúde, que a educação profissional deva ser orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, onde a escolha dos conteúdos a abordar deverá ser feita com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades da saúde. Afirmo também,

ser fundamental a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tendo o aluno como sujeito do processo, para que se possibilite a construção dos conhecimentos a partir de problemas da realidade.

O dilema com o qual a categoria se depara atualmente é o fato de que apesar de se precisar formar profissionais competentes para o enfrentamento das necessidades clínicas atuais, é preciso também prepará-los para um tipo de prática profissional radicalmente diferente no futuro (Bertolami, 2001 apud Conrado, Gomes e Robazza, 2004)⁶.

Para Conrado, Gomes e Robazza, (2004) muitos problemas que dificultam a elaboração de um currículo adequado originam-se do fato de que não se conhece o tipo de profissional que se deseja formar.

“Um currículo significativo deve ser capaz de produzir um indivíduo que possa funcionar adequadamente em todas as áreas requeridas e proporcione serviços para um grande número de pessoas que demandam os cuidados à saúde como um direito”(Conrado, Gomes, e Robazza, 2004, p.27).

E nesse sentido cabe questionar quais os verdadeiros propósitos dos movimentos de mudança pelos quais a Odontologia caminha hoje. Seria a mudança na formação definida apenas por um senso de oportunidade de ocupação do espaço institucional ou já traria consigo um grau de maturidade suficiente para perceber a complexidade do campo da saúde e a melhor maneira de se inserir nele? Apesar do SUS constituir um crescente mercado de trabalho para a Odontologia, isso não tem sido suficiente para a produção do impacto esperado sobre o ensino de graduação:

“(…) o SUS precisa ser entendido como um interlocutor essencial das escolas na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática” (Morita e Kriger, 2004, p.17).

⁶ Autores como Cohen (2002 apud Conrado, Gomes e Robazza, 2004) afirmam que a fusão da educação odontológica com a médica está prevista para esse século. O que seria de fato bastante animador, visto que talvez seja essa a única solução para a fragmentação da saúde.

Partindo-se da idéia de que a valorização de uma profissão também pode ser traduzida pelo impacto social que ela produz e na sua importância simbólica dentro do próprio sistema, observa-se na Odontologia lacunas nesses dois pontos: Nem bem ela assume os problemas bucais e tenta resolvê-los de maneira ampliada, nem se incorpora verdadeiramente às equipes, com as demais profissões de saúde, cumprindo seu papel de cuidadora dentro do sistema de saúde.

Dessa forma é necessária, além da discussão sobre as políticas e as estruturas do sistema de saúde, uma maior atenção àqueles que irão constituir as lideranças e o esteio de funcionamento desse sistema que são os RH da área, de modo a transformar a formação e atuação desses sujeitos, o que inclui uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, do próprio papel nas equipes e na formulação, implantação e avaliação de políticas.

É na análise e reflexão sobre a situação atual em que se encontra a formação dos RH em Odontologia que se insere o contexto deste trabalho. Para aprofundar essas questões empreendo, em seguida, um breve histórico sobre a educação superior no Brasil com ênfase na Odontologia, até a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área de Saúde (DCNAS) e em última análise as do Curso de Odontologia. Dessa forma, pretendo apontar de que maneira foi estabelecido o padrão que se formou através desses caminhos e como isso poderia contribuir para a melhoria no ensino desses profissionais.

4 - HISTÓRICO:

4.1 - O ensino odontológico no Brasil – do Colonialismo à LDB/96 :

A Odontologia brasileira tem sua origem, na época colonial, como um ramo da medicina, e se constituiu impregnada de concepções de cunho prático e do empirismo dissociado da ciência, o que delineou as características tecnicistas prevalentes até os dias atuais. Além disso, adquiriu um caráter bastante elitista na forma de oferta de serviços, onde ficava a cargo dos profissionais mais experientes (médicos-cirurgiões e barbeiros) o atendimentos da elite. Os escravos e pessoas carentes eram assistidos por negros com mais habilidade manual, que receberiam aprendizado através dos profissionais mais experientes (Rosenthal, 2001).

Nessa época, ensinava-se através da transmissão direta de conhecimentos práticos entre indivíduos que exerciam o ofício e os que queriam aprender, visto que não existia ainda uma estrutura formal de ensino (Rosenthal, 2001).

Diferentemente das Américas espanhola e inglesa que viram surgir o ensino superior ainda no período colonial (séc XVI e XVII), a “Metrópole Lusitana” era considerada um entreposto comercial e de fornecimento de riquezas agrícolas e minerais e não havia uma preocupação em educar a população instalada. Até a chegada da Família Real no século XIX a educação nunca foi objeto de investimento dos governantes a não ser a questão da catequese, onde se destaca o símbolo de Anchieta (Costa, 1999).

As pessoas educadas através de diplomação universitária na época eram portugueses ou aqueles enviados a estudos em escolas do Velho Mundo (funcionários da Igreja ou da Coroa e filhos de fidalgos coloniais). Na verdade toda e qualquer tentativa de instituição da universidade no Brasil eram combatidos pelos governantes de Lisboa e do Rio de Janeiro, visto que estes associavam essa à idéia de revolução anticolonial (Costa, 1999).

Nesse período, não se observa um destaque da Odontologia na dinâmica geral das atividades Médico-cirúrgicas. É nos Estados Unidos, país onde se inicia um grande desenvolvimento econômico e onde as instituições e regulamentações ainda não haviam se formalizado, que a Odontologia iria iniciar um caminho próprio, separado da Medicina, através de uma nova profissão, a de Dentista. Essa transformação fez parte de um movimento histórico específico, viabilizado por um relativo conhecimento e domínio técnico sobre os dentes no interior da medicina. (Botazzo e Freitas, 1998).

A partir da iniciativa de um núcleo de dentistas, formados através de estágios com profissionais vindos da Europa, e que conseguem obter, em razão de sua boa prática, reconhecimento e prestígio social, funda-se em Baltimore em 1840 a primeira faculdade de Odontologia do mundo, é criada a Sociedade Americana de Cirurgiões-Dentistas e o “American Journal of Dental Science”, instrumentos que procuravam garantir a institucionalização da profissão. A partir desta época ocorreria um substancial aumento dos profissionais em atividade, com uma disseminação para outros países no fim do século, garantindo dessa forma a institucionalização da profissão (Botazzo e Freitas, 1998).

No Brasil, somente em 1856 (dezesseis anos após a criação da escola de Baltimore) que se fez referência à possibilidade das faculdades de Medicina expedirem o título de Dentista aos que se submetessem a exame. De fato o desenvolvimento no período Joanino não previa o ensino da odontologia, pois, naquele momento a desvalorização era evidente e o exercício da profissão era delegado aos profissionais de menor *status* na sociedade da época, tais como, escravos alforriados, barbeiros, etc. (Costa, 1999).

É datado de 1882 o texto lei que, regulando as despesas gerais do Império com questões relativas às faculdades de Medicina, incorpora às instalações da faculdade um laboratório de prótese dentária. O último estatuto das faculdades de Medicina expedido pelo

império é de especial interesse para a história do ensino odontológico no Brasil, já que versava, entre outros, sobre a criação de um curso de Odontologia anexo ao de Medicina.

É a partir desse estatuto que data o 1º currículo da história do ensino odontológico no Brasil, que incluía diversas cadeiras sendo comuns ao curso médico (física e química mineral). Com a criação do curso de Odontologia e a instituição desta grade curricular, tentou-se dar à profissão um caráter de profissão médica e científica, no entanto, o direcionamento de matérias de formação básica de saúde voltadas exclusivamente para o enfoque odontológico, tornava essa uma proposta segmentar de atenção à saúde, considerando desnecessário ao Dentista o conhecimento do funcionamento global do organismo humano numa visão expressada pelos Médicos e talvez até mesmo pelos Dentistas (Costa, 1999). É importante observar que a Odontologia ainda não possuía sua autonomia na formação dos profissionais, tendo seu diploma expedido pela Faculdade de Medicina.

A efetiva criação das faculdades de Odontologia em 1925, através do decreto nº 16782A eleva oficialmente o curso de Odontologia à faculdade, no entanto subordinada ainda à faculdade de Medicina. A criação das faculdades de Odontologia oficializa de fato a profissão, possibilitando um enorme desenvolvimento desta, sendo responsável pela conquista futura da tão almejada autonomia. Somente em 1933 a Faculdade de Odontologia obteve autonomia e se separou da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo Decreto n. 23.512 de 28 de novembro (Costa, 1999).

Nesse ponto, cabe um paralelo entre o desenvolvimento da Odontologia e as influências exercidas pelas mudanças na educação superior no Brasil.

4.2 - Os caminhos da educação superior brasileira e seus reflexos na formação em Odontologia:

O campo da educação se insere em um contexto em que as conquistas de aproximação entre direitos políticos e sociais se deram em um ritmo historicamente lasso.

Data da primeira Constituição do país em 1824 a incorporação da iniciativa de implantação de colégios e universidades como insumos ao conjunto de direitos civis e políticos (Carneiro, 2002). É somente a partir de 1948, com a carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), que o país debateria que a igualdade de todos perante a lei se dá na medida em que estes têm direito ao trabalho, à moradia, à saúde, à educação, à livre expressão, em resumo, a uma vida digna. **(PAREI AQUI!!!!)**

Na Constituição de 1934, a União assume a tarefa de fixar as Diretrizes e Bases da educação nacional e de criar o Conselho Nacional de Educação que recebeu a missão de elaborar o Plano Nacional de Educação. É nesse contexto, com a intensificação do capitalismo industrial e a diferenciação a partir da antiga estrutura oligárquica de predominância rural dos fins da década de 20, que exibia um índice de urbanização e industrialização bastante baixo, onde a economia não fazia praticamente nenhuma exigência à escola, que o mercado de trabalho impôs maiores exigências educacionais para as diversas camadas da população. (Carneiro, 2002).

A partir da Constituição de 1946, estabelecida no clima de afirmação democrática do pós-guerra, que se origina o primeiro projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que foi aprovada, no entanto, somente em 1961(LDB 4024/61). Nessa lei, foi atribuído ao extinto Conselho Federal de Educação a incumbência de definir os currículos mínimos dos cursos de graduação (Brasil, 2005- d).

A segunda Lei de Diretrizes e Bases, Lei 5.692 de 1971, originou-se de uma reforma educacional advinda de um outro cenário caracterizado pela ditadura militar (Melo, 2004),

onde as liberdades civis eram estranguladas e o vetor de inspiração era o mercado de trabalho. Conhecida como “Reforma Passarinho”, no mandato do então Ministro da Educação Jarbas Passarinho, a nova LDB inicia seu quadro de reformas pelo ensino superior, antecipando uma Reforma Universitária à reforma dos demais níveis caracterizando-se pela extinção das cátedras e o agrupamento das disciplinas em departamentos (Brasil, 2005- e; Carneiro, 2002). Devido à demanda gerada pelo crescimento econômico da época, essa reforma teve como objetivo maior acelerar a formação profissional em curto período de tempo e com os menores custos possíveis (Ivama, 1999 apud Melo, 2004).

O fato de vir a público de forma autoritária e sob a configuração de uma medida imposta à nação sem maiores discussões pelos educadores destinados a aplicá-las, fez com que essa lei sofresse restrições das comunidades acadêmicas, por sua pouca aplicabilidade e escassez de resultados positivos, nos vinte anos de vigência (Souza, 1997).

Os reflexos para a Odontologia encontrados durante a vigência dessas duas reformas destacam-se: Na LDB/61, um movimento de mudanças realmente significativo, com a formulação do currículo mínimo para os cursos de Odontologia, que contaria com dois ciclos, básico, profissionalizante e a inclusão da Odontologia Preventiva, sem alterar substancialmente o caráter do currículo, permanecendo distanciado dos conteúdos humanistas; Na LDB/71 atribuição ao dentista de atividades cirúrgicas, de conservação, reposição e correção, compondo ainda uma grade dividida em ciclo básico e ciclo profissionalizante, não favorecendo, no entanto, a interação com as disciplinas de Odontologia Social, associadas à Odontologia Preventiva, já existente, cumprindo apenas o papel de acompanhamento das tendências mundiais, que observavam a emergência da Medicina Preventiva e a atenção aos aspectos sociais da Saúde(Costa,1999).

Nesse período, surgem questionamentos relativos à qualidade da formação profissional em Odontologia, destacando, cada vez mais, sua evidente incapacidade em solucionar

problemas coletivos no Brasil. Isso culminaria com a inserção da Odontologia na agenda da 7ª Conferência Nacional de Saúde, onde considerou-se a Odontologia brasileira como sendo ineficaz, ineficiente, descoordenada, de baixa cobertura, mal distribuída, de caráter mercantilista e monopolista e com RH inadequadamente preparados (Costa, 1999).

Em 1982, inicia-se então a reformulação curricular que segundo Costa (1999) seria a mais importante da história do ensino odontológico no Brasil. Um novo currículo mínimo que incluía disciplinas e atividades, até então, inconcebíveis para alunos e professores, passou a contemplar a atuação dos estudantes junto à comunidade, indo ao encontro dos anseios da sociedade em relação aos profissionais capacitados a considerar o contexto sócio-econômico do país. Algumas experiências, como a do trabalho em comunidades da UFMG e a criação do internato Rural da UERJ começaram um movimento no desenvolvimento de modelos de ensino nos serviços de atenção básica na comunidade, que viriam a se constituir no embrião do que se espera do atual currículo desses profissionais.

As determinações desse currículo mínimo iriam vigorar como obrigatórias por treze anos (1983-1996) e mesmo não reformulando o perfil profissional de forma plena, possibilitou significativas melhorias nos caminhos da profissão, tendo como foco a abordagem científica e coletiva e diminuindo a tradicional abordagem tecnicista. É importante frisar, que esse novo formato do ensino odontológico foi influenciado pelo período em que se instituiu, marcado pela redemocratização do país e promulgação da nova Constituição brasileira e pela própria criação do SUS (Costa, 1999). A Constituição de 1988, incorporou uma série de dispositivos educacionais, entre eles, o direito público subjetivo, a gratuidade no ensino médio e superior públicos, a gestão democrática (Cury, 1989) e com sua promulgação surgiu a necessidade de outra LDB.

A nova LDB iniciou-se com o projeto do deputado Octávio Elísio, sendo substituído pelo do Senador Darcy Ribeiro, finalmente aprovado, em 1996 (Carneiro, 2002). Essa lei

apresentou uma série de inovações, que buscavam o pleno desenvolvimento da pessoa humana, que deveriam traduzir uma clara expressão da vontade política de mudar (Niskier, 1996). Na verdade, o papel da LDB foi o de viabilizar na prática o que a Constituição proclamava na teoria (Souza,1997). Assim, a promulgação da LDB/96 extingue o antigo currículo mínimo (Cury,1998) e configura as Diretrizes Curriculares como orientadoras das escolas na construção de um perfil que acentuasse a humanização, as características loco-regionais e o fundamento científico da profissão.

No entanto, toda mudança em organizações regidas por normas explícitas, como é o caso da educação, não se opera abruptamente. O ritmo de mudanças se estabeleceu inicialmente na concomitância entre duas situações, a antiga e a nova, ampliando gradativamente os espaços de adesão aos novos esquemas normativos. Carneiro (2002) chama essa fase de implantação gradual de “período de descontaminação” e atribui ao texto na nova LDB o mérito de apresentação de uma moldura de organização educacional dentro de um escopo de autonomia possível.

Como finalidades principais da Lei 9.394/96 pode-se destacar: o conceito abrangente de Educação envolvendo a família, o convívio social e o trabalho; a vinculação da educação com o mundo do trabalho e com as diferentes práticas sociais; os padrões mínimos de qualidade do ensino; a avaliação da qualidade do ensino pelo poder público; o resgate da natureza e da finalidade da educação profissional (Melo, 2004; Brasil, 2005 – c).

A reforma no sistema superior de educação da área da saúde, ocorreu em um momento especial e privilegiado para a saúde coletiva, onde se observava de um lado um Sistema Único de Saúde em processo de implantação através da Constituição e da Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080 de 19/09/1990) e que configura um sistema descentralizado, hierarquizado e baseado num sistema de referência e contra-referência. Por outro lado, um movimento de definição de Diretrizes Curriculares Nacionais, que atendesse às tendências contemporâneas da educação,

representou uma significativa contribuição à formação profissional para o SUS (Maranhão, 2004).

Como as instituições formadoras tendo que fixar seus currículos e programas por meio de diretrizes gerais, o MEC, através da Secretaria de Educação Superior (SESu) publicou um edital convocando todas as entidades, escolas e movimentos para participarem das discussões e na elaboração das Diretrizes para as diferentes carreiras, criando comissões de especialistas de cada carreira do ensino superior do Brasil. O objetivo era o de elaborar propostas de Diretrizes Curriculares para que fossem encaminhadas para o Conselho Nacional de Educação (CNE) (Melo, 2004).

A Rede UNIDA⁷ mobilizou muitos cursos da área de saúde, bem como algumas associações de ensino, como a de Medicina e Enfermagem. O curso de Odontologia, no entanto, teve pouca representatividade por entidades de classes durante essas discussões e não existem relatos que comprovem a sistematização das propostas encaminhadas durante os seminários com a presença da SESu/MEC (Melo, 2004).

Em 2001 foram analisadas pela comissão da Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação as propostas de DCNAS elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e nomeadas pela SESu/MEC (Brasil, 2001-a; Brasil, 2001-b), incorporando os itens para o aperfeiçoamento das áreas de conhecimento que integram a saúde:

- A definição do perfil do formando egresso/profissional;
- As competências e habilidades desejáveis;
- Os conteúdos curriculares;
- Estágios e atividades complementares mandatárias ou recomendáveis;

⁷ Rede que conecta pessoas na execução e/ou articulação de projetos que tem como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Atualmente é conformada por aproximadamente 70 instituições com experiência acumulada na articulação entre serviços, universidade e organizações comunitárias.

- A organização do curso;
- Bases para acompanhamento e avaliação.

Ao aprovar as novas Diretrizes Curriculares, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação recomenda que se contemplem elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, constituindo orientações para a elaboração dos currículos que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Para isso, estipula princípios para essas diretrizes, dentre os quais merecem destaque:

- a) O fortalecimento da articulação entre teoria e prática;
- b) As orientações para as avaliações periódicas do processo ensino-aprendizagem;
- c) O incentivo a uma formação geral sólida.

Além disso, recomenda a ênfase a ser dada aos conceitos de saúde e aos princípios e diretrizes do SUS, baseados na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90.

De acordo com o documento homologado pelo Ministério da Educação ficam definidos como **Objeto** das diretrizes curriculares:

“permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.”

E como **Objetivo** :

“levar os alunos dos cursos de graduação em saúde à aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”

As diretrizes foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, que se baseia no caráter público, democrático e na busca pela universalidade e integralidade da atenção (Feuerwerker e Almeida, 2004). Essas diretrizes seriam a expressão do compromisso que a mudança na formação teria ao posicionar a Universidade perante seu papel social nos campos de saúde e educação. Feuerwerker e Almeida enfatizam, no entanto, a existência de imprecisões no texto das diretrizes, que refletiriam a existência de disputas em torno das futuras mudanças e que ao deixarem brechas sobre o tipo de orientação a ser adotado, apenas sugerem a superação das abordagens tradicionais.

“Diretrizes curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, justamente porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional (...) A orientação das diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único” (Feuerwerker e Almeida, 2004, p.14).

Nesse sentido os autores apontam como fundamental o papel da avaliação no processo de configuração de mudanças, ou seja, apesar de orientarem processos de mudanças profundos, por serem muito genéricas, também comportam mudanças mais tímidas e circunscritas⁸.

4.3 - O processo de construção das DCNO:

Para a compreensão dos caminhos percorridos na construção do documento se faz relevante lançar um olhar sobre os bastidores e atores envolvidos durante os processos de discussões. Utilizou-se como base para essas informações o trabalho realizado por Melo (2004), apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, que fez uma relevante investigação para a identificação dos atores que

participaram da construção das DCNO e das relações de poder evidenciadas durante o processo.

De acordo com os resultados apresentados, a Odontologia teve sua participação muito discreta e com uma clara desarticulação do setor. As discussões tiveram especial participação da ABENO, como ator e entidade que representa o ensino de Odontologia no país e da REDE UNIDA, representante dos movimentos sociais pelas mudanças na graduação da área de saúde.

A expectativa era de uma construção coletiva com a participação de todos os atores que representam o ensino e a classe no país para a elaboração da proposta, o que facilitaria o entendimento e a implementação do documento nos cursos. No entanto, ficaram à margem das discussões, segmentos importantes como o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Sindicatos de classe e os estudantes.

Os cursos também não obtiveram uma participação efetiva no processo e utilizavam a ABENO como local para busca de informações, que se apresentavam, no entanto, de maneira muito discreta, durante os eventos anuais do período em que ocorreram as mobilizações e que se restringiram às habilidades específicas da profissão e às definições do que a ABENO entendia por estágios supervisionados.

“Algumas vertentes mais conservadoras da entidade discutem as mudanças sem contemplar o conceito ampliado de saúde, bem como os objetivos e o objeto das DCNO explicitados nas competências gerais para a área da saúde. Restringem sua atuação nas capacitações pedagógicas que são realizadas em eventos e reuniões paralelas da entidade, ao invés de aprofundar as discussões sobre as políticas de saúde do País, bem como as prioridades epidemiológicas da população” (Melo, 2004. p.114).

A participação da ABENO no processo de elaboração das DCNO se deu em conjunto com núcleos de pesquisa e a comissão de especialistas da SESu/MEC, através de reuniões

⁸ Para uma complementação sobre as questões relativas à importância pedagógica da avaliação, ver Aguiar 2004.

realizadas no Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo (Nupes). Apresentou-se uma proposta, aprovada pela Comissão de Odontologia do Exame Nacional de Cursos – INEP/MEC, que foi incluída no texto final das DCNO, distribuídas pelo INEP. No entanto, na visão de alguns atores entrevistados, as comissões de especialistas encaminharam as propostas sem incorporar as contribuições que haviam sido enviadas.

Ficou evidenciado que a ABENO assumiu um poder simbólico relevante nos cursos de Odontologia do país, que em função do tradicionalismo de algumas vertentes da entidade, pode inviabilizar os avanços na formação de graduação em Odontologia⁹.

A instituição das DCNO se deu através de resolução CNE/CES 3 em 19 de Fevereiro de 2002 (Brasil, 2002). As principais propostas incluem a:

- Importância dada à formação básica, privilegiando a articulação entre base científica e valorização da importância do dentista enquanto cidadão;
- Ênfase na formação humanística como responsabilidade do curso como um todo e não de disciplinas isoladas;
- Predominância da abordagem preventiva em saúde bucal à ênfase cirúrgico-restauradora;
- Intenção de intervir na influência da escola no estímulo indesejável à especialização precoce.

O que as diretrizes propõem é a desvinculação do perfil tecnicista e individualista que acompanha a profissão desde sua origem, formando profissionais capacitados e sensibilizados à resolução dos problemas que afetam a sociedade (Brasil, 2002). Além disso, abre-se uma possibilidade de mudança do enfoque histórico que vem ao longo do tempo pautando a trajetória do ensino em Odontologia no Brasil.

Apesar dos avanços propostos pela homologação das diretrizes, existem ainda hoje alguns aspectos não resolvidos em termos de aplicabilidade, que incluem a não definição de

⁹ Para um aprofundamento nas questões sobre a construção das DCNO e a aproximação das entidades de ensino nesse processo consultar Melo (2004).

carga horária mínima; o prazo para entrar em vigor ainda em aberto; a estrutura de avaliação pelo governo, que só a partir de 2004 instituí a lei do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Brasil, 2004-b), abrindo-se uma discussão com as comunidades acadêmicas de uma avaliação coerente com as diretrizes e que de fato se coloca como um fator crucial para garantir sua implementação.

4.4 - As iniciativas do Ministério da Saúde para mudar o modelo de formação

Com o lançamento, em 2002, das novas DCNO, discute-se hoje os modelos de assistência e a formação do profissional em saúde voltado para as políticas do SUS, em especial, a Integralidade, princípio complexo e polissêmico já assinalado. Essas mudanças na realidade educacional em saúde no país contam com um arcabouço teórico-legal que se configura a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988 - art.200, item III - consolidando a participação do Ministério da Saúde como “ordenador” na formação de RH em saúde.

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETES), passa a ser definido na legislação o papel do Ministério da Saúde na formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde do Brasil (Brasil, 2003).

Dentro da SEGETES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) ficou responsável pela proposição e formulação das políticas relativas a: 1) formação, desenvolvimento educação permanente dos trabalhadores de saúde, 2) capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população, fortalecendo a ação intersetorial e a participação e controle social no setor saúde, 3) interação com a escola básica, para formação de consciência sanitária; fica responsável também pela cooperação técnica, financeira e operacional. Organiza-se em três Coordenações Gerais que promovem ações de educação superior em saúde, educação técnica em saúde e educação popular em saúde,

trabalhando esses três campos através de eixos fundamentais centrados nas práticas de saúde, na produção e disseminação de conhecimentos, nas mudanças nas políticas de formação e na relação entre educação e trabalho (Brasil, 2003).

Com isso, é proposto que a formação para área de saúde deva se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho, elegendo a Integralidade como idéia-síntese para a nova formação em saúde, no campo da atenção e no da gestão de serviços e sistemas. Desse modo espera-se a mudança no enfoque formativo hoje pautada por interesses de setores de equipamentos, medicamentos e tecnologia em instrumentos, aparelhos de diagnóstico e terapêutica, que impõem uma perspectiva hospitalocêntrica, para um enfoque que volta sua atenção para o usuário como centro de todo trabalho em saúde (Brasil, 2004-c).

Nessa perspectiva, em 2004 é lançado pelo Ministério da Saúde junto ao MEC o AprenderSUS cuja proposta é a de construção de um cenário de aproximação das instituições de ensino superior com os gestores das três esferas do SUS, que serão norteados pelas práticas entre o SUS e as instituições de ensino superior orientadas pela integralidade da atenção (Brasil, 2004-c).

Do ponto de vista do ensino-aprendizagem, a abordagem da integralidade implicaria, entre outras, numa mudança dos cenários. O objetivo é o de formar profissionais de saúde que tenham os conceitos do SUS na sua formação, podendo dessa forma se integrar ao sistema de maneira mais coerente.

Com isso, passa a se considerar o ensino-aprendizagem na área técnico-científica como apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não como foco central da formação, que acaba por englobar aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (Brasil, 2004).

“A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às

necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado” (Brasil, 2004-c, p.4).

4.4.1 – Pólos de Educação Permanente

A implantação de Pólos de Educação Permanente (pela Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004), constituiu-se como eixo estratégico para a redefinição do modelo de atenção à saúde no SUS, numa proposta de construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior. Para isso são lançadas estratégias que incluem a adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação, o trabalho articulado com o ministério da Educação, o desenvolvimento de uma linha adicional de financiamento aos Pólos e a sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (Brasil, 2003).

Esses Pólos objetivam o fortalecimento das ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reorientação das práticas de assistência médico-ambulatorial no âmbito da rede básica de serviços (Teixeira e Sader, 2006) trabalhando a questão da aprendizagem significativa e a transformação das atividades profissionais através da reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços (Brasil, 2003).

O que a Política Nacional de Educação Permanente propõe é que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tenham como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, objetivando dessa forma a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A atualização técnico-científica, nesse sentido, ficaria como um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central (Brasil, 2003).

De acordo com Ribeiro e Motta (2006) “a educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado”. Dessa forma, trabalha com questões atuais que envolvem o conceito de terminalidade da formação entendida como apenas uma etapa do que seria o processo de educação permanente.

No entanto, estes autores apontam para a problemática que envolve os processos hegemônicos de formação e capacitação, que excluem os próprios sujeitos agentes das práticas do processo de reconstrução do seu trabalho. E que os projetos de educação permanente podem ser dificultados também pela progressiva fragmentação do processo de trabalho, que envolve a redução do corpo de RH fixos e o aumento dos profissionais de caráter provisório, cuja participação no desenvolvimento das ações de saúde é pontual, “fragmentando o cuidado e fragilizando os projetos assentados na integralidade e na equidade”.

Outras dificuldades na condução e acompanhamento desse processo é a demora para a instalação e operacionalização da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde; a ausência de participação nas instâncias de gestão (CIB/CIT) de trabalhadores, estudantes, docentes e movimentos sociais e nas instâncias de controle social dos estudantes e docentes (exceto nas vagas previstas para os segmentos oficiais: gestores, usuários, trabalhadores e prestadores) (Brasil, 2006).

Além disso, um aspecto que deve ser criticado em relação à política de educação permanente em saúde envolve o financiamento, onde os mecanismos atualmente existentes (convênios intermediados pelo Fundo Nacional de Saúde ou convênios intermediados pela Opas e pela Unesco) são insuficientes e geram uma demora nas pactuações e nas revisões dos projetos. De acordo com o Ministério da Saúde é tarefa inadiável, para efetivação das ações

da política de educação permanente em saúde, definir novos processos administrativos, que combinem diferentes modalidades de transferência de recursos, incluindo o Fundo-a-Fundo (Brasil, 2006).

“Há locais do país em que verdadeiras obstruções interrompem ou retardam a tramitação dos projetos produzidos pelos Pólos (...) não tem sido fácil (mas acontece) assegurar que a participação nos Pólos configure um compromisso efetivamente institucional das instituições de ensino e não de alguns professores interessados” (Brasil, 2006).

4.4.2 - A diversificação dos cenários de aprendizagem

Atualmente inúmeros desafios são colocados para as Universidades brasileiras, no que se refere à sua capacidade de produzir conhecimentos relevantes, de formar profissionais adequados às necessidades sociais e de prestar serviços oportunos e de qualidade. Esses aspectos deixam de ser uma exigência retórica e passam a ser uma questão de sobrevivência, já que a Universidade que não for capaz de dar essas respostas, dificilmente encontrará recursos e respaldo social para sobreviver (Feuerwerker et al, 2000).

Esses desafios não podem ser descolados do componente histórico de construção do modelo de atenção à saúde e configuram-se em exigências que esse novo modelo impõe.

As reformas no setor saúde provocadas pelo SUS, proporcionaram resultados positivos nas propostas de universalização, extensão de cobertura, descentralização e redução progressiva das desigualdades regionais de acesso aos serviços de saúde. No entanto, provocaram poucos avanços no aprimoramento da qualidade da assistência e no desenvolvimento de novos modelos de cuidado em saúde (Cordeiro, 2001).

Essa nova orientação enfrentou conflitos e contradições dentro do próprio modelo de atenção hegemônico, cuja possibilidade de transformação mostrou-se cada vez mais entrelaçada às inovações nos processos de formação dos RH da área. Dessa forma, a educação e o trabalho passam a ser objeto de políticas integradas e surgem na América Latina diferentes propostas de transformação da educação médica e do modelo de cuidado em saúde - como os

projetos vinculados à NETWORK e à iniciativa UNI - como forma de reorientação da atenção básica com base na estratégia de Saúde da Família (Levy, 2006)

O Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) construiu, no Brasil, uma proposta de aprofundamento de experiências vivenciadas com programas anteriores que envolviam a extensão de diferentes universidades e a estratégia de integração docente-assistencial (IDA) (Almeida, 1999).

Esse programa foi orientado por um conjunto de diretrizes e estratégias de ação que incluíram a revisão da relação entre universidade, serviço e comunidade; a reflexão sobre as práticas de extensão universitária; e o estímulo à atuação multiprofissional. (Levy, 2006).

Juntamente com as tentativas de reformulação da formação dos profissionais de saúde somaram-se as medidas para as mudanças nas práticas de atenção à saúde, e a partir de 1994, o MS propôs a reorganização da atenção básica por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (Viana, 2000), que trabalha com algumas premissas básicas que incluem o trabalho em equipe, o vínculo com a população adscrita, o enfoque no indivíduo e sua família e a integralidade da atenção, impondo novas exigências ao perfil profissional para atuação nesse contexto de trabalho.

Nesse sentido, o MS em parceria com o MEC definiram, em 2002, uma política de incentivo aos processos de mudança na formação dos profissionais médicos – PROMED - por meio de apoio financeiro. E em 2005 lançaram o PRÓ-SAÚDE, cujo objetivo é o de “aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família” (Levy, 2006).

O resultado de todos esses movimentos tem gerado discussões pelas diversas áreas do ensino e dos serviços de saúde que apontam para a necessidade de mudanças nos cursos de graduação quanto ao perfil profissional - focado numa visão mais ampliada dos sujeitos, considerando seu contexto sócio-econômico e cultural e não só a doença - aliado às propostas

das Diretrizes Curriculares Nacionais para Área da Saúde (DCNAS) que introduzem as propostas de aproximação com os cenários de atuação profissional com conseqüente articulação com os serviços.

Segundo Marins, J.J.N. (2004) “é fundamental que o estudante participe, durante sua formação profissional, dos problemas mais complexos, para demonstrar que a ação setorial, muitas vezes, é apenas uma intervenção limitada e não alcança a raiz do problema”. E que para se viabilizar esse tipo de experiência é necessária uma boa articulação ensino-serviço-comunidade com a criação de espaços onde essas atividades possam ser planejadas e executadas em conjunto.

Para ele, é fundamental a escolha de métodos de ensino-aprendizagem atrelados a uma nova forma de interpretar e agir em saúde, a diversificação dos cenários, a capacitação dos docentes que serão os multiplicadores do processo e ao estímulo à produção do conhecimento na área de saúde individual e coletiva em função das especificidades locais. E a partir disso associar a formação e capacitação profissional às adequações dos modos de atenção à saúde com a criação de cenários propícios à aprendizagem e à organização da cadeia do cuidado em saúde.

De acordo com Feuerwerker et al (2000) "Cenários de Aprendizagem" é um conceito amplo que extrapola o mero local em que se realizam as práticas, e inclui, entre outros fatores, os sujeitos envolvidos, a natureza e conteúdo do que se faz. Incorpora a inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras de maneira a incluir, também, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Dessa forma, traduziriam-se dentro dos processos de trabalho, no deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e na revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença, considerando-se sua dinâmica social.

São entendidos ainda como espaços de intensos embates de diferentes escolhas, que assumem grande importância na determinação de caminhos a serem adotados pela política de saúde e de formação profissional (Marins, 2004).

“Devemos entender os cenários de aprendizagem como a incorporação e a interseção de métodos didático-pedagógicos; de áreas de práticas e vivências; de utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras; de valorização dos preceitos morais e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas; de organização do processo de trabalho” (Marins, 2004).

A principal tônica das práticas nos chamados “novos cenários” tem sido inserir o aluno no cotidiano de trabalho dos serviços e da vida das comunidades, comprometendo-os com a busca de soluções para os problemas identificados, o que tem implicado, cada vez mais, em atuação multiprofissional e intersetorial (Feuerwerker et al, 2000).

Para Levy (2006), a inserção precoce dos alunos nos locais onde ocorre a produção do cuidado em saúde possibilita a mobilização de saberes em diferentes contextos, em zonas imprevistas de prática, provocando múltiplas experiências e ressignificando o aprendizado. Nesse aspecto, a autora faz uma associação entre a multiplicidade de cenários à que o aluno é exposto com a maior quantidade de vezes que este mobiliza o conhecimento adquirido, a maior destreza que vai ganhando e a maior capacidade de transferir o saber para a ação resolutiva.

Diante dos problemas da realidade concreta o estudante desenvolve habilidades e atitudes que irão exercer forte influência sobre a postura dos futuros profissionais, que passam a adotar uma visão mais ampliada da realidade, dos indivíduos e dos problemas social, o que contribui para evitar o enfoque da busca da especialização precoce pelos estudantes. Além disso, propicia no aluno a percepção da dinâmica nas relações de poder, permitindo o desenvolvimento de uma interpretação crítica do sistema de saúde (Marins, 2004).

Essas discussões trazem algumas reflexões. Quais as contribuições que as DCNO trazem para as atuais discussões em torno da formação profissional e educação permanente em saúde? De que maneira esse documento tem incorporado os elementos das dimensões da integralidade, discutidas inicialmente e como isso se reproduz nas falas de atores envolvidos com o processo de ensino odontológico? Quais as possíveis conseqüências disto para o trabalho em equipe e para as políticas de saúde?

A presente iniciativa de apreender os discursos da comunidade acadêmica e das lideranças docentes tentando revelá-los em suas práticas de ensino pode iluminar algumas questões levantadas ao longo da presente revisão da literatura. Buscar as inter-relações com os processos de trabalho envolvendo os Cirurgiões-Dentistas foca o período de transformações no ensino da Odontologia, problematizando se de fato as transformações políticas do setor educação e da atenção em saúde propiciaram reflexos consistentes no pensar e agir dos atores envolvidos na educação odontológica .

5 - METODOLOGIA

5.1 - Objetivos

Este estudo tem caráter exploratório e qualitativo. A partir das perspectivas de construção da Integralidade em saúde e de uma análise preliminar das DCNO, a pesquisa investigou a percepção de elementos das dimensões da integralidade relativas aos atributos profissionais e da organização dos serviços, no discurso de gestores acadêmicos, professores e alunos de um curso de Odontologia, bem como no documento das DCNO. Objetiva assim apreender suas possíveis conseqüências para o trabalho em equipe e para a construção do cuidado em saúde.

A pesquisa teve duas etapas. Na primeira etapa foi feita a análise documental do conteúdo das novas DCNO. Nessa análise buscou-se entender como se expressa o princípio da integralidade no documento e qual a sua consonância com as propostas do MS para educação em saúde.

Numa segunda etapa foi feita a investigação de como as DCNO são apreendidas por gestores de uma instituição de ensino em Odontologia, assim como por docentes e alunos, de forma a identificar como percebem a integralidade e o papel da Odontologia no contexto de implantação das Novas Diretrizes.

A coleta de dados primários foi feita mediante entrevistas com coordenadores, professores e alunos do curso de Odontologia de uma Universidade privada situada no Município do Rio de Janeiro, da qual obtive acesso ao Projeto Pedagógico do Curso, também analisado.

5.2 - Critérios de Seleção do Campo de estudo

O curso foi selecionado em função de sua avaliação positiva pelo INEP que é o órgão do MEC encarregado de avaliar os cursos de graduação. Visitado em 2005, obteve conceito máximo (Muito Bom) nas dimensões “Projeto Pedagógico” e “Corpo Docente”.

Adicionalmente, o curso estabeleceu convênio e atua em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, utilizando como cenários de prática as Unidades Básicas de Saúde e organizações sociais. Desse modo, buscou-se um caso exemplar onde algum grau de implantação das DCNO possa ser verificado. O curso compõe a área de saúde de uma Universidade privada no Município do Rio de Janeiro.

5.3 - Critérios de seleção dos entrevistados

A pesquisa incluiu os três principais atores sociais intrínsecos ao curso de Odontologia: gestores acadêmicos, professores e alunos. O objetivo foi apreender possíveis ressonâncias dos debates relativas as DCNO quatro anos após a homologação do documento.

O curso conta com quatro coordenadores de curso e um Diretor. Todos foram entrevistados, bem como dois coordenadores de Clínica Integrada, em função da centralidade desse cenário de prática no debate sobre integração curricular em Odontologia.

O conjunto de professores, que incluiu representantes da Saúde Coletiva e da Clínica Integrada, se deu em função de serem estes grupos estratégicos para a presente discussão. Os primeiros estão inseridos num campo cuja racionalidade permeia o texto das DCNO e o estudo da integralidade em saúde; os últimos atuam na Clínica Integrada, considerada por muitos atores envolvidos como cenário fundamental na nova configuração da formação em Odontologia.

O curso conta, no seu corpo docente, com dois grupos atuando em Clínicas Integradas e na Disciplina de Saúde Coletiva - o que ensejou a escolha aleatória de um dos grupos e as entrevistas com a totalidade de docentes que compunham cada grupo (03).

Embora com a clareza dos limites de um quantitativo de alunos restrito, foram entrevistados quatro alunos selecionados de modo aleatório entre os 30 que encontravam-se cursando o último período. Todos realizavam estágio na atenção básica por ocasião do

trabalho de campo. A aleatoriedade dentro do grupo mais exposto ao currículo, portanto, foi o mecanismo possível de apreender as prováveis incorporações pelos alunos das reflexões sobre a formação, dados os limites de tempo e recursos.

Assim, o grupo de entrevistados se configurou da seguinte maneira:

- Diretor do Curso;
- Coordenadores de Clínica Integrada (02);
- Coordenador de Saúde Coletiva;
- Coordenadores de Graduação (2);
- Coordenador de Extensão;
- Professores de Clínica Integrada (03);
- Professores de Saúde Coletiva (03);
- Alunos do último período do curso (04).

5.4 - Características do curso

O Curso de Odontologia desta Universidade organiza-se em sistema de créditos e atualmente trabalha com dois currículos, que serão aqui denominados A e B. Com o objetivo de melhor adequar o projeto pedagógico do curso às DCNO foi feita uma reformulação da matriz curricular com a substituição gradativa do Currículo A pelo Currículo B a partir de 2005.

Tanto o currículo A quanto o B apresentam a estrutura da matriz curricular baseada em núcleos de formação organizados em: Núcleo de Formação Social, Humanística e Ética; Núcleo de Formação Geral e Núcleo de Formação Profissional¹⁰.

¹⁰ O Núcleo de Formação Social, Humanística e Ética objetiva a formação de um profissional ético e a humanização do relacionamento com paciente ou comunidade; O Núcleo de Formação Geral inclui as disciplinas básicas da área da saúde e as disciplinas consideradas essenciais à formação para o exercício da profissão; O Núcleo de Formação Profissional é composto pelas disciplinas relacionadas a maior parte das habilidades e

Em ambos os currículos, o Projeto Pedagógico do curso aponta para a priorização do núcleo de formação profissional e para as disciplinas diretamente ligadas ao perfil do egresso¹¹. E definem como PERFIL DO EGRESSO do Curso de Odontologia como “o de um Cirurgião-Dentista generalista, humanista e ético, com formação embasada em conhecimentos técnico-científicos orientados para a promoção de saúde, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde (diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação da cavidade bucal) no sentido de resolver os problemas de saúde bucal do indivíduo e da comunidade, seja no âmbito da iniciativa privada ou no Sistema Único de Saúde, capaz de trabalhar em equipe (multidisciplinar ou multiprofissional), dotado de visão crítica e ciente da importância da educação continuada” (Tabela 1).

Tabela 1

	<i>Currículo A</i>	<i>Currículo B</i>
<i>Disciplinas mínimas</i>	<i>4.640 horas</i>	<i>4.320 horas</i>
<i>Disciplinas complementares</i>	<i>280 horas</i>	<i>120 horas</i>
<i>Disciplinas eletivas</i>	_____	<i>120 horas</i>
<i>Carga horária do Núcleo de Formação Profissional***</i>	<i>68,3%</i>	<i>68,3%</i>
<i>Carga horária das disciplinas diretamente ligadas ao perfil do egresso ***</i>	<i>39,0%</i>	<i>41,7%</i>
<i>Carga horária total</i>	<i>4.920 horas*</i>	<i>4.560 horas**</i>

* 35% teórica e 65% prática, incluindo estágio supervisionado e atividades de campo.

** ao estágio supervisionado são dedicadas 840 horas, sendo 200 em atividades de campo.

*** proporção com relação a carga horária total

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da Universidade estudada. 2005

competências específicas que devem ser adquiridas pelo CD, incluindo as disciplinas laboratoriais, pré-clínicas, clínicas e o estágio supervisionado.

¹¹ As disciplinas diretamente ligadas ao perfil do egresso são apontadas no projeto pedagógico como sendo aquelas relacionadas à prática clínica odontológica.

Uma das principais alterações observadas no Currículo B foi a ampliação das Clínicas Integradas (que passam a ser denominadas Clínicas Odontológicas) e a inserção da Odontologia Coletiva a partir do 3º período, estendendo-se até o 6º período, incluindo atividades nas Unidades Básicas de Saúde, no Programa de Saúde da Família e em Organizações Sociais. São apontadas, no projeto pedagógico do curso algumas estratégias Pedagógicas consideradas “diferenciadas”, sejam elas:

-Estudo Dirigido - articulação do Núcleo de Formação Geral com o Núcleo de Formação Profissional, da prática com a teoria, por meio da integração dos conteúdos, utilizando a metodologia da problematização.

-Sala de Aula Virtual – ampliação da comunicação entre os docentes e os alunos, disponibilizada através de *site* da própria Universidade para todos os docentes e alunos.

-Oficinas de Educação em Saúde - inserção das ações educativas e de promoção de saúde bucal. Participam desta atividade todos os alunos do 7º período que atuam na Clínica Odontológica Infantil, e tem como público alvo os responsáveis que trazem os filhos para tratamento.

- **Vídeos** – diversificação do modo de apresentação dos conteúdos pelos professores, visando a oferecer maior dinamismo às disciplinas.

- **Aula Externa** – apresentação de conteúdos relacionados às normas de citação e referência bibliográficas, na forma de vivências práticas de busca na Biblioteca do Campus e na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

No Currículo B as atividades Acadêmicas articuladas ao Ensino de Graduação são divididas da seguinte forma:

A - Estágio Curricular Supervisionado

Acontecem dentro do espaço físico do Curso de Odontologia através de Clínicas Integradas/Clínicas Odontológicas e em ambiente extra-muros em interseção com o SUS.

Essa interseção com o Sistema Único de Saúde (SUS) é feita através de convênios entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS-RJ). A Universidade também mantém convênios com Organizações Não-Governamentais (ONGs). Dessa forma, os alunos em estágio curricular supervisionado, matriculados no último período do curso, são distribuídos por Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Saúde da Família (onde realizam práticas de ambulatório e visitas domiciliares), escolas públicas e Organizações Sociais.

B - Iniciação Científica e Extensão

A Iniciação Científica e a Extensão acontecem sob a forma de Projetos, como por exemplo:

- 1) Pré-Clínica de Odontopediatria – objetiva a agilização da primeira fase de tratamento dos pacientes infantis que se encontram na lista de espera para a Clínica de Odontopediatria no intuito de controlar os fatores associados à instalação e evolução do processo de cárie e doença periodontal, antes da execução da fase curativa do tratamento que ocorrerá na disciplina de Odontopediatria;
- 2) Projeto Trauma - destinado ao tratamento integral dos dentes com história de traumatismo propiciando atendimento Odontológico multidisciplinar, através do tratamento e da reintegração estética;
- 3) Projeto Ambulatório de Estomatologia – visa possibilitar, aos alunos de graduação, experiência prática no diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões bucais (úlceras, leucoplasias, tumores, etc);
- 4) Projeto Sorriso Pró-Criança Cardíaca - parceria entre a Universidade e um Hospital de cardiologia promovendo o atendimento Odontológico das crianças cardiopatas.

5.5 - Caracterização do Grupo 1 - Coordenadores

Foram entrevistados sete coordenadores, sendo quatro mulheres e três homens. Exercem atividades de Coordenação de Clínica Integrada (2), coordenação de graduação (2), coordenação da extensão – PSF (1), coordenação de Saúde Coletiva (1) e Direção do curso. O tempo de atuação no curso variou entre dois e sete anos.

5.6 - Caracterização do Grupo 2 - Professores

O grupo de professores foi composto por seis integrantes, distribuídos igualmente entre homens e mulheres. Segundo os critérios de seleção, a amostra contou com professores da área clínica (50% da amostra, que atua como docente nas Clínicas Integradas) e da área de Saúde Coletiva. O tempo de docência total variou entre sete e nove anos. As áreas de especialização incluíram Saúde Coletiva (2), Prótese (2), Periodontia (2), Odontologia Social (1), Implantodontia (1) e Dentística (1) .

5.7 - Caracterização do Grupo 3 - Alunos

A amostra de alunos selecionada foi pequena, porém, escolhida aleatoriamente e incluiu quatro alunos do último período. Foi composta na sua totalidade pelo sexo feminino com idades variando entre 21 e 25 anos.

Observação: A utilização de pronomes no genérico masculino durante o texto, embora muitas vezes a fonte do enunciado seja mulheres não significa uma adesão ao sexismo na linguagem, mas sim um cuidado com a anonimidade dos entrevistados.

5.8 - Tipo de instrumento utilizado no levantamento de dados primários

Foram desenvolvidas entrevistas gravadas através de instrumento semi-estruturado (Anexos 3, 4 e 5). As perguntas abrangeram questões relativas às DCNO, currículo e

processo ensino-aprendizagem em Odontologia, atenção integral e trabalho em equipe de saúde. As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2005 e janeiro de 2006, na unidade básica onde os alunos atuavam, nas salas da administração do curso, e no consultório particular de um entrevistado. O tempo de entrevista variou entre 30 e 60 minutos. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 6). Após as gravações, as entrevistas foram transcritas manualmente, selecionando-se os trechos mais significativos. Seus resultados foram consolidados e agrupados em temas. A análise dos resultados procurou observar os pontos de convergência e divergência entre os entrevistados.

5.9 - Pressupostos Metodológicos

Uma das maiores ameaças à produção de conclusões válidas num estudo qualitativo são os vieses não identificados do pesquisador, especialmente, quando se trata do estudo de somente um pesquisador. Isso pode levar o pesquisador a selecionar os dados que confirmam os seus pressupostos, desconsiderando evidências que as desconfirmem ou explicações e interpretações alternativas. (Maxwell, 1996 apud Aguiar, 2000).

Além disso, Atkinson (1995, apud Aguiar, 2000) chama atenção para que o pesquisador busque atingir alguma familiaridade com o assunto e com o conteúdo técnico para entender o domínio cultural no qual está atuando. Dessa forma, minha dupla inserção, sendo pesquisadora e Dentista, aliada à participação em eventos e o interesse por publicações a respeito do objeto de estudo, corroborou com a naturalização e incorporação dos assuntos pesquisados. Por outro lado, procurei estar especialmente atenta à possibilidade de estereotipar os atores, buscando evidências que desconfirmassem minhas premissas. Para tanto, mantive-me numa posição externa à cultura institucional, evitando presumir como é o conteúdo e como os atores os legitimam, buscando permanecer aberta para entender como esse conhecimento é utilizado e justificado.

Outro problema importante para os estudos de caso, gira em torno da generabilidade das conclusões. De acordo com Wehlage (1981) apud Aguiar (2000), a meta de generalização do estudo de campo é conectar a experiência de campo de indivíduos ou de grupos com as estruturas mais amplas que dão forma a essas experiências.

Assim, ao invés de definir leis culturais ou sociais é possível estender os “insights” interpretativos para outros contextos através de analogias. Essa tarefa de identificar situações análogas deve ser feita pelo leitor.

“Os insights do pesquisador podem ser transferidos por analogia para outros contextos sociais pelo consumidor da pesquisa. Assim generalização por analogia pode ocorrer, uma vez que a pessoa reconhece que uma situação análoga foi encontrada” (Wehlage, 1981, p. 214 apud Aguiar, 2000)

Foge ao escopo deste trabalho a possibilidade de generalizar, mesmo por que existem circunstâncias regionais e até institucionais que sugerem uma heterogeneidade importante na apropriação das discussões propostas pelos inúmeros cursos de Odontologia. No entanto, na tentativa de ampliar o conhecimento teórico sobre a incorporação do princípio da integralidade nas discussões sobre as DCNO espero prover elementos para que o leitor interessado no tema da formação profissional em saúde possa generalizar e aplicar os conhecimentos produzidos para problematizar outras situações.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 - Limites e possibilidades da contribuição das DCNO para a construção da integralidade em saúde

A partir das dimensões da Integralidade abordadas por Mattos (2001) foi feita uma análise sistemática das DCNO no sentido de tentar apreender se esse documento favorece ou não a formação do profissional apto a atuar na construção da integralidade em saúde.

O processo de reformulação do ensino superior significou um avanço para a formação do profissional capaz de atuar além das fronteiras da própria profissão, ampliando suas competências e habilidades para uma concepção mais ampliada da atuação em saúde e apontam também, para a reconfiguração dos papéis dentro das práticas em saúde, potencializando o perfil de atuação como profissional de saúde e não mais como componente técnico específico do trabalho em equipe.

Cabe lembrar, porém, que a construção da proposta das Diretrizes incorpora um agregado de contribuições que sofreram modificações por inúmeras disputas de interesses, inclusive na definição dos princípios comuns a todas as carreiras da área de saúde:

“Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa”(Brasil, 2001-a; Brasil 2001-b)

Por definição, as propostas das DCNAS reforçam a “articulação entre Educação Superior e a Saúde, objetivam a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade”. (Brasil, 2001-a; Brasil 2001-b)

Nesse aspecto observou-se no documento das DCNO a existência de uma forte delimitação das competências gerais ao próprio campo específico da Odontologia, demonstrando uma certa desarticulação com as propostas iniciais das Comissões de Especialistas da SESu/MEC e do CNE/CES.

“Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população”. [grifo nosso]¹² (Brasil, 2002).

Além disso, a explicitação das competências e habilidades gerais apontam que “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” [grifo nosso] (Brasil, 2002). Com a ênfase na esfera de atuação exclusivamente restrita ao âmbito profissional do Cirurgião-Dentista, as concepções de atenção à saúde das DCNO podem ser apropriadas como uma mera ampliação do consultório odontológico para incorporar as diversas especialidades e com isso valorizar a Clínica Integrada, que passa a ser vista como dispositivo suficiente para alcançar o perfil generalista.

O fato é que existe uma certa discrepância entre as competências prescritas para cada curso (específicas)¹³ e aquelas consideradas como princípios gerais para a área da saúde (gerais). Ao apontar, nas competências gerais, para uma capacitação específica de cada área do saber, as DCNO suprimem uma reflexão mais ampliada do cuidado e dificultam a interação equilibrada entre os trabalhadores da equipe de saúde. De mais a mais, é possível

¹² Em contraste, nas DC de Medicina o documento delineia um perfil de egresso mais condizente com os Princípios das Diretrizes Curriculares para a área de saúde, pois, não restringem a atuação do médico, deixando margem para a ampliação das suas competências dentro do cuidado em saúde: “O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. (Art. 3ª Brasil, 2001-c).

que os aspectos enfocados neste trabalho, como as concepções da atuação em equipe e integralidade em saúde, estejam sendo pouco apropriadas pelas lideranças da Odontologia, refletindo no texto das DCNO.

O que se pretende com o aprofundamento do debate sobre cuidado em saúde e trabalho em equipe não é desqualificar a importância das atividades próprias de cada área profissional, mas a possibilidade de configuração de núcleos comuns de práticas e conhecimentos em que a natureza das ações provenha da formação em saúde e não da especificidade técnica de cada área. Pode-se analisar, por exemplo, os programas de prevenção à cárie e ao câncer de boca, cujas atividades educativas, a identificação e o diagnóstico inicial podem ser executados por vários profissionais. Igualmente, a identificação de uma prótese mal adaptada ou mal higienizada, que esteja causando danos aos tecidos moles de determinado paciente também não deveria se configurar em atributo exclusivo do Cirurgião-Dentista. Utilizo exemplos de aspectos da Odontologia problematizando o discurso utilizado habitualmente no qual a Odontologia é estimulada a participar das atividades que hoje competem a outras áreas de saúde. A recíproca é verdadeira: as demais carreiras podem participar efetivamente do processo de cuidado em Saúde Bucal. Talvez estes pontos híbridos pudessem estar mais explicitados no item que trata das competências gerais nas Diretrizes de cada Curso de Graduação da Área de Saúde.

Resgatando as discussões iniciais envolvendo o conceito de trabalho em equipe utilizado por Peduzzi (2001), essas considerações promoveriam a articulação das ações e a integração dos agentes, indo ao encontro da proposta de integralidade das ações de saúde. O resultado é ambíguo: se por um lado os princípios gerais para as Diretrizes dos Cursos de Graduação da Área de Saúde propõem uma formação geral incorporando a perspectiva de cuidado à saúde que inclui todas as carreiras, por outro, no que tange aos aspectos específicos

¹³ A partir da análise das Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia (Brasil, 2001-c; Brasil, 2001-d; Brasil, 2002).

do texto da Odontologia, surgem brechas para uma apropriação, por parte de gestores e comunidades acadêmicas, restrita apenas ao âmbito mais tradicional da prática profissional, centrada no consultório.

Considerando a construção histórica da prática profissional, no caso da Odontologia, ao colocar essa forma de configuração as DCNO dificultam uma compreensão ampliada do Cirurgião-Dentista como membro da equipe, com as conseqüências que isso teria para os cuidados na saúde em geral.

Seria esperado que as competências específicas se voltassem muito mais para os aspectos exclusivos da Odontologia e que as competências gerais cuidassem dos pontos comuns às diferentes áreas. No entanto pode ser percebida uma inversão dessa lógica, onde no parágrafo sobre competência e habilidades específicas as DCNO enfatizam a integração do Cirurgião-Dentista aos cuidados mais gerais dos pacientes.

“Art 5º II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o” (Brasil, 2002).

“XIII - aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade” (Brasil, 2002).

Mesmo assim, em muitas vezes limita a atuação do CIRURGIÃO-DENTISTA a seu âmbito profissional.

“X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais” (Brasil, 2002).

“XVI - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade” (Brasil, 2002).

“XXVI - realizar a preservação da saúde bucal” (Brasil, 2002).

Com relação aos conteúdos curriculares, as DCNO apontam no seu artigo 6º que “os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional” (grifo nosso). Dessa forma, direcionam a aplicação de todos os conhecimentos limitada a prática profissional em Odontologia.

O uso do termo “saúde bucal” é recorrente em todo o documento, o que reitera a concepção prevalente da atuação do Cirurgião-Dentista centrado nas competências exclusivamente odontológicas.

No trecho em que trata da Organização do Curso, é abordada a configuração do projeto pedagógico no sentido da busca pela formação integral e das configurações do “*perfil do profissional integral*”. Nesse trecho, são abordados alguns aspectos em coerência com os pressupostos de integralidade que se discutiu inicialmente. Apontam para uma ampliação do entendimento do egresso das realidades em que se insere o seu trabalho profissional e a importância da sua contribuição social.¹⁴

Alguns trechos identificados denunciam um movimento de convergência com alguns aspectos dos pressupostos de integralidade abordados inicialmente.

“[perfil do Cirurgião Dentista] pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade – Art. 3º” (Brasil, 2002).

“Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da

14 “Art. 10 § 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região” (Brasil, 2002).

sociedade e de procurar soluções para os mesmos (...) tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo – Art 4º, item 1º” (Brasil, 2002).

Outros trechos apontam aspectos da formação que envolve a administração/gerenciamento e liderança.

“No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (...) Devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde– Art 4º, item I” (Brasil, 2002).

Aparecem ainda citados ao longo do texto expressões como “formação integral”, “profissional integral”. Entretanto, o texto das DCNO evidencia um grau de desorganização das idéias e concepções do termo integralidade em saúde, que ao mesmo tempo que aponta para uma maior integração com o campo da saúde em geral, também direciona reiteradamente para a prática clínica do Cirurgião-Dentista, restringindo seu papel como eventual protagonista nos processos de trabalho em equipe de saúde.

Outro exemplo disso é encontrado no artigo 13º que aponta no seu item I para a estruturação do curso de graduação em Odontologia que estabeleça um perfil de “*profissional integral*” definido a partir das áreas de formação geral, profissional e de cidadania. No entanto, logo em seguida, no item II, resumem a importância dos conhecimentos “básicos” à suposta aplicação clínica que eles poderiam ter: “II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular” (Brasil, 2002).

Além disso, a concepção de integralidade contida neste documento enfatiza predominantemente os aspectos relacionados à dimensão da prestação de serviços.

“IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema – Art. 5º” (Brasil, 2002).

Com isso, se por um lado as DCNO buscam uma ampliação das competências do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde, por outro reforçam o reducionismo que caracteriza a prática profissional ao longo de sua história. Essa incongruência demonstra escassa sofisticação da reflexão sobre o papel da Odontologia nas discussões sobre formação de RH em Saúde. Ao que parece não existe uma consciência de ampliação de papéis no seu sentido prático, ou seja, as inúmeras citações da atuação do Cirurgião-Dentista no âmbito geral do trabalho em saúde, não encontram reflexos nas atividades transcritas em trechos que se referem às práticas do Cirurgião-Dentista.

Além disso, as concepções de cuidado, enfocadas no início desse trabalho, acabam restringidas durante o texto das DCNO na medida em que acompanham a abordagem dada às discussões de integralidade em saúde e a percepção do trabalho em equipe¹⁵. Essas discussões emergem à luz do novo modelo assistencial, que em última análise as DCNO reforçariam, e cujo imenso desafio de implantação para as profissões, especialmente para Odontologia, é o trabalho em equipe. A discussão da equipe de saúde no contexto na Odontologia significa ter que romper com muitos paradigmas que alicerçam a profissão. A Medicina e a Enfermagem, por exemplo, de alguma forma já trabalham em conjunto, apesar de todas as dificuldades que possam permear essa relação. No entanto, a Odontologia tem o seu histórico moldado pela prática isolada dentro do consultório dentário e sem integração com as demais áreas.

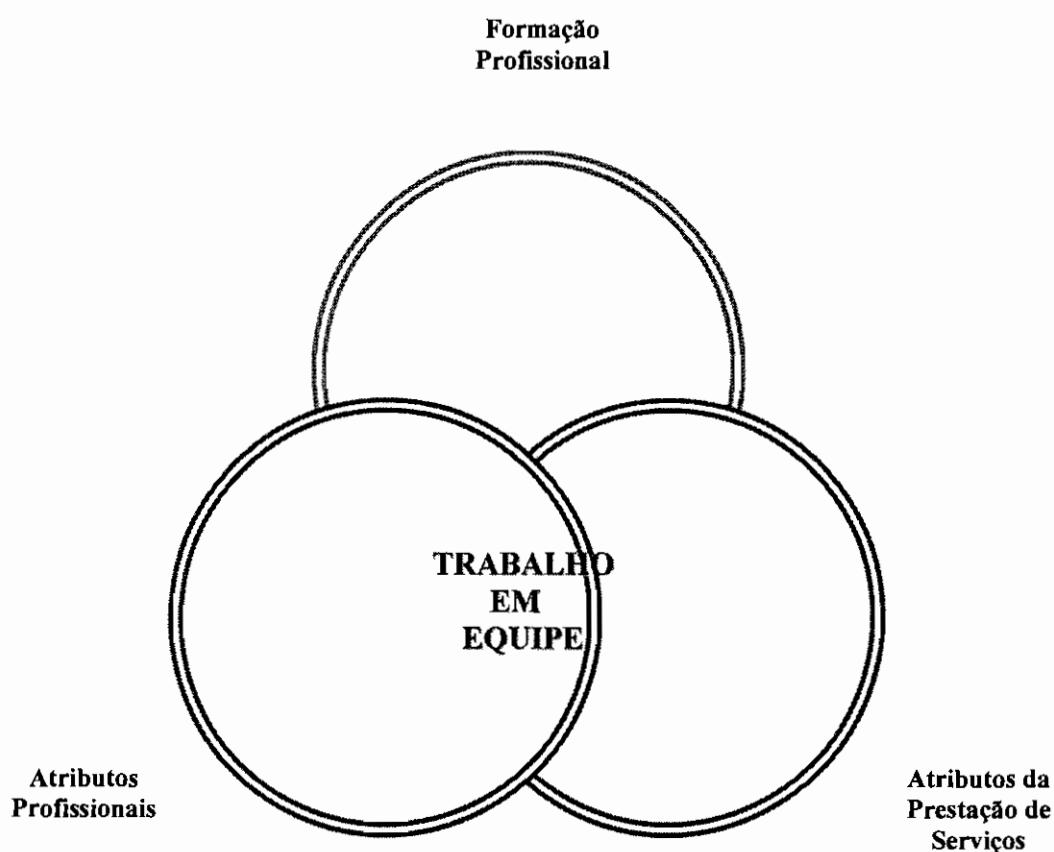
Explorando mais uma vez as discussões sobre integralidade a partir de Mattos (2001), a questão do trabalho em equipe aparece como um campo de interseção entre os atributos

¹⁵ Vista aqui a partir das discussões de Peduzzi (2001)

profissionais e os atributos da prestação de serviços, mediados pelo processo de formação, materializando-se na prática conjunta do cuidado em saúde (Diagrama 1).

Essas discussões tornam-se estratégicas hoje, dado que o resgate do conceito de saúde como direito dentro das diretrizes da primeira política de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente). Dentro desse contexto, as DCNO aparecem como mediadores essenciais do processo na medida em que têm como atributo principal a preparação dos RH que irão compor essas equipes e que estarão obrigatoriamente sendo impelidos a refletir sobre os instrumentos e práticas do cuidado no seu cotidiano de trabalho.

Diagrama 1



6.2 - A experiência do Curso de Odontologia na adequação às DCNO

6.2.1 - Resultados das entrevistas com Coordenadores - Grupo 1

6.2.1.1 - Significado das DCNO para a formação do Cirurgião-Dentista e as dificuldades de implementação do documento

Todos os profissionais entrevistados afirmaram conhecer o documento que estabelece as Diretrizes Curriculares para a graduação em Odontologia. Sobre seu significado para a formação do Cirurgião-Dentista (questão 2), parece existir um consenso quanto ao fortalecimento da formação generalista. Aspectos salientados incluem a padronização de objetivos a serem seguidos pelas disciplinas, a visão das DCNO como um “alicerce” que conecta a formação técnica com a “linha do cuidado em saúde em seus aspectos ético e humanista” e a importância dada nas DCNO para o estímulo de um “ensino Odontológico que seja feito para a população como um todo e não só para os 10% que podem pagar um consultório particular”.

Quanto aos obstáculos para a adequação do curso às DCNO (questão 3), nas respostas, aparece em primeiro lugar, a dificuldade da participação de professores e alunos no processo de mudança. A dificuldade giraria em torno de uma cultura Odontológica voltada para a especialização, na qual os alunos já chegam na Clínica Integrada com a perspectiva de tornarem-se especialistas e os professores assumem a postura de reforçar ainda mais essa tendência.

“A dificuldade é que o aluno chega na Clínica Integrada com uma visão não generalista, mas de querer ser um especialista” (Coordenador 1).

“[Os docentes] reforçam muito a importância da especialidade que eles dão. Então (...) nessa mudança curricular que a gente propôs (...) a gente trouxe os docentes para participar disso e eles estão fazendo uma reflexão, porque isso mexe com a prática profissional deles, então acho que a maior dificuldade é a gente conseguir colocar os docentes nessa história” (Coordenador 7).

A dificuldade encontrada no corpo docente foi atribuída a uma não aceitação da abertura para o diálogo e a troca de experiências que de acordo com um dos entrevistados poderia ser vencida pela maior participação dos professores nas decisões. Ele ressalta a importância da construção coletiva do projeto pedagógico e a maior vivência com as DCNO, porquanto, na maioria dos casos, os docentes ainda são muito mais voltados para a parte técnica do que para a parte da docência propriamente dita.

Em uma das entrevistas aparece uma crítica à inclusão nas DCNO de competências relativas à organização e gestão de serviços de saúde, o que foi apontado como a maior dificuldade no enquadramento do curso às premissas do documento.

“É importante eu ter conhecimento de que existem mecanismos para gerenciar, para administrar, para inserir os recursos aqui e ali... mas talvez seja um pouquinho demais [esperar que se dê conta dessas habilidades na graduação] às vezes, eu acho a lista de habilidades...É a maior dificuldade que eu vejo”(Coordenador 2).

A estrutura do curso e a dificuldade de integração das disciplinas, que se estabelecem como “feudos” dentro da Universidade, também aparecem nas entrevistas:

“[O desafio é] fazer com que cada coordenador de cada disciplina perca um pouco essa coisa de que ‘eu é que determino isoladamente o conteúdo da minha disciplina, a ser ministrado de acordo com a carga horária que eu tenho’. (...) [O coordenador de disciplina] tem que ver o que está acontecendo de maneira sinérgica nas outras disciplinas (...) Se eu quero formar um perfil de generalista, de um profissional que seja eticamente comprometido com toda essa visão humanística, humanizada e que tem um alicerce técnico forte, eu tenho que estar flexibilizando esse processo com as outras áreas de conhecimento aqui dentro, e eu sinto que ainda é muito isolado” (Coordenador 3).

Foi levantado em uma das entrevistas uma visão dicotômica entre a incorporação de aspectos da prevenção, em detrimento dos conteúdos e práticas restauradores, destacando o fato do curso apresentar um perfil que privilegia a promoção de saúde, o que curiosamente dificultaria alcançar um perfil generalista:

“ A nossa faculdade aqui é basicamente de promoção de saúde, então (...) nem sempre você consegue traçar um perfil generalista. As diretrizes falam muito no generalista, (...) é importante isso mas (...) do mesmo jeito que tem outras faculdades, por exemplo a [faculdade X] é muito mais restauradora, a nossa é muito mais de promoção de saúde, apesar de estarem as duas no Rio de Janeiro, próximas até. [Elas] têm características filosóficas diferentes. (...)Então quando você muda de uma faculdade para outra você tem que fazer uma adaptação no currículo” (Coordenador 6).

6.2.1.2 - Formação para o SUS e os novos cenários de ensino-aprendizagem

A temática da formação para o SUS permeou a maioria das discussões dos entrevistados com relação às DCNO. A questão sete procurou, então, aprofundar de que maneira esses atores compreendem o sistema público de saúde brasileiro e suas conseqüências para a formação profissional.

Para uma boa parte dos entrevistados o SUS não é um bom cenário de aprendizado. Alguns deles expressaram suas críticas ao sistema de saúde de maneira contundente.

“O sistema de saúde vigente no país tem muitas dificuldades, muitas limitações, então você tem que se adaptar a essa realidade em função do sistema. Então, por exemplo, eles falam em “dente escola”, é um negócio que o MS preconiza (...) mas quando você manda seu aluno para lá, não funciona, e aí? Você tenta se adequar criando (...) uma disciplina de Saúde Coletiva em que o aluno tem que participar dessa relação do SUS, só que ele vai para escola e cadê o Dentista da escola? O Dente-Escola não funciona. Então as vezes isso tudo é um pouco fachada, essas políticas de saúde. Então você vai adequar a essa fachada? O próprio aluno reclama, e aí na faculdade particular muitas vezes isso daí faz com que a gente mude em função disso” (Coordenador 6).

“Às vezes a gente esbarra nos problemas do próprio sistema de saúde, que acaba não propiciando uma vivência plena (...) O sistema de referência e contra-referência funciona como barreira no aprendizado do aluno no serviço” (Coordenador 2).

Os demais basearam-se apenas em evidências eminentemente empíricas e descoladas de um conhecimento prévio analítico da situação da saúde pública do país.

“O sistema de saúde no país é um fracasso, nós estamos numa decadência só. Você tem que estruturar um aluno não ... eu sou contra que o aluno saia especialista, eu sou a favor que ele saia generalista, só que a realidade chega a ser até cruel” (Coordenador 4).

“Eu fui fazer um laboratório, eu fui ver como funcionava. Já que eu estou propondo isso ao meu aluno, eu tenho que pelo menos, já que eu não tenho vivência em saúde pública dessa forma, eu fui ver emergência, acompanhar alunos e... Deus do Céu, Deus do Céu!” (Coordenador 5).

Essas críticas parecem demonstrar que os entrevistados não vislumbram com clareza a dinâmica com que o SUS tem produzido novos cenários, nem se vêem como atores desse processo. Eles retratam apenas o SUS que conheceram, esquecendo-se que este é um processo em construção e ignorando o potencial que o ensino tem em produzir mudanças nas suas configurações.

É possível que o desconhecimento que esses entrevistados demonstraram quanto à realidade atual de determinados cenários do SUS acabem por levar a uma desconsideração dos benefícios e avanços advindos da trajetória de lutas e discussões, que se configuraram no movimento sanitário brasileiro e das contribuições para uma concepção ampliada de atuação do Cirurgião-Dentista, com o desenvolvimento de competências que envolvem o conhecimento dos aspectos sociais, políticos e humanistas do cuidado. Dessa forma limitando-o apenas ao seu universo de conhecimento.

Na realidade, o fato do SUS apresentar diversas falhas não significa que não se constitua em ferramenta de aprendizagem, ao contrário, essas próprias falhas podem funcionar como objeto de desenvolvimento crítico dos alunos através de discussões dentro de sala de aula.

O que essas entrevistas apontam, na verdade, é uma visão do SUS, como mais um campo de trabalho e não como estratégia de ensino, desconsiderando o potencial dos cenários de ensino-aprendizagem da rede pública para a formação do Cirurgião-Dentista.

“Mas eu acho que você tem que dar opções para esses alunos, tanto que ele aprenda o que é o top de linha ou o que ele pode fazer dentro das prioridades de um paciente. (...)ele tem que ter essas duas visões: tanto o que ele pode dar de melhor no consultório dele particular, que em Ipanema, ou que... independente da onde for, quanto fazer uma prova pro município e trabalhar num posto de saúde”(Coordenador 4).

“O sistema de saúde vai ser um grande empregador, então eu não posso fechar essa porta pro meu aluno. Eu tenho que preparar o meu aluno para que ele possa ter opção de trabalhar no sistema de saúde” (Coordenador 5).

Alguns entrevistados acreditam que para o curso contemplar o sistema de saúde vigente no país é necessário a aproximação com o PSF e o reforço ao perfil generalista, no entanto, percebem que a formação atualmente não propicia esse enfoque, predominando ainda a valorização das especializações e da prática no consultório particular.

Um entrevistado apresentou uma introdução importante sobre as discussões acerca da metodologia de ensino de temas relacionados à formação para o SUS. Nela foi apontada a necessidade de uma melhor fundamentação teórica com conteúdos que incluíssem disciplinas ligadas ao SUS propriamente dito, à Saúde Coletiva e a determinantes sociais de saúde-doença. Isso encontra relevância ao se comparar os depoimentos tanto de coordenadores, de alunos ou de professores, que em sua grande parte demonstram escassez conceitual e reflexiva acerca do SUS. Não existe na maioria das falas uma argumentação teórica e mesmo as críticas, quanto a sua utilização como cenário de aprendizagem, ficam diluídas em suposições baseadas em frágil evidência empírica.

Se o SUS é visto como um bom cenário de aprendizagem ou não parece depender da habilidade dos atores para olharem de forma crítica mediante razoável grau de conhecimento teórico oriundo das discussões sobre saúde pública.

De acordo com Moysés (2004), para se obter essa capacidade crítica na formação profissional é indispensável o desenvolvimento de competências quanto às dimensões ética, política, econômica, cultural e social do seu trabalho para que se produzam sujeitos com capacidade para protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão.

Como obstáculo à formação voltada para o SUS, foi levantado que existe uma dificuldade em trabalhar os alunos para o serviço público, por que estes entram no curso com a idéia de atuar em consultório particular e sem a noção da gama de possibilidades de inserção no mercado de trabalho que a Odontologia apresenta e que está respaldado pelas novas DCNO, enxergando o trabalho no SUS como um “*castigo*”, segundo informa um coordenador entrevistado.

O maior amadurecimento da relação com o MEC e mais investimentos do Ministério da Saúde na reestruturação dos currículos universitários foram citados por um entrevistado, que aponta, ainda, para a mudança curricular que o curso propôs como exemplo de adequação às DCNO.

A temática dos novos cenários de ensino-aprendizagem foi levantada, apontando para a forma como esta é apropriada pelos gestores da instituição. Em uma das respostas foi relatado que em determinada Clínica Integrada o curso oferecia aos alunos um ambiente de trabalho aproximado ao que eles supostamente encontrariam na rede pública.

“Eles atendem o paciente aqui simulando o atendimento em posto de saúde, com as mesmas dificuldades. (...) Por exemplo na Clínica Integrada [habitualmente] você usa isolamento absoluto¹⁶ para tudo. E

¹⁶ Manobra técnica utilizada na clínica com objetivo de isolar o campo de trabalho através de um lençol de borracha, reduzindo a contaminação das cavidades dentárias e protegendo o paciente da deglutição ou aspiração acidental de instrumentos, resíduos de dentes e de substâncias químicas. É utilizada em procedimentos restauradores e endodônticos, sendo adotada atualmente como técnica de excelência nos tratamentos odontológicos e preconizada pela literatura especializada.

no SUS não tem isso, então ele aprende a fazer um isolamento relativo¹⁷ perfeito, é... um tratamento expectante¹⁸. Por exemplo no SUS só alguns locais fazem [tratamento de] canal, outros não fazem, então você pode fazer tratamento conservador ao invés de você partir logo para um tratamento mais radical. Então eles aprendem isso aqui” (Coordenador 4).

Isso é um aspecto a ser debatido e analisado. Obviamente que não é pertinente ensinar ao aluno a trabalhar em condições inadequadas reforçando o estereótipo de que o SUS é um serviço pobre para pobres. Por outro lado, o fato de ensinar a maneira de excelência pode não ser suficiente para que o aluno aprenda a se adaptar às diversas situações em que irá atuar. Ou seja, é possível que haja uma incorporação da necessidade de diversificação das práticas que evita a ampliação do processo ensino-aprendizagem para os cenários onde estas de fato sejam pertinentes.

A partir do exemplo citado pelo entrevistado, as mudanças nas práticas do cuidado que são passadas aos alunos deveriam, na verdade, ser ensinadas nos ambientes externos à faculdade, por que essa iniciativa de mimetização do ambiente de trabalho do serviço público funciona apenas como um artifício para suprir o fato de que o aluno não vai ao cenário de atenção básica odontológica. E nesse sentido as concepções sobre diversificação de cenários de ensino-aprendizagem passam a ser incorporadas de forma extremamente simplista quando comparada às discussões que se colocam hoje na literatura.

Resgatando a discussão da literatura sobre o potencial do ensino-aprendizagem nos cenários comunitários e serviços básicos de saúde percebe-se que não basta modificar as práticas dentro da própria instituição de ensino. É preciso preparar o aluno para atuar na realidade dos serviços, diversa e dinâmica, inserindo-o na realidade provável de atuação, incorporando-o como sujeito no contexto social em que este se encontra.

¹⁷ Manobra alternativa ao uso de isolamento absoluto, que utiliza roletes de algodão para o isolamento do campo.

¹⁸ Intervenção que tenta evitar o tratamento Endodôntico (canal), indicado em alguns casos de vitalidade pulpar.

O fato é que o processo de ensino deve extrapolar os moldes tradicionais que utilizam apenas as estruturas da Universidade como instrumentos de aprendizagem. É preciso repensá-los e considerar as diversas opções que se apresentam e as mudanças estruturais que o sistema de saúde vem passando ao longo do tempo, que resultaram em novas práticas e saberes, incluindo a comunidade, o serviço e as políticas públicas.

Marins (2004) aponta que a construção de um currículo baseado nos princípios dessa nova lógica “tende a tomar como pressuposto a constituição de um perfil profissional adequado à realidade sanitária local, ao mercado de trabalho e ao desenvolvimento científico e tecnológico vigente”.

Paralela a essa discussão emerge a possibilidade colocada de problematizar questões éticas que devem assegurar a igualdade na oferta de serviços que a faculdade oferece aos que procuram por cuidados. Qual o critério de seleção dos pacientes que receberão o tratamento de excelência e os que receberão o “tratamento do SUS”? Será correto privar um grupo do acesso a toda estrutura que o curso de Odontologia oferece aos seus pacientes? E será que com isso não se perpetua ainda mais a diferenciação existente entre os pacientes que apresentam condições de arcar com o tratamento em consultórios particulares e aqueles que necessitam procurar o SUS ou as Universidades? Nesse sentido corre-se o risco de tornar as clínicas das faculdades de Odontologia como uma extensão do serviço público no seu sentido mais negativo, que é o da diferenciação no atendimento aos pacientes em função da sua situação econômico-financeira.

Essa concepção assume um outro aspecto na fala de mais um entrevistado que questiona a presença de determinados conteúdos em função da modulação do perfil profissional voltado para o SUS.

“Será que um aluno de graduação para que ele seja formado um bom generalista ele precisa fazer canal multiradicular? (...) eles nem ficam com uma prática ideal do tratamento uniradicular e nem do multiradicular , então a coisa fica no meio do caminho (...)Prótese por

exemplo eu acho que os alunos tem uma formação de prótese fixa , e eles são colocados em contato com esse conteúdo, quando na prática eles muito pouco vão realizar disso trabalhando no Sistema Único né?”(Coordenador 7).

As falas apontam para aspectos paradoxos existentes no campo do saber Odontológico. Por um lado o fetiche da tecnologia existente dentro dos núcleos acadêmicos que atribuem aos avanços tecnológicos a função de formar profissionais mais capacitados a atender as demandas da população e por outro a limitação do conhecimento ao que se acredita ser a prática futura profissional, privando todo o sistema da capacidade criativa e reflexiva dos sujeitos¹⁹.

Opondo-se a concepção apresentada nessas falas, Pinheiro *et al* (2004) apontam para o acesso da população a todos os níveis de sofisticação tecnológica dos serviços como ponto de partida e condição para a construção do princípio da integralidade no SUS, defendendo que isso se configura no maior desafio das práticas de gestão no sistema.

Na verdade, esses entrevistados demonstram uma postura dicotômica, que impõe a escolha por um dos dois extremos e que não se abre para a discussão a respeito de alternativas intermediárias e sobre a crítica a respeito dos benefícios advindos ou não da utilização de cada uma delas. Sem a visão do componente político, parece existir uma certa alienação dos indivíduos que não se vêem como sujeitos, e que não encontram exemplos de superação dos constrangimentos que estão colocados, apresentando um cenário embutido num componente de aversão ao diálogo.

¹⁹ Ramos, M.N. (2001) identifica a redução da legitimidade dos saberes escolares a sua utilidade prática como uma armadilha de regresso ao tecnicismo educacional ou redução dos aspectos educacionais às atividades profissionais.

6.2.1.3 - Integralidade em Saúde e o Trabalho em Equipe

Ao serem indagados sobre o significado da expressão "Assistência Integral à Saúde" (Questão 8), houve diversidade de respostas com uma discreta concentração que a relacionou com uma forma de olhar que extrapole o universo da boca, associando a fatores sociais e de vida dos pacientes.

“Você olhar o paciente mesmo, a necessidade social, onde ele está, o quê que ele precisa, o meio que ele vive. Até para realizar, poder chegar no ponto final que seria no caso da odontologia a boca, mas antes disso ele tem muito que ultrapassar” (Coordenador 7).

Esse entrevistado acredita que isso é mais fácil para os alunos que estão começando a entender, do que para própria docência porque já trabalha há muito tempo numa situação onde a visão é a boca, é o dente. De fato, ao se observar as entrevistas feitas com os alunos, a percepção que se tem é que a visão destes é muito mais coerente e com embasamento do que a dos professores, que acabam por utilizar os termos presentes na entrevista e nas DCNO sem a compreensão fundamentada sobre o assunto.

Outras respostas apontaram para o significado de atenção integral como um olhar para todos os aspectos que estão intimamente associados à questão da saúde atribuindo à intersectorialidade a importância para se atingir a integralidade em saúde. Apontam para a estruturação do curso com a priorização das Clínicas Integradas, de forma a não segmentar a atenção ao paciente.

Em seguida alguns entrevistados demonstram uma limitação no conhecimento sobre o assunto, apontando uma certa confusão na definição do que seria a concepção sobre atenção integral.

“É ver o ser humano como ser humano, nem só a parte física. (..) Então atenção integral é isso, você dar condições para aquele paciente ter saúde.(...) Eu acho que as condições de vida hoje ficaram muito difíceis para você dar atenção integral para o paciente de um modo geral. Eu acho que atenção integral é saúde e mental, social, não é mais só aquele negócio de você estar com bem estar físico, né?” (Coordenador 6).

Um deles atribuiu, inclusive, ao SUS a responsabilidade de promover a atenção integral, como se esta fosse uma entidade ou um produto a ser ofertado pelo sistema público de saúde, desconectada da prática profissional seja ela pública ou privada.

“Atenção Integral a saúde é de modo que você tenha tanto saúde física quanto mental, né? E que essa atenção possa ser dada justamente pelo sistema vigente. O que nunca vai acontecer no momento porque o sistema vigente é muito pobre. Realmente é péssimo!” (Coordenador 5).

Visando apreender como se dá, para os entrevistados, a operacionalização da assistência integral no processo de formação do Cirurgião-Dentista e se seus discursos têm reflexos nas práticas, foi-lhes questionado sobre as características de uma formação em Odontologia voltada para a atenção integral à saúde.

Das respostas obtidas na entrevista, algumas referiram o papel do Cirurgião-Dentista na atenção integral à saúde atuando na atenção básica com prevenção e promoção de saúde. Outras se referiram à atuação na educação em saúde.

O restante das entrevistas apontaram para a atuação do Cirurgião-Dentista na oferta de tratamento dentário propriamente dito e para a o reconhecimento dos demais profissionais de saúde com quem atuará, como parceiros para a resolução dos problemas dos indivíduos, que não se restringem só a questão da saúde bucal.

Uma resposta faz emergir uma discussão importante sobre a associação que é feita entre a atenção integral, o SUS e a atenção básica.

“Integralidade não é só no SUS. A integralidade tem que ser em todos os ambientes, em todos os momentos.(...) E que seja um profissional, que fazendo a clínica dele particular, ele tenha essa visão diferenciada do paciente, ele tenha essa preocupação que vai para além do cenário cavidade oral” (Coordenador 3).

Essa foi a única fala que associou atenção integral e a prática do Cirurgião-Dentista no setor privado. Nas demais essa associação restringe-se ao serviço público e ao atendimento básico, em geral, realizado no PSF, incluindo aspectos da educação em saúde e

prevenção/promoção de saúde. De fato, a construção da integralidade em saúde não deveria restringir-se a determinados cenários de atuação, mas sim estar presente em todos os momentos da vida profissional. Além disso, a associação com a atenção básica pode indicar que na concepção dos entrevistados a atenção integral é vista como prescindindo da incorporação de determinadas tecnologias duras.

O conceito de tecnologias duras foi abordado por Emerson Merhy (1999) em texto que trata dos aspectos sobre as configurações tecnológicas do trabalho em saúde através da categorização dos tipos de intervenções assistenciais: duras, leves e leveduras. De acordo com o autor, as tecnologias duras seriam as ferramentas-máquinas, ligadas a equipamentos, procedimentos, configuradas na forma de raio-X, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar, por exemplo. As tecnologias leveduras seriam a conjugação entre o saber que as pessoas adquiriram e que estaria inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, e o saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado, como a Clínica e a Epidemiologia. E, por fim, as tecnologias leves relacionadas ao espaço intersubjetivo entre profissional de saúde e paciente, produzida através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, ou seja, do encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções.

O autor advoga a noção de que somente a conformação adequada da relação entre os três tipos poderia produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, através da maior defesa possível da vida do usuário (individual ou coletivo), do maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e do desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

Existe em andamento a implementação da recente política de saúde bucal - Brasil Sorridente - que prevê a ampliação da oferta nos níveis secundário e terciário, ampliando dessa forma a oferta de serviços de maior complexidade, que fogem do que se tem hoje na atenção básica.

Observe-se, então, o que a literatura em Odontologia aponta sobre os níveis de atenção em saúde, para melhor discutir o posicionamento adotado pelos entrevistados.

De acordo com Pinto (2000) a prestação de cuidados em Odontologia pode ser estratificada em quatro níveis: geral, primária, básica e complexa.

O nível de atenção geral se dedica aos problemas de ordem mais ampla e extra-odontológicas. O nível de atenção primária reúne as ações nos campos da promoção da saúde, prevenção e cuidados clínicos em geral a cargo, geralmente, de pessoal auxiliar ou técnico. O nível de atenção básica corresponde à prestação dos serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. O autor cita a definição utilizada pela Organização Panamericana de Saúde para “atenção básica em saúde bucal”:

“conjunto de ações orientado à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como o fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde. Estas ações se concretizam por meio do uso de tecnologias apropriadas e recursos humanos postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar” (OPS, 1983 *in* Pinto, V.G. 2000).

O nível de atenção especializada abrange ações que implicam em conhecimentos avançados, desenvolvidas em princípio por especialistas, na área clínica e reabilitação funcional, referindo-se a doenças de menor prevalência ou a atividades que exigem tecnologia de ponta e conhecimentos mais aprofundados.

De acordo com a classificação apontada e comparando às falas dos coordenadores, parece haver uma interpretação de atenção básica como restrita aos aspectos de prevenção e promoção de saúde e minimizando a incorporação de recursos tecnológicos mais complexos. Numa perspectiva ampliada, a construção da integralidade em saúde compreende mais do que dar acesso à população ao serviço, mas de fato, dar acesso aos tratamentos necessários, de acordo com a diversidade de realidades que o país coloca. O Brasil Sorridente, apesar de todas as críticas pertinentes a sua implementação, é um exemplo de ampliação dessa noção sobre as ações que envolvem a atenção integral dos indivíduos. É necessário, porém, que o debate sobre suas premissas e implantação venha a permear mais o ambiente acadêmico do que foi possível verificar no presente estudo.

A intenção ao formular estas questões sobre atenção integral foi a de avaliar a concepção de saúde dos coordenadores, ou seja, tentar apreender se estes a entendem nas suas múltiplas determinações ou se estão preocupados apenas com a assistência na sua conotação mais estreita. O que parece é que grande parte dos entrevistados incorporam nas respostas os termos que circulam pelas DCNO: falam em visão integral do paciente, em multidisciplinaridade, entre outros, mas a aplicação de tais conceitos no curso por enquanto parece ocorrer predominantemente na integração das disciplinas clínicas e incorporação de alguns cenários de atenção básica voltados para as necessidades bucais dos pacientes.

Esse fato pode ser claramente exemplificado ao se comparar a fala do Coordenador 3 com as dos alunos. Apesar desse entrevistado atuar com esses alunos em um cenário de atenção básica (projeto de extensão no PSF) e ter adotado com frequência em sua fala o termo “atenção integral”, metade dos alunos entrevistados informaram desconhecer este conceito. Embora o reduzido tamanho da amostra de alunos não permita confirmar a impressão de que o conceito não está sendo adequadamente debatido, o fato é sugestivo de que a terminologia de alguns princípios do SUS continua não permeando de maneira consistente o currículo de

Odontologia apesar dos esforços empreendidos por alguns docentes e coordenadores. Ou ainda, é possível que exista um descolamento entre discurso e prática vivenciada.

Com o intuito de aprofundar a discussão sobre a concepção dos coordenadores acerca da integralidade em saúde e tentando perceber se esses conhecimentos têm reflexos nas discussões sobre as práticas profissionais em Odontologia, foi questionado como eles entendem a contribuição do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde.

A grande maioria dos entrevistados limitou-se, em suas respostas, a atuação do Cirurgião-Dentista apenas às atividades relacionadas ao campo da Odontologia. A palavra “boca” aparece por diversas vezes nas falas desses entrevistados, demonstrando um entendimento mais tradicional do trabalho em equipe e das possíveis contribuições do Cirurgião-Dentista enquanto profissional de saúde, ou seja, reafirmando a relação entre o trabalho do Cirurgião-Dentista com a cavidade bucal do paciente.

“Acho importante porque o médico não tem condição de avaliar a saúde oral do paciente de um modo geral, ele pode avaliar ... ter uma noção do que está acontecendo mas não tem como ter uma avaliação real de saúde oral. Então a gente tem que fazer parte da equipe” (Coordenador1).

Dois entrevistados, porém, incorporaram em suas respostas a ampliação do trabalho do Cirurgião-Dentista na equipe para além da cavidade bucal, associando ao trabalho em educação em saúde, planejamento, e afirmando que o trabalho individual do Cirurgião-Dentista não consegue dar conta da atenção do indivíduo.

“A equipe de Odontologia trabalhando em saúde tem que se colocar como profissional de saúde e não como profissional da boca. Ajudar em levantamentos, ajudar em gerenciamento e não só ficar sentado para restaurar tantas cavidades” (Coordenador 7).

É altamente sugestivo, a partir dos resultados obtidos nas entrevistas com coordenadores, a percepção da integralidade em saúde e do papel da Odontologia na equipe limitadas ao seu próprio campo de atuação e de saber, interagindo como os demais membros

da equipe apenas de forma complementar, ou seja, circunscrita às lacunas deixadas pelos demais membros da equipe e não de forma sinérgica.

Será válido afirmar que a importância do Cirurgião-Dentista na equipe se dá apenas pelo fato de que seu conhecimento não faz parte do universo médico? Certamente essa não é a única contribuição que a Odontologia pode dar ao trabalho multiprofissional. O potencial de cada membro da equipe não se esgota no seu campo de saber e atuação, mas na sua capacidade de intervir na atenção à saúde dos pacientes e influenciar de maneira pró-ativa no processo do cuidado.

Ao que tudo indica é necessária uma ampla discussão do papel dos Cirurgiões-Dentistas na equipe de saúde de modo a engajar-se na discussão com as demais áreas de saúde sobre o desenvolvimento das competências gerais e das ações de cuidado em saúde.

6.2.1.4 - Iniciativas do Curso para adequar-se às DCNO

A grande maioria aponta para a iniciativa de ampliação das Clínicas Integradas, que passam a ser chamadas de clínicas odontológicas, como estratégia de adequação do curso às DCNO (questões 4 e 5) Esse é justamente o termo que trazem as DCNO, que de fato não falam em Clínica Integrada utilizando *ipse litteris* esta expressão. Falam no artigo sobre os *conteúdos essenciais* (art. 6º) em *clínicas Odontológicas*, que incorporam os conteúdos das matérias clínicas de Odontologia, com exceção de pediatria que se configura em uma clínica em separado, a *clínica pediátrica*.

Outra iniciativa apontada foi a mudança curricular recente, que incluiu seminários com os docentes, cujo objetivo foi o de discussão das ementas das disciplinas e a promoção do diálogo entre os professores das diversas disciplinas.

Lembrando que as DCNO orientam que “*a formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema*

regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (artigo 5º), o grupo foi questionado sobre a contribuição da instituição no desenvolvimento destas habilidades e atitudes apontadas (questão 6).

A grande maioria afirma que a instituição contribui, e exemplificaram com as atividades desenvolvidas no PSF, em ONGs e o convênio existente com o SUS onde os alunos trabalham em postos de saúde. Uma única resposta apontou para dois aspectos bastante interessantes. O primeiro diz respeito à inserção do PSF como atividade curricular obrigatória no curso e o segundo se relaciona à referência e contra-referência como aspecto fundamental na obtenção da integralidade em saúde.

“Então eu acho que a gente aponta nessa questão (...) Porque eu não consigo atingir de fato a questão da resolutividade por conseguinte eu não consigo atingir a integralidade se eu não trabalho essa questão da referência e contra referência” (Coordenador 3).

Através da percepção da necessidade de atendimentos especializados que complementem o sistema de referência e contra referência, foi apontado que se encontra em planejamento pela instituição um convênio com o SUS, através do atendimento que já é feito na unidade da saúde da família, que pretende utilizar a escola de Odontologia como um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO através de negociações com o município.

Em outro trecho as DCNO orientam que o projeto pedagógico *“deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência - Art. 9º”*. A partir da leitura deste trecho das DCNO foi questionado aos coordenadores como eles entendiam a sua implementação e de que forma isso era feito no curso (questão 12).

A maioria dos entrevistados, concordou em afirmar que a faculdade realiza as questões do ensino, extensão e assistência de maneira bem estruturada, citando inclusive a parceria existente com o município do Rio desde 1998, e apontaram como ponto crítico no curso da

instituição, a pesquisa que não é muito incentivada e tem pouca participação na estruturação do projeto pedagógico.

Foi relatado que não existe um direcionamento específico para a pesquisa em atenção integral à saúde, que fica mais ligada à pós-graduação através de pesquisas mais específicas e técnicas. Os entrevistados fazem, ainda, uma correlação com as Universidades públicas, que de acordo com eles têm mais facilidade no desenvolvimento de pesquisas em função do próprio financiamento governamental e pela possibilidade de maior dedicação dos professores em termos de carga horária.

“No curso como um todo na verdade não tem muito incentivo à pesquisa não, eu dou aula no mestrado aqui mas não tem muito incentivo à pesquisa não. Pelo contrário, se não tem lucro não tem pesquisa” (Coordenador 1).

“Diferente de uma Federal que você tem um professor 40 horas, em que ele está 12 horas, com o aluno, o resto ele está produzindo cientificamente. Na Universidade a gente não tem esse acesso, a Universidade privada basicamente paga os professores para estarem dentro de sala de aula” (Coordenador 5).

Um deles não sabia o significado da expressão extensão e após a explicação apontou como sendo a relação entre a parte teórica e a parte clínica do curso.

A partir da análise do projeto pedagógico do curso pode ser evidenciado que os projetos de extensão são muito voltados para as práticas Odontológicas, centrando o processo de aprendizagem nos conteúdos clínicos e de práticas específicas do Cirurgião-Dentista. Apesar de incluírem as atividades no PSF, que teoricamente compreendem uma abordagem interdisciplinar, de acordo com as entrevistas dos alunos (descritas adiante), essas atividades não estariam funcionando de acordo com os pressupostos do trabalho em equipe.

Uma outra discussão que as DCNO abordam em seu texto se refere à necessidade da integração curricular no projeto pedagógico dos cursos. Numa concepção mais ampliada, a integração curricular poderia incluir os seguintes âmbitos: integração entre prática e teoria;

ciclos básico e clínico; ensino-pesquisa-extensão; tendo como desafios a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, o estabelecimento de parcerias institucionais, o papel da avaliação do desempenho e competências dos alunos, bem como a reestruturação da gestão acadêmica (Aguiar, 2006). Partindo desse pressuposto amplo, foi questionado aos coordenadores a respeito do seu entendimento acerca da expressão Integração Curricular.

Durante as entrevistas os temas centrais levantados pelos coordenadores giraram em torno das especificidades da qualificação profissional. O grupo dividiu-se entre duas respostas e alguns apontaram ambas como formas de integração curricular.

Uma delas apontou para a integração de disciplinas afins como sendo a forma para se alcançar a integração curricular e este grupo cita como exemplos a modalidade de macrodisciplinas implementadas pelo curso, os conselhos de classe e a Clínica Integrada. As macrodisciplinas, de acordo com os esses entrevistados, funcionam como uma modalidade de junção de conteúdos de disciplinas diferentes trabalhando através da problematização de temas afins.

“Então se o conteúdo é, por exemplo, tumores ósseos, então ao mesmo tempo ele vai estar vendo os aspectos histopatológicos na patologia, os aspectos clínicos na estomatologia e os aspectos radiológicos na radiologia. Como uma maneira de integrar conteúdos e evitar a repetição de conteúdos” (Coordenador 2).

No entanto, foi relatado que estas “não deram certo” porque os professores que as compunham atuavam de maneira independente, sem comunicação e apenas uma delas continua funcionando ainda hoje, justificado pelo fato de ser oferecida por uma mesma equipe. Ao que parece, mesmo citando a problematização, os trabalhos feitos nas macrodisciplinas não conseguiram ser organizados e sustentados pelo corpo docente e pela coordenação.

“Ficam muito pesadas do ponto de vista pedagógico e acabou você tendo que fazer uma quebra, para poder novamente fragmentar o

conhecimento para que depois ele possa ser juntado de uma forma mais integral lá na frente” (Coordenador 5).

Os conselhos de classe citados funcionam como espaço de discussão das ementas entre os diversos professores e de organização de maneira compatível entre essas disciplinas:

“A coordenação do curso de Odontologia pega disciplina por disciplina, as ementas todas e tenta interagir com todas as disciplinas” (Coordenador 4).

Um dos coordenadores critica inclusive o texto das DCNO por omitir como ocorreria a integração curricular ou a integração efetiva da Odontologia com as demais áreas do conhecimento. É fato que as DCNO não explicitam as possíveis iniciativas neste sentido e acabam por permitir a estruturação do projeto pedagógico numa concepção restrita da prática clínica do Cirurgião-Dentista. No entanto, a crítica com relação à essa omissão das DCNO parece um pouco frágil. De acordo com Feuerwerker e Almeida (2004), o papel das orientações contidas nas Diretrizes Curriculares é o de estimular as escolas a superarem as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não o de definir um caminho único. E apesar dessas orientações propiciarem processos de mudanças profundos, por serem muito genéricas, podem acabar comportando mudanças mais tímidas e circunscritas de acordo com as experiências empreendidas nos diversos currículos, que segundo os autores são, na verdade, a expressão do posicionamento das Universidades frente ao seu papel social com relação aos conceitos de saúde e de educação.

Talvez, o problema maior seja a falta de entendimento das lideranças sobre possíveis modalidades de operacionalização. Além disso, é preciso levar em consideração os reflexos das propostas das Diretrizes que intencionalmente não querem engessar o processo que se encontra em construção e com um longo caminho pela frente.

O outro grupo de respostas sobre o significado de Integração Curricular centralizou na importância do conhecimento básico e em sua aplicação clínica, e ao longo das entrevistas a associação entre ciclo básico e ciclo profissionalizante é feita, ainda que centrada na Odontologia, ou seja, os conhecimentos são apresentados em função da sua importância para a prática na clínica odontológica e descolados da sua utilização como matéria fundamental para a formação do profissional de saúde.

“Acho que isso é que é integração curricular: que todas as disciplinas tenham uma integração que sempre dê exemplo de fatos, de procedimentos clínicos que ele vai ver mais na frente, mas sempre relacionando esses procedimentos” (Coordenador 4).

“Os profissionais que estão dando microbiologia [ciclo básico] (...) são Dentistas de origem, então isso faz com que todos os exemplos, todas as conexões são feitas com a área clínica, o que traz um interesse maior, o que possibilita uma interação do aluno com a área que ele escolheu. Então o que eu entendo (...) que a gente pode melhorar a integração curricular é ir lá ver onde eles aplicam mesmo na realidade isso” (Coordenador 7).

Ao discutirem o que seria necessário para adequar mais o projeto pedagógico do curso às DCNO, a grande maioria dos entrevistados considerou que este se encontra em consonância com as mesmas, no entanto, afirmaram que isso se configura em um processo de construção constante e que têm um caminho a percorrer, mas que estariam no “momento certo no lugar certo”.

As sugestões quanto a melhor adequação do curso às DCNO foram bastante diversas. Duas delas apontam para uma estruturação do curso que incorpore uma visão mais social em relação aos pacientes e um comprometimento maior com o cuidado. De acordo com um dos coordenadores, o projeto pedagógico do curso precisaria avançar em dois aspectos: na inserção mais precoce do aluno no trabalho na comunidade e na conciliação entre o que o aluno precisa aprender na prática e o tempo de carga horária que é dedicado para o conteúdo teórico.

“Acho que o aluno ainda sai sem o seu olhar do que é o serviço, que é importante” (Coordenador 7).

Essa discussão foi colocada anteriormente por outro entrevistado, quando levantada a questão da formação para o SUS, o que pode sugerir um maior comprometimento destes atores com a estrutura de formação dos alunos e não somente com o preparo para um outro mercado de trabalho diferente daquele para o qual os Cirurgião-Dentista vinham sendo preparados – o consultório particular.

Chamou a atenção a colocação de um entrevistado que ressaltou como dificuldade o próprio perfil dos alunos. De acordo com ele é complicado atingir bons resultados com alunos de classe social mais privilegiadas, que muitas vezes não aceitam bem o contato com as comunidades trabalhadas dentro dos projetos de extensão. Além disso, interpreta como uma barreira nessa adequação o próprio “Q.I.” dos alunos, que na opinião dela têm dificuldades de nível de entendimento.

As resistências ao trabalho comunitário de extensão são comuns, levando-se em consideração o estrato social que os cursos de Odontologia selecionam. Podem, eventualmente, ser superadas e executadas pelos alunos, mas demandam contextualização destas como parte intrínseca do processo de aprendizagem.

6.2.1.5 - A Clínica Odontológica Integrada e a formação do generalista

Dois aspectos ficaram bastante evidentes durante as entrevistas com coordenadores. A compreensão estrita do termo generalista e a utilização das Clínicas Integradas como instrumento principal na formação do Cirurgião-Dentista e como dispositivo para se alcançar o perfil generalista.

A formação generalista foi considerada, pelos entrevistados com um dos aspectos principais das DCNO, e norteia as mudanças implementadas no projeto pedagógico do curso.

No entanto, o entendimento a respeito do termo generalista se reduz à atuação apenas ao âmbito Odontológico, limitando as discussões sobre o perfil profissional à integração das especialidades Odontológicas, desconsiderando-se toda importância que os conhecimentos de outras áreas têm nas práticas de saúde.

Ao que parece, apesar de seus discursos apontarem para as atuais mudanças nos processos de trabalho, que incluem a atuação em equipe e a visão integral da saúde, nas suas práticas reproduzem o foco que acompanha a profissão ao longo do tempo.

“A gente tenta formar um profissional generalista só que a faculdade não é toda formada de Clínicas Integradas” (Coordenador 4).

É bastante interessante o quanto a integração das clínicas é lembrada como dispositivo para alcançar os pressupostos das DCNO e como estratégia na construção da atenção integral, do trabalho em equipe e da formação generalista do Cirurgião-Dentista.

“Tem faculdades que só tem Clínica Integrada. Não se fala mais em especialidade. É só integrada desde o momento que entra em clínica. A gente ainda não está nesse estágio, mas a nossa meta é chegar lá” (Coordenador 6).

A precocidade da introdução do aluno nas Clínicas Integradas foi levantada por um entrevistado supostamente como iniciativa de contribuição para a formação do generalista e para a integração curricular. Ele relata que a carga horária das disciplinas específicas do curso foi diminuída e aumentou-se a carga horária das clínicas Odontológicas (termo que passou a substituir o de “Clínicas Integradas”).

Isso é interessante, na medida em que é provável que faça parte do novo senso comum que a inserção mais precoce do aluno na prática clínica funcionaria como dispositivo da formação generalista e como instrumento para se alcançar a integração curricular. Dessa forma o currículo mantém-se centrado no universo da Odontologia. Na verdade, a atribuição

de tal importância à integração das clínicas poderia estar, na verdade, fortalecendo ainda mais o perfil técnico assumido pelos Cirurgiões-Dentistas ao longo do tempo.

“Acho que isso é muito difícil quando se tem as clínicas isoladas, porque o paciente especificamente na Odontologia, quando as clínicas são separadas, o paciente nunca é visto de uma maneira integral. Ele está sempre trocando de Dentista, trocando de professor que supervisiona... então a gente vai melhorar com as integradas (...) ampliando ainda mais essa atenção em formato de Clínicas Integradas” (Coordenador 7).

A utilização de Clínicas Integradas como panacéia para os problemas apontados sugere um entendimento sobre integralidade restrito ao diagnóstico e tratamento das afecções bucais. Assim, ao integrar as clínicas Odontológicas o curso avançaria na atenção integral à saúde deste paciente. Não é considerada a necessidade de entendimento do contexto social dos pacientes e o impacto de fatores que fogem ao escopo do conhecimento produzido pela própria Odontologia, que atuam sobre a saúde em geral com conseqüências evidentes para a saúde bucal. Ao contrário do que é sugerido nos depoimentos, corre-se o risco de que a integração das clínicas Odontológicas agrave o isolamento da profissão dentro do seu próprio universo e de sua prática centrada no consultório particular.

Os reflexos dessa problemática ficam evidenciados em duas vertentes: 1- Os entrevistados predominantemente se apropriam da visão de integração como sendo a integração das clínicas Odontológicas (“Clínica Integrada”), ou seja, o cenário intra-muros na forma de consultório continua dominante; 2- As competências gerais apresentam limitada ressonância nas falas dos entrevistados, que apontam em geral para aspectos específicos da Odontologia.

Apenas um entrevistado desvincula a Clínica Integrada da formação integral e aponta para a formação que vai além do universo da Odontologia e que compreende a formação englobando aspectos que esbarram nas demais áreas do conhecimento.

“Eu quando falo de formação integral, que a gente pensa assim, Clínicas Integradas. Aí a gente está olhando meramente para questão Odontológica (...) se eu olhar para esse lado eu vou estar olhando para integração de uma maneira muito pequena, integração para mim vai além disso. É ver o sujeito. (...) E ver o sujeito pressupões que eu veja outros parceiros de trabalho que estão comigo. Então eu vejo essa questão da integração como uma coisa que vai para além da Odontologia, ela esbarra nas demais áreas do conhecimento” (Coordenador 3).

O que pode ser percebido durante toda a entrevista com os coordenadores é que existe uma discrepância de linguagem, onde os coordenadores de Clínica Integrada (1 e 4) demonstraram um conhecimento mais tradicional e uma aproximação maior do perfil técnico-clínico. Isso implica numa discussão sobre o direcionamento que se dá na estruturação do curso, que vê nas Clínicas Integradas um dispositivo para a aproximação com o perfil que incorpore os pressupostos de integralidade em saúde. Até que ponto o perfil dos coordenadores de clínica integrada não influenciaria no resultado final do processo ensino-aprendizagem, que é a formação do profissional em Odontologia voltado para os pressupostos das DCNO? Junta-se a isso o perfil do corpo docente que, como será visto, difere expressivamente entre os professores da Clínica Integrada e da Saúde Coletiva.

Talvez venha a ser necessário rediscutir a estruturação e finalidades para que superem a mera integração das especialidades Odontológicas, perdendo a oportunidade de despertar no aluno a consciência do seu papel como profissional de saúde e de sua interpretação da vida enquanto integrante da sociedade.

6.2.2 - Resultados das entrevistas com Professores - Grupo 2

6.2.2.1 - Principais Aspectos e Dificuldades na Implementação das DCNO

Todos os professores entrevistados afirmaram conhecer o documento que estabelece as DCNO embora dois deles relataram dificuldade em lembrar seus pontos principais. A maioria citou a ênfase na formação generalista como principal aspecto das DCNO. Um

entrevistado ressaltou que a formação humanista deveria ser um tema transversal. Segundo ele, que é docente de Saúde Coletiva, a responsabilidade pela formação proposta pelas DCNO recai predominantemente na área de ensino da Saúde Coletiva, cuja carga horária é insuficiente para suprir as necessidades de adaptação do currículo.

“Porque o profissional [formado] tem que trabalhar no serviço público, ele tem que ter esse perfil generalista, tem que ter esse perfil humanista... e meio que jogaram a responsabilidade para a [Saúde] Coletiva. No final a carga horária da Coletiva era praticamente 10% da carga horária total do curso e é como se esses 10% fosse responsável para formar esse profissional e isso eu acho muito difícil, com 10% de carga horária você formar um profissional” (Professor 4).

Em seguida foi apresentado aos entrevistados um trecho das DCNO sobre competências e habilidades do Cirurgião-Dentista (Art 5º - Parágrafo único) que aponta que a *“formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”*. Após a leitura desse parágrafo os professores foram questionados a respeito do que consideravam como obstáculos para a formação com essas características. A maioria salientou os obstáculos inerentes à separação das clínicas em especialidades odontológicas, apontando para a prática mais precoce e freqüente nas Clínicas Integradas como solução para o problema.

“Hoje está se modificando aqui, [mas] só vai chegar a ter Clínica Integrada em alguns períodos. [A idéia] é integrar desde o início” (Professor 1).

Apenas dois deles apontaram para problemas que extrapolam o universo da Odontologia, salientando a hiperespecialização do corpo docente, o ideal de prática liberal e a segmentação da área da saúde dentro da própria Universidade, o que dificulta a formação para o trabalho em equipe.

“A formação geral dos professores que ainda é embasado no modelo clínico de consultório e o que as DCNO propõem é um modelo

direcionado para a Saúde Pública, equipe de saúde. Nisso se encontra muita resistência dos próprios professores. E isso vai se refletir no interesse dos alunos por esse tipo de modelo” (Professor 6).

“Acho que esse trabalho deve ser integrado não só entre os profissionais da Odontologia, mas ele deve ser integrado com uma equipe médica, ou de fonoaudiologia, de fisioterapia, eu acho que nesse parágrafo [o documento] tenta colocar esse tipo de trabalho, não só o trabalho em equipe odontológica, mas o trabalho em equipe com outras áreas da saúde. Acho que a maior dificuldade é porque isso é muito setorizado. A Odontologia trabalha num prédio, a medicina em outro prédio, não tem essa integração” (Professor 3).

6.2.2.2 - Formação para o SUS

Foi intenção da entrevista discutir com os profissionais a possibilidade do curso em que atuam formar profissionais aptos a atuar no serviço público (questão 8). Observa-se na análise das respostas uma clara diferença entre os professores de Clínica Integrada, unânimes em afirmar que o curso já prepara os alunos para tal atuação, e os de Saúde Coletiva, que em sua maioria discordam de tal afirmação.

“A responsabilidade para esse perfil fica a cargo das disciplinas de Odontologia Social (...). Normalmente elas têm uma carga horária pequena (...) Mesmo que você falasse apenas de integralidade, de equidade, de universalidade e falasse do SUS, você não conseguiria esse perfil” (Professor 4).

“Pelo perfil dos próprios professores, (...) [estes] acabam direcionando nas clínicas [para] a Odontologia de consultório ao invés da Odontologia de saúde pública” (Professor 6).

Analogamente a alguns coordenadores, certos professores sugerem uma associação entre a formação para o setor público com a diminuição da qualidade do ensino.

“Não é a gente abaixando o nível dos alunos para atuar em serviço público, porque falta alguma coisa, que a gente vai trabalhar o aluno pro serviço público. Acho que a gente botando o aluno num nível, qualidade ótima, está preparando para um serviço público. O serviço público deveria melhorar” (Professor 1).

Outro entrevistado atribuiu a perspectiva de formação para o serviço público como alternativa à crise de mercado por que passa a profissão.

“Devido a muitas faculdades de Odontologia estarem abrindo, muitas faculdades particulares, enfim, o mercado ficou muito mais disputado. Eu acho que de alguma maneira o profissional tem que fugir para alguma outra situação sem contar só com o consultório. Eu acho que o serviço público, o PSF, o emprego público ou alguma coisa desse tipo, está direcionando, [...] o profissional que está formado não só pensar em consultório, pensar em outro emprego, para justamente poder sobreviver. Aí a área de atuação no serviço público, no PSF, diferente de um consultório, é uma coisa bem diferente que de alguma maneira ele tem que estar preparado para isso porque é bem diferente” (Professor 2).

Uma terceira resposta demonstrou desconhecimento a respeito de aspectos da estruturação do curso que se voltem para o perfil de atuação em saúde pública.

“Se esse preparo é eficiente, se ele é completo ou não eu não posso te responder, mas a tendência das faculdades está sendo preparar um aluno pronto para atender na saúde pública” (Professor 3).

Chama a atenção que, apesar de compreender que há uma tendência na formação de preparar para o setor público, esse entrevistado não percebe como esta é feita. Considerando que ele compõe o corpo docente da “Clínica Integrada”, reforça depoimentos dos coordenadores que sugerem que os assuntos referentes à saúde coletiva restringem-se às disciplinas específicas da área.

6.2.2.3 - Atenção Integral à Saúde e Trabalho em Equipe

Foi questionado aos professores qual o seu entendimento acerca da expressão “atenção integral à saúde”. As respostas foram bastante diversificadas, variando de uma visão estritamente odontológica até a concepção mais ampliada da atenção ao paciente pelo Cirurgião-Dentista.

Três entrevistados demonstraram uma concepção ampliada que conecta o papel do Cirurgião-Dentista à atuação dos demais profissionais da saúde:

“Não é raro que o Cirurgião-Dentista seja o profissional que alerta o paciente para uma possível diabetes que ele tem. É muitas vezes o Dentista que orienta o paciente a procurar o Endocrinologista” (Professor 3).

Cabe salientar que esta percepção ampliada não foi exclusiva de professores de Saúde Coletiva. Também foi lembrado o conceito de saúde proposto pela OMS: “tem um conceito da OMS que fala da ausência total...Que você além de cuidar da saúde, orgânica, física, você tem que saber do contexto da pessoa que está pedindo atendimento” (Professor 6).

A atenção integral foi também interpretada como suprimento das necessidades mais básicas do paciente, construindo um certo paradoxo na conceituação do termo “integral”.

“Eu acho muito complexo, esse termo integral, eu acho que poderia ser integral mas em relação a uma coisa bem básica, entendeu? (...). Poderia citar como exemplo, sei lá, saneamento, educação primária de saúde bucal, prevenção, mais a parte de prevenção em relação as doenças, entendeu? Eu acho que, não sei, para a minha cabeça é meio difícil de relacionar atenção integral de tudo, de alguma maneira estar solucionando todos os problemas daquele paciente” (Professor 2).

A associação do termo à atenção do paciente na sua totalidade e em integração com as demais áreas foi apontada por dois outros professores da Saúde Coletiva, demonstrando entendimento do papel do Cirurgião-Dentista de atuar como um profissional de saúde e não só como profissional da boca.

“Então [o paciente] vai ser referenciado, precisa de uma atenção complexa, precisa de uma prótese, [é necessário] conseguir levar ele até essa prótese. Precisa de um tratamento médico, [é preciso] conseguir encaminhar ele para o serviço médico. Então entender ele dentro desse contexto social, colocar ele dentro desse contexto de sistemas de saúde e compreender ele como ser humano completo, com todas as suas diferenças, com todas as suas complexidades” (Professor 4).

Essa resposta demonstra uma associação do papel do Cirurgião-Dentista com a continuidade do cuidado do paciente nas suas necessidades bucais e também a preocupação em manter a continuidade do cuidado em áreas que extrapolam sua competência específica, através da possibilidade de referenciamento do doente, numa visão ampliada sobre o papel do Cirurgião-Dentista no trabalho em equipe.

Uma confusão identificada diz respeito à separação das “saúdes” do paciente: *Saúde Bucal X Saúde Geral*. Assim, a questão sobre atenção integral suscitou a interrogação: “[você pergunta] isso em saúde bucal, ou saúde integral de uma forma geral?” (Professor 6). Cabe refletir que os conteúdos relacionados às afecções bucais são importantes, mas inúmeros outros aportes deveriam informar a prática em Odontologia e essa setorização da saúde dos pacientes potencialmente restringe o papel do Cirurgião-Dentista na atenção integral à saúde. O termo *saúde bucal* aparentemente amplia o escopo da atuação além da patologia dentária, porém, seus limites não são simbólicos e sim anatómicos, o que dificulta sua ressignificação na medida em que se amplie a compreensão do profissional da Odontologia na linha de cuidado.

Botazzo (2000) faz uma importante reflexão do que poderia ser considerado Saúde Bucal assumindo o uso da categoria “bucalidade” como forma de compreensão.

“Começarei interrogando acerca do objeto da Odontologia. É possível afirmar um objeto tão insólito quanto este denominado boca? O que ele significa exatamente ou que rede de significados se entrecruzam neste território singular? É possível falar de um objeto que não seja tão exclusivamente hegemônico por uma única disciplina? Cujas emergências nas desdobraduras da vida cotidiana se dê pela elisão do desejo?” (Botazzo, 2000).

Com isso não se pode definir Saúde Bucal apenas como a possibilidade de exercer funções como fonação, mastigação, deglutição e fonação. A saúde da boca é parte da saúde do

corpo, que também depende das condições de vida como trabalho, salário, moradia e lazer, funcionando em conjunto com todo o organismo. (Figueiredo, 2002)

Alguns outros sentidos são atribuídos por Botazzo (2000):

“A boca é objeto de discurso e enunciam sobre ela, sem ordem de sucessão, os mitos e as histórias populares, a literatura, o cinema, a odontologia, a psicanálise, a paleantropologia, a medicina, a gramática, a religião, a puericultura, a pedagogia”.

A boca é também um dos nossos “aparelhos de prazer”.

“A doce boca que suga o doce seio é a mesma que tritura e consome o mundo. Isto a põe imediatamente articulada, mais que qualquer outra víscera, com o mundo do trabalho e da cultura, com as estruturas psíquicas e com o terreno da representação” (Botazzo 1998).

Neste sentido, não é desejável definir saúde ou “incapacidade” bucal somente na perspectiva da biologia, correndo ainda o risco de reduzir novamente a boca a uma mera estrutura anatômica ou um “campo” exclusivo da odontologia (Figueiredo, 2002).

Para Figueiredo (2002) e Botazzo e Freitas (1998) o termo Saúde Bucal deve ser visto não como um assunto restrito à Odontologia, mas que pode ser apropriado coletivamente, vista como a possibilidade de que sobre ela ou dela vários atores possam pronunciar seus discursos.

Não estou propondo, com essa discussão, a exclusão do termo saúde bucal, mas questionar sua aplicação como sendo o mote e o objetivo último da Odontologia. Tal visão mais restrita, porém, foi expressa por um entrevistado, para quem a atenção integral é compreendida como integração das especialidades da Odontologia: “É o paciente ter todo o atendimento bucal necessário a ele” (Professor 1).

Dois entrevistados mantiveram-se no âmbito da saúde bucal, mas salientaram o papel do Cirurgião-Dentista nas ações de prevenção:

“O papel do Cirurgião-Dentista na atenção integral à saúde seria o de tentar entender que os processos de saúde-doença são controláveis, que ele é responsável pelo cliente, mantendo em manutenção preventiva periódica, de acordo com o risco de desenvolvimento de novas lesões” (Professor 4).

Uma resposta associou a capacidade do Cirurgião-Dentista em demonstrar conhecimento e oferecer as especialidades aos pacientes: o profissional deve “proporcionar a saúde ao paciente em várias especialidades, demonstrando conhecimento ao paciente” (Professor 1).

Ao longo das entrevistas foi identificada uma dificuldade de percepção do papel do Cirurgião-Dentista fora do seu ambiente naturalizado ao longo da história – o consultório dentário. A atuação clínica no contexto das especialidades odontológicas predomina como ideal de prática e mesmo os representantes da Saúde Coletiva, que demonstraram concepção ampliada ao tratar da formação profissional, tendem a restringir-se aos limites da saúde bucal ao analisar as práticas da atenção integral. É perceptível, dadas as ambigüidades mencionadas, a transição em curso mediada pela reestruturação de conceitos e filosofias dentro do próprio campo do saber odontológico.

Analogamente aos coordenadores, os professores foram questionados sobre o trabalho em equipe, e neste o papel do Cirurgião-Dentista, visando a apreender como a reflexão sobre atenção integral repercutiria nas discussões sobre as práticas profissionais. As respostas de professores de Clínica Integrada e de Saúde Coletiva se diferenciaram, os primeiros demonstrando uma apreensão mais restrita da discussão sobre trabalho em equipe de saúde. A maioria dos professores de Clínica Integrada compreende o trabalho em equipe como integração das especialidades odontológicas.

“O papel do trabalho em equipe de saúde seria informar tanto ao paciente quanto ao aluno das várias especialidades [odontológicas] juntando para a saúde total do indivíduo” (Professor 1).

Para um deles, embora o processo de trabalho em equipe seja descrito com bastante complexidade, restringe-se ao realizado no “PSF”, termo aparentemente utilizado como sinônimo de trabalho na rede pública de unidades básicas.

“Eu acho que a equipe de saúde ela vai estar direcionada mais para aquela atenção primária, (...) o PSF no caso, (...) enfim, o atendimento domiciliar de alguma maneira entendeu? [Lá o profissional] está selecionando os casos, está orientando, está até mesmo encaminhando aquele paciente que não pode ter acesso de alguma maneira enfim, como se fosse aquele médico que antigamente existia, o médico de família, que realmente tinha aquele contato direto com a família, que passava de pai para filho, acho que ficou uma coisa mais humana de alguma maneira...” (Professor 2).

Por sua vez, todos os professores de Saúde Coletiva associaram a importância do trabalho em equipe à possibilidade de encontro entre os diversos olhares distintos para a construção da atenção integral à saúde.

“Você tem outros profissionais que vão conseguir olhar aquele problema que você está trabalhando de diversos ângulos” (Professor 4).

“Então, a saúde integral do paciente, é indispensável que todos os profissionais trabalhem em equipe” (Professor 5).

Quando questionados sobre as contribuições do Cirurgião-Dentista para o trabalho em equipe (Questão 10), também ficou evidente a diferença de entendimento entre os professores de Saúde Coletiva e de Clínica Integrada. Para os últimos, a contribuição do Cirurgião-Dentista na equipe caracteriza-se pelo cuidar da boca dos pacientes. Para tal é necessário “ter a informação de todos os conhecimentos perante a saúde bucal do paciente” (Professor 1).

Um entrevistado conectou doença bucal e patologias sistêmicas:

“De fundamental importância porque algumas das principais doenças da cavidade oral podem ter influência na saúde geral do paciente. Periodontia, por exemplo, está diretamente ligada à diabetes, então a contribuição do Dentista com o Médico, endocrinologista do paciente é fundamental” (Professor 3).

Os professores de Saúde Coletiva criticaram o isolamento do Cirurgião-Dentista, apontando dificuldades na inserção do Cirurgião-Dentista no trabalho em equipe.

“A própria inserção da Odontologia no PSF é isolada, ele enfoca mesmo cavidade bucal... a grande maioria das vezes é totalmente isolada, ele faz o papel dele, eu acho que esse não seria o papel do Cirurgião-Dentista. Seria mais amplo, bem mais amplo, porque ali ele é profissional de saúde, não teria que ficar preocupado com lesões cáries, só com inflamações gengivais, ou qualquer coisa do tipo focada em boca” (Professor 4).

“Eu não consigo ver esse trabalho em equipe funcionando. Na própria Unidade de Saúde, no próprio SUS, o paciente está com problema dentário, ele vai ser encaminhado pro Dentista. Acabou do Dentista ele vai pro Psicólogo. Acabou do Psicólogo ele vai pro Fisioterapeuta. Não existe uma assistência. Não consigo ver essa assistência integralizada no paciente. Eu consigo vê-la compartimentalizada” (Professor 5).

Ainda assim, na concepção dos professores de Saúde Coletiva, as discussões ficam restritas ao PSF, excluindo da abordagem todos os outros níveis de atenção em que o Cirurgião-Dentista poderia atuar dentro do SUS. E novamente, em uma das respostas, foi associada a idéia da inserção do Cirurgião-Dentista na saúde pública à perspectiva de novos campos de trabalho.

“Acho que hoje o Dentista já tem uma mentalidade de se integrar mais na equipe, mesmo pela necessidade de trabalho, né? Porque a saúde pública acaba sendo uma forma de trabalho para os Dentistas” (Professor 6).

6.2.2.4 - Iniciativas do Curso para melhor adequação do Projeto Pedagógico às DCNO

No Artigo 9º as Diretrizes Curriculares orientam que o *“projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”*. A partir da leitura desse trecho, foi questionado aos entrevistados se conheciam iniciativas dessa articulação em cursos de Odontologia (Questão 13). A grande maioria (5) respondeu que o ponto falho nessa configuração é a

pesquisa, que na opinião deles, é muito complicada em uma Universidade privada, tendo os docentes pouco tempo para a pesquisa.

Com exceção de um entrevistado, todos afirmaram que o curso de Odontologia da Universidade trabalha na interface entre ensino e extensão e citaram o trabalho feito com os alunos no PSF. No entanto um dos entrevistados foi bastante enfático ao afirmar que esse aspecto das DCNO se realiza de maneira restrita e com pequena carga horária:

“[Essa articulação] não existe. Existe estágio extracurricular, que é o aluno bolsista, e aí já está dizendo - extra curricular - e existe o estágio curricular.(...). No máximo um estágio curricular de oito horas semanais durante um período letivo que seriam três meses e meio (...) nas unidades do SUS. Então essa relação “ensino-pesquisa-extensão/assistência, não existe” (Professor 5).

Um dos professores afirmou que com essa configuração do curso em consonância com as DCNO a tendência é de formação de um profissional com perfil generalista, voltado para a prática da atenção integral e não como um “mero técnico”.

“Se ele faz um ótimo amálgama ou se ele faz um ótimo preparo, é muito menos importante nessa fase do aprendizado dele, do que se ele sabe diagnosticar uma lesão de cárie, se sabe diagnosticar a doença periodontal, sabe tratar essas doenças básicas” (Professor 3).

Nessa fala existe a idéia de superação da visão meramente técnica da prática Odontológica, que extrapola o simples trabalho de restaurar dentes danificados e associa às questões de diagnóstico e tratamento das doenças básicas. No entanto, ao que tudo indica essas seriam atribuições primordiais do Cirurgião-Dentista e não precisariam ter as DCNO como apontamentos para tais pressupostos. Ao que parece o entendimento que se tem a respeito dos aspectos abordados no documento é o de tornar a Odontologia menos técnica do que ela sempre foi e incluir aspectos que deveriam ter sido sempre contemplados pela profissão.

Além da discussão acerca do projeto pedagógico, as DCNO apontam para relação entre teoria e prática, orientando que os cursos busquem “*aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica*” através da “*integração curricular*”.

Quando questionados em relação ao que entendiam por “*integração curricular*” o grupo ficou dividido entre duas respostas. Uma delas acredita que a integração curricular seria a relação entre as disciplinas básicas e as disciplinas de aplicação clínica em Odontologia.

“Fazer essa ligação das disciplinas. Não ficar aquela coisa estanque, só falar das matérias básicas aí chega na clínica e as coisas acontecem de uma forma diferente” (Professor 6).

A outra metade apontou a integração curricular como sendo o relacionamento entre a teoria e a prática das disciplinas de Odontologia e a homogeneização na conceituação de determinados termos e aspectos voltados para a área.

“O aluno tem a sua aula teórica, depois vem para a clínica. Isso está integrando os conhecimentos teóricos com os clínicos. Seria isso?” (Professor 1).

“Os critérios têm que ser os mesmos, independentes da equipe ser outra, independente da formação ser outra, então é isso que eu entendo por integração curricular, as disciplinas terem um consenso entre as orientações que vão ser passadas para os alunos” (Professor 5).

Os exemplos de integração curricular do curso citados foram: a Clínica Integrada, os fóruns científicos e clínicos - onde são convidados professores para falar sobre determinados temas, com o objetivo de homogeneizar conhecimentos - e a integração entre as disciplinas afins na clínica. Um deles respondeu que essa integração curricular não acontece no curso: “Cada [disciplina] é dona do seu feudo” (Professor 5).

É perceptível que, assim como nas entrevistas de coordenadores, as respostas não extrapolam o Modelo Biomédico/Currículo Flexneriano, pouco abordando aspectos psicossociais e institucionais que impactam a prática do Cirurgião-Dentista. Ao que tudo

indica aportes como o da epidemiologia, economia, sociologia, antropologia, psicologia, entre outros, ainda tem pouca penetração nos discursos de estruturação curricular em Odontologia.

A integração curricular não deveria restringir-se aos limites do Modelo Biomédico, podendo expandir-se para a formação verdadeiramente generalista, que englobaria conhecimentos de competência dos demais membros da equipe de saúde, para que pudesse propiciar um diálogo mais equilibrado entre os profissionais e a oferta de uma atenção realmente integral ao paciente. É provável que o mesmo aconteça com as demais áreas de saúde, exercendo forte influência nos processos de trabalho em equipe. A superação dessa problemática envolvendo a divisão e separação das disciplinas dentro de um mesmo curso, talvez requeira um olhar para a inter-relação entre as disciplinas de cursos distintos da área da saúde caso se pretenda atingir um perfil profissional voltado para a atenção integral.

A participação docente nas discussões de estruturação do curso foi um aspecto bastante enfatizado pelos coordenadores, que apontaram, inclusive, para a importância dos mesmos na construção do projeto pedagógico. A partir daí foi questionado aos docentes sobre as características de sua participação nessas discussões.

Todos os professores relataram participação, “de certa forma”, nas discussões relativas à estruturação do curso na implantação das Diretrizes Curriculares. A maioria relata ter sido chamado à discussão e participado efetivamente de todo o processo, tendo em alguns casos suas idéias incorporadas a essa estruturação.

“Houve discussões sobre mudança de período da disciplina de implante que era junto com a perio[dontia] e passou a ser posterior a perio[dontia]” (Professor 3).

“Eles demonstraram o que ia ser modificado no currículo, entendeu? E ouviram nossa opinião. Teve um debate e ouviram nossa opinião, foi por aí” (Professor 1).

Apenas um professor relatou não ter participação efetiva nessa estruturação, apenas contato com as DCNO.

“Não, em discussões específicas não participei, apenas em reuniões gerais, onde ouvi falar nas DCNO” (Professor 6).

Um docente apontou que, apesar da participação dos professores nas discussões, a temática das DCNO estaria mais afeita às coordenações de curso, e que embora seja importante para os docentes o contato com o tema, este é assimilado apenas de maneira superficial.

Todos os professores afirmaram acreditar que o curso esteja estruturado de acordo com as DCNO. Dois deles justificaram isso pelo fato da inserção mais precoce da Clínica Integrada.

“Não teríamos só a Clínica Integrada no último e no 6º período, vão ser várias Clínicas Integradas, com várias disciplinas. Isso é um exemplo” (Professor 1).

Um atribuiu ao fato do curso tentar aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica, através da integração entre as disciplinas de Odontologia e através do contato dos alunos de Odontologia com os alunos da Medicina no PSF.

Outro afirmou que o novo currículo está bem mais adequado às DCNO, onde conteúdos de Saúde Coletiva passaram a ser distribuídos entre os períodos para que o aluno tenha um contato mais freqüente com os conceitos.

O esforço por parte da equipe e a vontade de fazer dar certo é apontada por um deles como a tentativa é feita para essa adequação.

6.2.2.5 – A Clínica Odontológica Integrada e a formação do generalista

As opiniões relativas à formação generalista e da Clínica Integrada seguiram o padrão de respostas encontradas nos coordenadores. Ficou evidente que a concepção de generalista é

vinculada à formação do profissional capaz de atender dentro das especialidades Odontológicas.

“Eu acho que a integração da equipe tem que realmente acontecer (...), da equipe estar sempre integralizada, principalmente na Clínica Integrada. Todos estarem fazendo tudo ao mesmo tempo, não só especialista de perio[dontia] estar fazendo a perio[dontia] mas sempre estar integralizando (...) para ficar uma coisa generalista entendeu? “ (Professor 2).

Aqui também aparece a utilização das Clínicas Integradas como dispositivo para se alcançar o perfil generalista e a integralidade da atenção, associando a introdução precoce nessas clínicas à adequação às DCNO. No entanto, também foi levantada uma crítica à incorporação da modalidade de Clínicas Interadas nas discussões do perfil integral em saúde.

“Mesmo quando fala das tais “clínicas integradas” ou clínicas odontológicas, você não consegue trabalhar nesse âmbito de integralidade. Porque acaba o professor de dentística fazendo a parte de dentística, então você tem multiprofissionais mas não transdisciplinares. São professores especialistas trabalhando na sua especialidade”(Professor 4).

Apesar de estar presente nas falas dos entrevistados e também nas reuniões da entidade que discute a formação em Odontologia, como foi visto anteriormente, em nenhum momento as DCNO citam as Clínicas Integradas como dispositivo de adequação curricular ao seu conteúdo. Aliás, é ponto a se discutir dentro da adequação dos currículos ao documento, a forma como ele é incorporado pelos cursos e o que têm representado no entendimento das lideranças como ferramenta de construção da atenção integral à saúde. É necessário que se repense se essas clínicas irão realmente proporcionar um perfil voltado para o trabalho em equipe e para a atenção integral.

No fim da entrevista um dos professores apontou uma visão interessante dos pontos que ele considerou críticos na estruturação curricular. Para eles as questões sobre

integralidade e interdisciplinaridade são complicadas de se implementar na prática e não têm muito espaço para acontecer.

“Não é porque o MEC , o MS acham que essas DCNO é a base para a formação do profissional, ele lança, [que] todo mundo tem que fazer e vai dar 100% certo. Isso não é tão simples assim. Essa interdisciplinaridade é muito difícil, muito complicado (...) a gente não tem espaço.. Por exemplo, essa garota [aluna perguntando por outro docente do curso] veio perguntar aqui desse professor. Tem um ano que eu não vejo esse professor. Como que vai ter integralidade? O cara trabalha comigo e tem mais de um ano que eu não vejo. Então não tem integralidade” (Professor 5).

Apenas dois entrevistados citaram durante suas falas o termo “integralidade”.

Aproveitando esse momento, foi questionado o que entendiam do termo. Um deles entende como uma questão de linguagem.

“Integralidade em saúde é ter o entendimento do estado do paciente como um todo, seja o psíquico, seja o físico. Agora [para] a atuação [em saúde] é indispensável que os profissionais estejam engajados e preparados para atuar e falar a mesma linguagem. Eu acho que falta mesmo é espaço para isso” (Professor 5).

O outro acredita que integralidade compreende uma forma de “olhar”. Olhar, linguagem, são termos que apontam para uma ampliação de conceitos, fugindo da redução à atenção clínica em si. Ambos são professores de Saúde Coletiva. Durante a maior parte das entrevistas pode ser notado que esses professores apresentam uma maior naturalidade nas discussões travadas hoje no campo da saúde pública, aproximando-se da visão ampliada de atenção à saúde e de trabalho em equipe, que deve incluir entre outros a atenção às necessidades clínicas dos pacientes. E apesar de serem responsáveis no curso por grande parte dos conceitos inerentes às DCNO, de acordo com os depoimentos, ocupam um espaço muito restrito dentro da estrutura curricular.

De acordo com os resultados encontrados nas entrevistas, apesar do discurso englobando termos como integralidade da atenção, trabalho em equipe, entre outros incluídos

nas DCNO, a fala dos atores por vezes reduz-se a apontar a prática das Clínicas Odontológicas, seja criticando a dicotomização delas, seja exaltando a Clínica Integrada como dispositivo da formação generalista. Apesar de alguns professores da Saúde Coletiva demonstrarem uma boa aproximação com as propostas das DCNO existe ainda uma associação da Clínica Integrada com as propostas de formação integral, generalista e para o trabalho em equipe.

O processo histórico de formação da profissão é recente e moroso no seu caminhar, e talvez continue enfrentando dificuldades para atingir um modelo de formação profissional voltado para os pressupostos em saúde atuais. É provável que essa problemática se verifique de maneira similar nas demais áreas de saúde, sendo necessária uma reflexão coletiva quanto às possíveis implicações para o trabalho em equipe.

6.2.3 - Resultados das entrevistas com Alunos - Grupo 3

6.2.3.1 – O Mercado de Trabalho: SUS x Consultório Particular

Os entrevistados têm a percepção que o mercado de trabalho em Odontologia passa por uma crise e acreditam que exista a necessidade de uma especialização ou atualização para desempenharem melhor a sua função. Dos quatro entrevistados, dois já haviam definido o que fazer após o final do curso. Um deles pretende trabalhar fora do Rio de Janeiro e outro já tem “emprego garantido” quando sair da faculdade. Em todas as respostas já havia definição da especialidade a que pretendem se dedicar.

Metade dos entrevistados não se acha preparada para atuar no mercado privado e a outra metade se acha preparada, porém sentindo-se insegura, enxergando na especialização ou na atualização uma forma de prepará-los melhor para as atividades que irão desempenhar.

Em contrapartida, todos se acham preparados para atuar no setor público e não relacionam à necessidade de especialização ou atualização. A insegurança também foi mencionada.

Foi levantada a questão da autonomia dos alunos nos estágios em postos de saúde vinculados ao curso, em que um aluno descreveu que o atendimento aos pacientes, apesar de supervisionado, era de responsabilidade dele gerando maior autonomia na condução do tratamento. Ele atribui a essa autonomia o fato de se sentir mais à vontade para trabalhar no setor público do que no privado.

“Como no [setor] privado tem um dono que vai ficar cobrando mais, acho que eu ficaria tenso em relação a isso e como no público é você e você mesmo, fica mais relaxado para trabalhar” (Aluno 4).

Essas respostas geram duas preocupações: uma sobre o modo como são conduzidos esses estágios e seus reflexos para formação dos alunos. A outra engloba a possibilidade de uma idéia equivocada a respeito da qualidade da oferta nos serviços públicos, sendo estes compatíveis com oferta de serviços de pior qualidade ou que não exijam o mesmo grau de qualificação/especialização.

Todos os alunos demonstraram vontade de trabalhar no setor público, preferindo a atuação em postos de saúde, como os que freqüentam em estágio. A maioria associa esse trabalho à estabilidade financeira. Um entrevistado cita, além da estabilidade financeira a boa qualidade do serviço oferecido no posto de saúde onde faz estágio, o que o estimulou a vontade de trabalhar nesse tipo de ambiente.

“Tinha tudo direitinho, todos os materiais, eles organizam os pacientes por grupos e fica muito mais fácil de trabalhar, achei que o ambiente de trabalho é muito legal, as pessoas são bem prestativas...” (Aluno 4).

Um deles faz referência apenas à qualidade do trabalho como estímulo ao ingresso no setor público.

“Gosto de trabalhar com a população do posto, acho que o retorno é muito legal, a população te dá um retorno muito bom, às vezes a gente consegue mudar muita coisa, que eu acho muito mais difícil nos outros pacientes de serem mudados. Você consegue ver, até na parte de educação em saúde, eu acho que é uma área que no setor público te dá mais retorno do que no consultório particular. Acho que a pessoa quando é carente, ela já não tinha aquele serviço antes, então se ela passa a ter ela quer cuidar mais, eu sinto isso, uma preocupação maior do que cuidar ‘para não ter cárie no futuro’ do que do cuidar ‘ porque está me incomodando’” (Aluno 3).

É interessante perceber essa visão diferenciada dos atributos do trabalho no serviço público, incluindo a boa organização e relações gratificantes, e que difere das falas de professores e coordenadores que apontaram a opção de trabalho no SUS como um campo de trabalho atrativo por ser alternativa numa profissão cujo mercado privado se encontra saturado.

6.2.3.2 - A Saúde como Direito

Foi objetivo da entrevista aferir se existem no curso iniciativas de discussão com os alunos no que se refere à realidade do sistema de saúde atual e suas implicações no processo de atenção à saúde. Todos os alunos reconhecem a situação de dificuldade de acesso da população à saúde e afirmam que apesar deste ser um direito, não é exercido de fato. No entanto apresentaram uma visão crítica e potencialmente limitada quanto à realidade diversa do SUS.

“Direito as pessoas têm, mas não tem estrutura, o governo não dá estrutura para as pessoas terem saúde. É o que eu penso” (Aluno 1).

“Acho fundamental que a pessoa tenha acesso saúde bucal, que é um coisa que a gente vê que incomoda muito às pessoas. Se você for para fazer um levantamento dos pacientes aqui do PSF que têm alguma reclamação Odontológica, você vai ver que o número desses pacientes é enorme, e muito pouco desses pacientes têm acesso de fato” (Aluno 3).

É provável que não seja ainda oferecida aos alunos uma visão mais aprofundada da situação das políticas públicas de saúde do país, embora esses conteúdos sejam abordados durante as aulas de Saúde Coletiva (três respostas) e orientação profissional (uma resposta).

Com isso, observa-se o descolamento dos conceitos ligados à saúde pública da prática profissional. Ou seja, o aluno passar a maior parte do tempo estudando conteúdos mais próximos a sua prática clínica, configurados nas clínicas de especialidade ou na Clínica Integrada, momentos que aparentemente não são aproveitados para a incorporação dos conceitos propostos pelas DCNO e pela filosofia de formação para o SUS.

Como foi abordado por um dos professores, as disciplinas de Saúde Coletiva, que compõem cerca de 10% da carga horária do curso, é que fica responsável pela organização e transmissão dos conteúdos específicos propostos pelas DCNO, sem dar conta, evidentemente, do objetivo de reformulação do perfil do profissional da Odontologia, voltado mais para a realidade de saúde da população.

6.2.3.3 - Atenção Integral à Saúde e Trabalho em Equipe

Algumas questões foram formuladas objetivando discutir a concepção dos alunos a respeito da integralidade em saúde. A maioria dos alunos entendia o termo “atenção integral” como uma questão do olhar sobre o paciente como um todo, incluindo a família e os demais problemas de saúde. Somente um nunca tinha ouvido falar nesse termo.

“Ver a família e a relação [da pessoa] com ela. (...) É a integração dele com o todo” (Aluno 1).

Em uma das respostas foi apontado um aspecto bastante interessante, cuja discussão pode ser encontrada no texto de Mattos (2001), pressuposto teórico deste trabalho.

“Uma saúde integral, é olhar [o paciente] como um todo, não só o que ele veio procurar” (Aluno 2).

No seu texto o autor entende a integralidade como o valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

“A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressam em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade” (Mattos, 2001, p.49).

Metade dos alunos indicaram o contato com o termo “atenção integral” durante o curso através da disciplina de Saúde Coletiva, os demais afirmam não terem visto isso durante o curso. Da mesma forma que com coordenadores e professores, foi intuito da entrevista apreender a concepção dos alunos acerca da integralidade através da percepção sobre trabalho em equipe.

Foi unânime a atitude positiva com relação ao trabalho em equipe. Todos apontaram a importância da relação multiprofissional na formação, embora um dos alunos tenha levantado a questão da dificuldade de relacionamento, em especial com o Médico. Ficou demonstrado que, apesar da breve experiência que tiveram no trabalho dentro do PSF, os alunos conseguiram captar a essência do trabalho em equipe e as situações de conflito dentro dela.

“Porque aprende com os outros, porque tem uma integração com os outros profissionais” (Aluno 1).

“Eu acho que é válido por você estar trabalhando em equipe, você está conhecendo o paciente junto, eu acho que até você pode sinalizar algumas coisas que um profissional não perceba” (Aluno 2).

“A Minha dupla, por exemplo, a menina [aluna da Medicina] nunca vem, então ela não sabe qual é a família dela, fica atendendo paciente dos outros, não atende o paciente da área dela. Não tem entrosamento direito com ela” (Aluno 1).

“Apesar de ser um pouco complicado né? Lidar às vezes com o médico ou com outro profissional, pelo fato de o médico às vezes se achar o Deus- todo- poderoso, é a minha opinião, entendeu? Então eles acham

que a gente está invadindo a área que não é de conhecimento nosso (...) tem médico que é super bem de lidar, mas tem outros que é complicado de lidar” (Aluno 2).

Isso corrobora as discussões feitas na análise das entrevistas dos Coordenadores em que foi levantada a própria concepção dos Cirurgiões-Dentistas que se colocam na posição de coadjuvante da atenção à saúde dos pacientes. Quando afirmam que se torna importante a presença do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde “porque o Médico não tem condição de avaliar a saúde oral do paciente” (Coordenador 1), estão restringindo o papel da Odontologia no cuidado em saúde. É provável que faça parte do senso comum, não só da Odontologia, o papel secundário do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde.

Dessa forma, torna-se interessante a visão diferenciada encontrada nos alunos que constantemente fazem relação com a equiparação do trabalho do Cirurgião-Dentista com os demais membros da equipe. Parece não existir nesse grupo o “Odontocentrismo” que se observa na fala de alguns professores e coordenadores. Em nenhum momento os alunos limitaram-se apenas à integração das especialidades Odontológicas como significando a prática do trabalho em equipe e da atenção integral em saúde.

“[o Cirurgião-Dentista é] tão importante quanto os demais membros da equipe” (Aluno1).

“Tem que ter não só Odonto, mas Psicóloga, Nutricionista. Às vezes para a pessoa que não tem noção, dá uma orientação” (Aluno 2).

Na concepção da maioria (3) o trabalho que desenvolvem na unidade de saúde da família foi realmente realizado em equipe:

“Geralmente a Medicina inicia a consulta, mas minha equipe dava total espaço tanto para mim quanto para a [aluna] da Nutrição. Nós tínhamos muito espaço. Quando a gente queria falar, a gente falava, eles jamais vetaram a nossa participação, a gente teve livre acesso. Eu achei o trabalho muito bom. [Sobre] a minha equipe, eu não tenho nada a falar, foi muito legal” (Aluno 3).

“Eu presto atenção, vejo se está tudo direitinho com o paciente em relação à pressão arterial. Isso aí a gente (...) [investiga qual] remédio que ele está tomando. Depois o Dentista vai, atende, examina a cavidade oral para ver se está tudo bem” (Aluno 1).

No entanto alguns alunos revelaram experiências diferentes, onde a atuação da Odontologia ficava separada das demais áreas.

“Cada um fica por si, a Odontologia fica separada um pouco da medicina e das outras áreas entendeu? Então assim, eu não sei como trabalhar em equipe” (Aluno 4).

Isso denota que existem diferenças na qualidade das experiências desses alunos dentro do estágio realizado no PSF, de acordo com as equipes que se formavam era desenvolvido um tipo de trabalho, mais ou menos integrado. Partindo do pressuposto que todos esses alunos foram submetidos às mesmas atividades isso poderia sugerir que:

1 - Esses alunos obtiveram experiências diferentes de acordo com o contato com os docentes que tiveram. Como visto nas entrevistas de Professores e Coordenadores, existe uma heterogeneidade muito grande quanto a conceitos envolvendo temas como “trabalho em equipe”, “atenção integral” e isso certamente se reflete na compreensão dos alunos e nas suas práticas na atenção à saúde e no trabalho com outros profissionais. É provável que essa heterogeneidade seja encontrada em outros cursos da área de saúde, repetindo o mesmo processo nos demais alunos da Universidade.

2 - Existe o fator pessoal atuando nessa situação, onde a percepção que cada aluno tem daquilo que lhe é passado durante o curso irá influenciar na sua atividade profissional e na sua relação com a equipe. Ou seja, talvez outros fatores como perspectivas de vida, visão de mundo, formação moral e social desse aluno exerçam forte influência na maneira como eles vão assimilar determinados conceitos o que acaba por refletir no lidar com o outro, com o trabalho em equipe e com os pacientes. E da mesma forma esse aspecto se relaciona não só com os alunos da Odontologia, mas com todos os que compõem a equipe.

É importante ressaltar a percepção que eles têm a respeito da oferta de serviços Odontológicos dentro do PSF, que vão além das medidas educativas e de prevenção apontadas por alguns Professores e Coordenadores.

“Às vezes o paciente sai até um pouco frustrado daqui, né? Porque a gente vai fazer uma raspagem, um TRA²⁰, mas são coisas que não vão resolver muitos problemas que são mais evidentes, que as pessoas procuram [solucionar]” (Aluno 3).

Isso remete à dimensão da integralidade abordada por Mattos (2001) que versa sobre a garantia de acesso. No texto, o autor aponta para a integralidade como uma maneira de organizar os serviços de forma aberta à assimilação de novas necessidades não contempladas da organização anteriormente dada, emergindo como um princípio de organização continuada do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Dessa forma, o que encontramos na fala desses alunos e que não aparece na de alguns dos professores e coordenadores, é a percepção de que a oferta de serviços Odontológicos que configura as suas práticas precisa ser repensada no sentido de uma apreensão mais ampliada das necessidades da população a qual atendem. Demonstrem assim, uma sensibilidade ao modelo estabelecido e um comprometimento que sugere alguma efetividade da adequação pedagógica e curricular.

Ao final da entrevista uma única aluna aproveitou o momento aberto para os comentários e colocou seu ponto de vista a respeito do curso. Ela afirmou que o curso na parte da Odontologia social é muito bom e completo, dando muito suporte “apesar de ter uma coisa negativa, que eu tinha contra [o curso], eu achei que agora nesse final, eu vejo que muitas

²⁰ Tratamento Restaurador Atraumático. Estratégia de tratamento da doença cárie, preconizado pela OMS para áreas menos favorecidas, que envolve ações preventivas- realização de ações educativas em saúde - e curativas - através da remoção de tecido cariado com instrumentos manuais e restauração das cavidades ou selamento das fissuras com Cimento de Ionômero de Vidro. (Chevitarese, L.M.; Mattos, D.; Masuda, R.A.M. *et al.* 2002).

coisas a gente estava errado...”. Coloca que “amigas que estudam em outras faculdades não tiveram muitas das coisas que eu tive no meu currículo”.

Apesar do senso comum acreditar que as universidades públicas apresentam um perfil mais orientado para novas perspectivas de formação e maior compromisso com o SUS, algumas afirmativas como essa, ao longo das entrevistas de alunos, professores e coordenadores, indicam que possivelmente não exista essa dicotomia e que até mesmo por uma questão de legitimação social as universidades privadas estejam mais engajadas e mais abertas aos processos de mudança.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da evolução do ensino em Odontologia mostra que inúmeros avanços positivos à profissão foram alcançados, especialmente nos aspectos das evoluções tecnológicas e científicas. Partindo de uma prática eminentemente empírica, a profissão assumiu caráter de cientificidade se estabelecendo mais concretamente no cenário das práticas profissionais em saúde de forma bastante prematura, podendo ser considerada uma profissão jovem no cenário nacional e mundial.

Apesar disso, junto aos importantes avanços que as práticas trouxeram para o campo da atenção à saúde em Odontologia vieram também as incongruências que todo processo precoce de evolução estabelecem.

Por um lado os avanços técnico-científicos, na abordagem das afecções bucais, a ampliação do enfoque centrado nas estruturas dentárias para uma compreensão ampliada para as demais estruturas adjacentes, atribuíram à profissão um caráter de importância social dentro do cenário das profissões de saúde, culminado atualmente na inserção dentro do Programa de Saúde da Família. Por outro, a ênfase exacerbada nesses avanços e a busca em grande medida da estética, configuraram uma prática pautada muito mais na habilidade técnica do profissional do que no seu embasamento científico e cultural no cuidado em saúde, isolando os Cirurgiões-Dentistas dentro dos consultórios e afastando a Odontologia do trabalho em equipe. Além disso, essa lógica envolve o desenvolvimento de inúmeros materiais modernos e de elevado custo, o que acaba por marginalizar uma boa parte da população ao acesso à assistência odontológica gerando uma lógica extremamente cruel onde só aqueles que tem condições financeiras para arcar com os custos desse tipo de tratamento têm acesso à assistência odontológica.

Este trabalho buscou analisar, a partir desse histórico e à luz do conceito de integralidade em saúde, o discurso utilizado hoje por lideranças acadêmicas e atores

envolvidos no processo educacional, em um curso privado no Município do Rio de Janeiro, quanto às novas mudanças na formação do profissional em saúde e, dessa forma, avaliar as possíveis contribuições da categoria para o trabalho em equipe.

Os coordenadores entrevistados associam a integralidade em saúde, o perfil generalista e o trabalho em equipe predominantemente à integração das especialidades Odontológicas, e majoritariamente acreditam na integração das clínicas como dispositivo para alcançar esses pressupostos.

Existe a idéia de que é possível a diversificação das práticas utilizando tecnologias com menor grau de complexidade sem diversificação dos cenários, limitando a ampliação do processo ensino-aprendizagem para novos cenários, embora o curso já atue, mediante convênio, em serviços básicos e organizações sociais. Em muitos momentos foi observada uma diferença nas respostas entre os coordenadores de Clínica Integrada e os demais coordenadores, onde os primeiros demonstraram uma perspectiva mais restrita das DCNO. Esse padrão provavelmente se expressa em função da inserção de uns, que por apresentarem características de gestão mais amplas, têm por força da função, a necessidade de ampliar a discussão sobre as conseqüências das DCNO para o bom funcionamento e avaliação do curso. Os coordenadores de Clínica Integrada não estão tão diretamente expostos à tal pressão. No entanto, é interessante perceber que os coordenadores de extensão e de Saúde Coletiva, mesmo não estando ligados diretamente à gestão geral do curso apresentaram níveis de respostas mais próximas a estes que os coordenadores de Clínica Integrada, podendo ser o reflexo da proximidade com os assuntos de Saúde Coletiva.

Assim como os Coordenadores, os Professores orientaram as respostas sobre integralidade em saúde, perfil generalista e trabalho em equipe ao seu próprio âmbito de atuação profissional, apontando como instrumento de alcance desses pressupostos a integração das especialidades Odontológicas via Clínica Integrada.

Foi verificada uma associação entre formação voltada para a atuação no serviço público e diferenciação na qualidade do ensino, relacionando a idéia de inserção do Cirurgião-Dentista na saúde pública à perspectiva de novos campos de trabalho e não como estratégia de desenvolvimento de competências desejáveis para as práticas em quaisquer cenários.

Aqui também observou-se uma diferença entre as respostas dos professores, caracterizada por um conhecimento mais ampliado e uma maior familiarização com os assuntos de Saúde Coletiva/Saúde Pública e com os termos utilizados nas DCNO por parte dos professores de Saúde Coletiva.

Apesar de existir uma distinção nos grupos entre Coordenadores e entre Professores, essa divisão não aparece todo o tempo, existindo momentos de inversão de posições, o que talvez denote um engajamento dos atores nos processos de mudança do ensino em consonância com as propostas atuais, o que é reforçado pela informação de que participaram de reuniões a esse respeito. É possível que o recente contato com as discussões travadas na saúde pública torne suas falas ainda entremeadas de imprecisões conceituais. Por outro lado, mesmo aqueles que teoricamente estariam mais envolvidos nos assuntos abordados nas entrevistas (Professores e Coordenadores ligados à Saúde Coletiva e à gestão geral) demonstram ainda uma tendência a restringir o papel do Cirurgião-Dentista ao âmbito da saúde bucal.

Isso denota que, de uma maneira geral, ainda existe uma forte predominância do Paradigma Flexneriano nas falas desses atores. Porém, em vários momentos os discursos foram muito bem conectados às propostas de mudança atuais, o que sugere uma tendência de abertura, em algumas instituições, para o debate ora em curso.

Todos os alunos acreditam na necessidade de cursarem uma especialização ou atualização após o término do curso para desempenharem melhor a função e já tinham definida a especialidade que gostariam de se dedicar no setor privado. Porém a maioria,

surpreendentemente, demonstrou interesse em trabalhar no setor público, salientando a boa organização das práticas e o relacionamento positivo com a clientela e com a equipe.

Embora o reduzido tamanho da amostra de alunos não permita generalizações, é provável que os conceitos do SUS, embora abordados, continuem a não impactar de maneira consistente o currículo de Odontologia, mantendo-se como abstrações e não como diretrizes para as práticas. Percebe-se que apesar da breve experiência no trabalho dentro do PSF, os alunos conseguiram captar a essência do trabalho em equipe e as situações de conflito dentro dela e que não se baseiam no Odontocentrismo. De uma maneira geral, o padrão de respostas encontradas nas entrevistas com alunos demonstrou um expressivo embasamento associado a um engajamento nas discussões inerentes à saúde coletiva. E muitas vezes apresentaram uma maior compreensão dos assuntos quando comparados a alguns Professores e Coordenadores.

À guisa de conclusão, alguns aspectos dessa análise merecem consideração.

O processo de discussões sobre as mudanças na formação dos profissionais de saúde brasileiros, que culminou na homologação das DCNAS, trouxe para a roda de discussões outras competências esperadas e requeridas desses profissionais de forma a reconfigurar as práticas de saúde atuais, fazendo emergir importantes discussões que giram em torno dos processos de trabalho em equipe e das propostas de cuidado.

No entanto, apesar das DCNAS estarem baseadas em competências, ainda mantém definições de conteúdos, que se configuraram no norte do antigo Currículo Mínimo que precedeu as DCN.

Talvez isso possa explicar em parte a circunscrição das competências gerais dos cursos (com exceção da Medicina) para uma atuação restrita ao próprio campo de saber técnico específico de cada área. Foi verificado que existe uma certa confusão no texto das DCNO que ao mesmo tempo em que buscam uma ampliação das competências do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde, enfatizam a esfera de atuação exclusivamente restrita ao seu âmbito

profissional. Dessa forma, as propostas do documento reiteram a concepção prevalente da atuação do Cirurgião-Dentista centrado nas habilidades exclusivamente odontológicas.

Parece existir nesse documento uma reduzida organização das idéias sobre integralidade em saúde, que ao mesmo tempo em que abre possibilidades de novas discussões relacionadas às dimensões abordadas no início deste trabalho, seja através de novas competências, seja através da incorporação de tarefas mais integradas com os saberes da área da saúde em geral, acaba direcionando para a prática clínica do Cirurgião-Dentista. Além disso, é possível ainda que outros aspectos enfocados neste trabalho, como as concepções da atuação em equipe e o perfil do profissional generalista, estejam sendo pouco valorizadas pelas lideranças que participaram da elaboração deste documento.

Ao mesmo tempo as entrevistas revelaram que apesar dos discursos extrapolarem o “universo da boca”, não conseguem ainda transpor o próprio “universo da Odontologia”. As atividades práticas do Cirurgião-Dentista tendem a ser visualizadas no contexto dos conhecimentos clínicos odontológicos, revelando que embora a teoria esteja se afinando com as discussões atuais sobre o tema, existe uma latência para se configurar em concepções e práticas mais ampliadas das competências historicamente construídas.

Além disso, as análises demonstraram que existe o entendimento de que o perfil generalista e a atenção integral à saúde poderiam ser alcançados através do dispositivo pedagógico de Clínica Integrada. Esse movimento é arriscado na medida em que um maior nível de integração entre as especialidades estaria potencialmente dificultando uma concepção ampliada da saúde bucal e ao invés de promover um movimento para a desconstrução do isolamento da Odontologia, talvez possa fortalecê-lo. Ou seja, essa configuração pode sugerir que as concepções de atenção à saúde das DCNO estão sendo entendidas como ampliação do consultório odontológico para incorporar as diversas especialidades, o que suprime uma

reflexão mais ampliada do cuidado e dificultam a interação equilibrada com os demais membros da equipe de saúde.

A instituição estudada demonstrou (através das entrevistas e no Projeto Pedagógico) ter uma boa estrutura pedagógica incorporando alguns movimentos de configuração da integralidade através de iniciativas envolvendo o estabelecimento de parcerias, a diversificação de cenários, o cuidado com a ampliação da prática e a aproximação como SUS. No entanto, essas iniciativas apresentam um caráter ainda muito arraigado no modelo biomédico aplicado à Odontologia.

Alguns problemas prevalentes que já são verificados na literatura também foram evidenciados na estruturação do Projeto Pedagógico do Curso, dentre eles, a configuração da Clínica Integrada como dispositivo da formação generalista e da atenção integral à saúde, as concepções de generalista restritas aos saberes odontológicos e a participação do Cirurgião-Dentista na equipe de maneira complementar aos demais profissionais de saúde. Como exemplo o projeto de extensão realizado na Unidade de Saúde da Família, apesar de se configurar em trabalho multiprofissional e ser valorizado pelos alunos, enfrenta dificuldades.

Durante o processo de análise ficou evidente que, apesar da apropriação parcial das concepções de integralidade discutidas inicialmente, existe um movimento de mudança de valores, e uma aproximação com as discussões travadas. Talvez a falta de intimidade com as discussões fez com que esses pontos não pudessem ser mais claramente expressados nos discursos, requerendo uma maior instrumentalização desses atores para que se posicionem mais claramente acerca das dimensões discutidas.

Para isso é importante que essas discussões deixem de ser exclusivas da saúde coletiva. É necessário extrapolar para uma discussão que envolva todos os agentes que atuam direta ou indiretamente na saúde. Na Odontologia, em específico, é observado que mesmo

aqueles mais ligados à Saúde Coletiva apresentam uma certa dificuldade em ampliar os aspectos para além da prática clínica e expandir para outras práticas e outros saberes. Com isso, torna-se imperativo trazer para as discussões também o campo clínico-cirúrgico, numa tentativa de validar o conhecimento clínico sob novas perspectivas e aproximar as discussões teóricas do campo específico de atuação, configurando uma prática mais contextualizada.

Todo esse panorama traz algumas conseqüências para a prática, para a teoria e para a pesquisa em Odontologia que serão apontados a seguir.

Conseqüências para a prática

As discussões acerca da integralidade ampliam as concepções de saúde e propõem que se extrapole o trabalho de assistência incorporando atributos que envolvem as políticas do setor e o papel das relações humanas nos processos de cuidado, ampliando também as configurações do trabalho em equipe e das atividades desenvolvidas no cuidado em saúde. Nesse sentido os pressupostos de integralidade trazem para o campo da saúde, e com isso para a Odontologia, a ampliação da atuação dos profissionais, nos sentidos das práticas, das discussões e implementações de políticas e da visão mais abrangente do universo das relações entre todos os atores envolvidos no trabalho.

Dessa forma, caminha lado-a-lado com a realidade atual de atuação profissional em equipe multidisciplinar, contribuindo de maneira bastante consistente na atual reconfiguração das práticas em saúde, cumprindo o papel de reorientador dos processos de formação profissional.

Extinguir a formação para o mercado liberal não é necessário, mas limitar a formação a esse aspecto é negligente. É necessário fornecer ao aluno todas as ferramentas para que ele possa transitar livremente dentro de sua profissão, em qualquer setor de atuação, público, privado ou em ambos. É necessário acima de tudo formá-lo consciente do universo social em que se insere e das dinâmicas tendências do mercado de trabalho.

A abertura de novos campos de trabalho para o Cirurgião-Dentista, como é o caso das Equipes de Saúde Bucal no PSF, ao que tudo indica, demanda para sua efetiva implementação, o esforço que está sendo feito em algumas faculdades e nos processos de Educação Permanente. A implantação das DCNO constitui um processo de médio a longo prazo, o que exige um investimento em paralelo na educação daqueles que já estão no serviço, em contato com a prática. A Educação Permanente, nesse sentido, constitui-se em processo articulado à implementação das DCNO.

A análise das entrevistas com os gestores da educação do curso em questão apontou para a necessidade de uma relação mais próxima entre as faculdades e o MEC/MS, através da criação de alguma instância de comunicação seja através de oficinas, workshops com os representantes das instituições de ensino de forma a apreender dificuldades, expectativas e propostas. Dessa forma, seria possível envolver efetivamente os Cursos no processo de construção do perfil profissional pretendido para a nova agenda da saúde e na formatação da avaliação institucional realizada pelo Governo, a qual se propõe a ser democrática e participativa – Lei 10.861(Brasil 2004-b).

Dessa forma, o papel da universidade não deve se resumir no desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também prescinde de um estímulo ao pensamento crítico e às relações humanas, de afeto e de solidariedade.

Nesse ponto vejo a necessidade de estruturação pedagógica girando em torno de três eixos básicos de formação:

Formação “biomédica” – formação sólida das ciências básicas biológicas e profissionalizantes que auxiliem sua prática clínica e que atenda inclusive as novas demanda da Política de Saúde Bucal brasileiras que compreendem o conhecimento das ciências médicas e de Saúde Coletiva em campos híbridos de aprendizagem, e inclusão de eixos de aprendizagem, que girem em torno de aspectos de gerenciamento em saúde e que enfatizem o papel de agente de saúde, de

forma a auxiliar o trabalho em ambiente coletivo e interdisciplinar, considerando a saúde bucal do ponto de vista social, econômico, cultural, entre outros.

Formação Humanística – formação que dê condições ao profissional de trabalhar com a identificação de necessidades sociais, que entenda o contexto sócio-político em que vive e trabalha. Que inclua a bagagem cultural do aluno e da sociedade a que pertence, que desenvolva conhecimentos e habilidades necessárias para a ampliação da prática profissional com vistas a intersubjetividade, a subjetividade, a alteridade. Procurando, ainda, considerar o significado da saúde bucal para as populações atendidas.

Formação Interdisciplinar – formação que desenvolva habilidades de trabalho em equipe incluindo aspectos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade profissional. Que possa, enfim, fortalecer o profissional de Odontologia como profissional de Saúde.

Para tanto, é necessário repensar estratégias de ensino-aprendizagem que perpassem todo o currículo ao longo do curso, promovendo a integração das disciplinas específicas da odontologia com os demais cursos da área da saúde.

Conseqüências para a pesquisa

As conseqüências para a pesquisa incluem a necessidade de uma melhor investigação dos processos educacionais e avaliativos, envolvendo a participação da docência e o perfil dos egressos. Além disso, se torna relevante a ampliação de estudos que envolvam outras escolas e a estruturação dos currículos.

Partindo da concepção abordada por Cecílio e Merhy (2003) acerca do cuidado em saúde, talvez a principal conseqüência que se revela neste trabalho seja a necessidade de uma investigação a respeito da concepção do cuidado em Odontologia e as suas possíveis implicações para as práticas. Ao rediscutir o modelo de atenção e as práticas tradicionais do Cirurgião-Dentista, os aspectos envolvendo o que esses atores compreendem do processo de

cuidado em saúde, e em específico, no cuidado em Odontologia são fundamentais para as propostas de mudança.

Conseqüências para a teoria

No processo de sistematização do material estudado, dois aspectos foram levantados e merecem destaque como prováveis contribuições de futuros estudos na área da saúde e em particular na Odontologia: o perfil generalista em Odontologia e o trabalho em equipe.

A concepção do profissional generalista associado ao perfil de integração das diversas especialidades restringe o campo de ação profissional e as discussões em torno das competências exigidas pelas configurações atuais da atenção à saúde. Ao contrário, talvez fosse mais produtivo repensar o conceito de generalista englobando atribuições dos demais profissionais de saúde, como membro da “Equipe Integração” (Peduzzi, 2001), o que forneceria ferramentas necessárias para enxergar os indivíduos e comunidades de forma ampliada e entender assim suas mazelas, cumprindo com a integralidade da atenção ao nível da prática individual e do funcionamento em rede. Dessa forma, o conceito de integração curricular poderia ser incorporado pelos cursos de graduação em saúde extrapolando os limites das próprias competências específicas e promovendo uma integração curricular dos cursos da área de saúde, ao nível das disciplinas afins.

A proposta dessa reflexão é evitar uma dicotomia entre o que é “clínico” e o que é “odontologia coletiva”, pois implica no risco de que os aspectos do direito à saúde bucal acabem organizando-se numa sub-especialidade da saúde coletiva e não parte integrante da formação do profissional.

O atual sistema de saúde do país impõe uma nova lógica para a Odontologia, que precisa rever a sua posição e abrir-se ao diálogo com outros campos de saber, o que envolve a incorporação de uma visão ampliada da prática odontológica e o debate comprometido com a formação do Cirurgião-Dentista. Nesse sentido a discussão sobre equipe se torna

extremamente relevante e urgente, sob a ameaça do Cirurgião-Dentista não conseguir se estabelecer de maneira fundamental na construção do cuidado em saúde.

A incorporação da Odontologia na equipe de saúde, mesmo frente às críticas já apontadas inicialmente, pode ser considerada como um marco na construção da integralidade e nas práticas odontológicas, agregando um peso muito grande na configuração das práticas nos serviços em função do histórico de isolamento da profissão, mesmo porque os cenários típicos da Odontologia tradicionalmente não demandaram da profissão maior integração com as demais profissões. Nesse sentido, vislumbra-se uma potente conexão entre a ampliação da prática odontológica, a formação do Cirurgião-Dentista, e a construção do trabalho em equipe, entendido como um campo de interseção entre os atributos profissionais e os atributos da prestação de serviços, mediados pelo processo de formação, materializando-se na prática conjunta do cuidado integral em saúde.

Essa abordagem permitiria a compreensão dos indivíduos no contexto social, propondo um novo enfoque no lidar com os sujeitos e ampliando os cenários das atividades profissionais, configurando-se não apenas como uma discussão envolvendo a interdisciplinaridade, mas procurando envolver a abordagem da Odontologia no novo contexto de práticas, potencialmente mais significativas para aqueles que as exercem.

As DCNO aparecem nesse contexto como mediadores essenciais desse processo na medida em que tem como atributo principal a orientação da preparação dos RH que irão compor essas equipes e que serão impelidos a refletir sobre os instrumentos e práticas do cuidado no seu cotidiano de trabalho.

Apesar das minhas críticas à redução das discussões sobre integralidade à integração das especialidades odontológicas e da visão restrita aos aspectos da saúde bucal dos pacientes, este trabalho reforça que, provavelmente esses elementos que deveriam ser intrínsecos à

própria prática da profissão, raramente foram abordados da forma sistemática que se verifica hoje.

As práticas de ensino certamente são fundamentais para efetuar mudanças na Odontologia, mas constituem apenas um dos braços dentro desse complexo sistema. As políticas públicas em Odontologia e seus avanços certamente influenciaram e influenciarão o desenvolvimento da profissão enquanto agente de transformações sociais. É necessário uma conjugação de esforços para que se possa avançar no sentido de uma Odontologia verdadeiramente integral. Isso remete à terceira dimensão da Integralidade citada por Mattos (2003), a dimensão da políticas públicas, que no caso da Odontologia também se mostra indissociável das demais.

Por fim, entendo que num país como o Brasil, onde as características regionais são dotadas de uma enorme diversidade, não existe uma abordagem única para a solução dos problemas envolvendo as questões da formação e capacitação profissional e do cuidado em saúde. Diversos caminhos precisam ser percorridos e inúmeras discussões sistemáticas travadas, desconstruindo o imediatismo de forma a encarar-se como um processo em construção, que por vezes tem um curso lento, mas que envolve a reflexão e a discussão no sentido de construção de uma utopia alcançável.

8 - REFERÊNCIAS:

AGUIAR, Adriana C. de. **Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship.** 2000. 222p. Tese (Doctor of Education) - Faculty of the Graduate School of Education Harvard University. 2000.

AGUIAR, A.C.de. Estratégias de avaliação e a transformação da educação médica no Brasil. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, set/out, 2004. v.27, n.5, p.10-11.

AGUIAR, A.C.de. **Comunicação pessoal.** Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, 2006.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança.** Londrina: EUL, 1999.

BERTOLAMI, C.N. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence demand for treatment> forms vs. content. *J. Dent. Educ.*, Washington, v.65, n.8, p.725-35, 2001. *Apud* CONRADO, Carlos A., GOMES, Guilherme S., ROBAZZA, Carlos Roberto C. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares: o currículo multidisciplinar integrado. In: TERADA, R.S.S. e NAKAMA, L. (Orgs): **A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá.** São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede UNIDA; Brasília: ABENO, 2004 .p 23-49.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária.** n.134. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000.(Série Saúde em Debate).

BOTAZZO, Carlos, FREITAS, Sérgio F.T. **Ciências sócias e saúde Bucal: questões e perspectivas.** São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. 229p.

_____,Carlos e FREITAS, Sérgio Fernando T. Introdução: As questões e as perspectivas da saúde bucal – in: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas.** São Paulo: EDUSC/ UNESP, 1998. p. 09-23.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988.Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2000. Disponível em : <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portaria1444_28_12_00.pdf> Acesso em: 23 jan. 2005.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Brasília, DF, ago. 2001-a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia.** Brasília, DF, nov. 2001-b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>>>. Acesso em: 15 nov. 2004.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** nov. 2001-c. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** nov. 2001-d. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

_____. Resolução CNE/CES 3 de 4 de março de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, mar. 2002. Seção 1, p.10.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente.** Brasília, DF, set. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 (Resultados Principais)**. Brasília, DF, 2004-a. Disponível em :
<http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>. Acesso em 12 jan. 2005.

_____. Lei 10.861, de 14 de abril de 2004. Instituí o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, sessão 1, p.3/4, abr. 2004-b. Disponível em:
< <http://www.uff.br/catalogo/legisla/20040414Lei10861.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2006.

_____. Departamento de Gestão da educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área de saúde**, Brasília, DF, agosto. 2004-c. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em 27 jan.2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Brasil Sorridente**, 2004. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406>. Acesso em: 09 mai. 2005 - a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da educação na saúde: Trabalhadores de Saúde e a saúde de todos os brasileiros – práticas de trabalho, gestão, formação e participação** (Documento Base). Brasília, DF, jun.2005 - b.

_____. Presidência da República. Lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. **Instituí a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em:
<<http://www.mec.gov.br/legis/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 09 de jul. 2005.

_____. Presidência da República. Sub-chefia de Assuntos Jurídicos. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei 4024/61**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm>. Acesso em : 09 de jul. 2005.

_____. Presidência da República. Sub-chefia de Assuntos Jurídicos. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Lei 5692/71**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5692.htm>. Acesso em: 09 de jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Conversando sobre os Pólos de Educação Permanente em Saúde**: Disponível em:
<<http://www.redeunida.org.br/arquivos/arquivos.asp>>. Acesso em: 20 de mar. 2006.

CAMPOS, F.E., FERREIRA, J.R., FEUERWERKER, L., *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.53-59. 2001.

CARNEIRO, M. A. **LDB fácil: leitura crítico-compreensiva artigo a artigo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 220p.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O e MERHY, Emerson .E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (Orgs). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003 . p. 197-210.

CECCIM, Ricardo. B. e FERLA, Alcindo. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (orgs). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003. p.211-226.

CECCIM, Ricardo. B.. Equipe de Saúde: a perspectiva Entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CHAVES, M.M. Educação médica: uma mudança de paradigma. Boletim ABEM, 28(4):10-11. 2000. *Apud* LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 219 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz/Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

CHEVITARESE, L.M.; MATTOS, D.; MASUDA, R.A.M. et al. Programa “Sorrindo com Saúde” em Apuiarés (CE): viabilizando o Tratamento Restaurador Atraumático neste município. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Curitiba, v.6, n.35, p.399-403, set/out. 2002.

COHEN, M.M. Major long-term factors influencing dental education in the twenty-first century. *J. Dent. Educ.*, Washington, v.66, n.3, p.360-73, 2002. *Apud* CONRADO, Carlos A., GOMES, Guilherme S., ROBAZZA, Carlos Roberto C. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares: o currículo multidisciplinar integrado. In: TERADA, R.S.S. e NAKAMA, L. (Orgs): **A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede UNIDA; Brasília: ABENO, 2004 .p 23-49.

CONRADO, Carlos A., GOMES, Guilherme S., ROBAZZA, Carlos Roberto C. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares: o currículo multidisciplinar integrado. In: TERADA, R.S.S. e NAKAMA, L. (Orgs): **A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede UNIDA; Brasília: ABENO, 2004 .p 23-49.

CORDEIRO, H. A escola médica e o novo modelo de cuidado de saúde do SUS: Saúde da Família. In: KRUSE, B. (Org) **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social**. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/Ministério da Saúde: Recife, 2001.

COSTA, Rafael Arouca Höfke. **História do ensino da Odontologia no Brasil**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

CURY, C. R. J. Reforma Universitária na nova Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional. **Cadernos de Pesquisa**, Fundação Carlos Chagas, n. 101, p.3-19, Jul. 1998.

DOUGHERTY, Mattheu. **A Biochemist who led dental education**: artigo científico.2003. Disponível em: http://www.cumc.columbia.edu/news/invivo/Vol2_Iss06_mar26_03/medicalhistory.html> Acesso em: 10 mar. 2006.

ENGEL, G. 1977. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196 (4286): 129-136. *Apud* AGUIAR, Adriana C. de. **Consequences for faculty of changes in medical education**: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship. 2000. 222p. Tese (Doctor of Education) - Faculty of the Graduate School of Education Harvard University. 2000.

FEUERWERKER, L.C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.18-24, 2000.

_____. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev. da ABENO**, São Paulo, v.3, n.1, p.24-7, 2003.

_____. L., ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: É tempo de ação! **Revista da ABENO**, São Paulo, v.4, n.1 , p.14 – 16, jan/dez, 2004.

_____. L.C. M. e RANGEL. ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, dezembro 2000.

_____; SENA, R.A., 1999. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida, M.J.; Feuerwerker, L.C.M.; M.A.Llanos. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. (Org.), pp.47-83, São Paulo: Editora Hucitec. *Apud* LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 219 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz/Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

FIGUEIREDO, Gustavo de O. **Do fetichismo odontológico à utopia da saúde bucal coletiva**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional para as Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde. **Oficina de Planejamento das Oficinas Regionais**: Termo de referência. [Brasília, DF, 2005]. Mimeografado.

IVAMA, A.M. **La Education y la Pratica Farmaceutica em Brasil y Espana em el contexto de la organization**. 1999. Tese (Doctorado) – Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Espana. *apud* MELO, Mariângela Monteiro de. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia**: processo de construção e perspectivas de implementação. 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

KATON, W. and KLEINMAN, A. 1981. Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care. In *The Relevance of Social Sciences for Medicine*. Edited by L. Eisenberg and A. Kleinman. Dordrecht, Holland/Boston, London: D. Reidel Publishing Company. *Apud* AGUIAR, Adriana C. de. **Consequences for faculty of changes in medical education**: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship. 2000. 222p. Tese (Doctor of Education) - Faculty of the Graduate School of Education Harvard University. 2000.

KUHN, T., **A estrutura da revoluções científicas**. 4. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1996.

LEVY, Marcia de Almeida. **Ensino-aprendizagem em diferentes cenários na formação médica: Análise de uma experiência**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional para as Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 219 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz/Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

MALGADIVE, Gérard. Competências e engenharia de formação. In: PARLIER, Michel; WITTE, Serge de. *La competence mythe, construction ou réalité?* Paris: L'Harmattan, 1994. *Apud* RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Rev. Formação**, n.2, maio 2001.

MARANHÃO, E.de A. A construção das Diretrizes Curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o sistema único de saúde. In: TERADA, R.S.S. e NAKAMA, L (Orgs): **A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede UNIDA; Brasília: ABENO, 2004. p.159-171.

MARINS, J.J.N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B., ARAÚJO, J.G.C.de (Orgs). **Educação médica em transformação** – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM - Ed. Hucitec, 2004. p.97-108.

MARSIGLIA, R.M.G, 1998 . Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In BOTAZZO, C., FREITAS, S.F.T. (Orgs). **Ciências sócias e saúde Bucal: Questões e perspectivas**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. 229p.

MATTOS, Ruben. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de.(Orgs) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001.p. 39-64.

MAXWELL, J. 1996. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage. *Apud* AGUIAR, Adriana C. de. **Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship**. 2000. 222p. Tese (Doctor of Education) - Faculty of the Graduate School of Education Harvard University. 2000.

MELO, Mariângela Monteiro de. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v.4, p.305-29. 1999.

MORITA, M. C. , KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 17-12, jan/dez, 2004.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v.4, n.1 , p. 30 – 37, jan/dez, 2004.

NISKIER, Arnaldo. **LDB: A nova lei da educação**: Tudo sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional - uma visão crítica. Rio de Janeiro: Consultor, 1996. 305p.

NOVAES, H.M.D. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T.(Orgs). **Ciências sócias e saúde Bucal: Questões e perspectivas**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. p.175-196.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, Rosení; FERLA, Alcindo Antônio; SILVA JR, Aluisio Gomes da. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J.N., REGO, S., LAMPERT, J. B., ARAÚJO, J.G.C. de. (Org.). **Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: ABEM, Ed. Hucitec, 2004. p.269-284.

PINTO, Vítor G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed.São Paulo: Santos, 2000.541p.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Rev. Formação**, n.2, maio 2001.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero e MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>>. Acesso em 10 de mar. 2006.

ROSENTHAL, E. **A História da Odontologia no Brasil**. Jornal APCD - outubro de 1995. Disponível em: <<http://www.atm.hostmidia.com.Br/historiaOdontologia.htm>> . Acesso em: 28 de jun. 2004.

_____. **A Odontologia no Brasil no Século XX**. São Paulo: Santos. 2001.

SECCO, L.G. e PEREIRA, M.L.T. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação : uma análise dos cursos de Odontologia do estado de São Paulo. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n. 15, p313-30, Mar-Ago, 2004.

SERRA, Carlos.G., GARCIA, Danielle do V.; MATTOS, Danielle. A explicitação das antigas inquietações e a busca das soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias. In: GARCIA, D. do V. **Novos rumos da saúde bucal: Os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ; ANS; UNESCO. 2005. p. 9-27.

SOUZA, Paulo Nathanael Pereira de. **LDB e ensino superior – estrutura e financiamento**. São Paulo: Pioneira, 1997. 223p.

TEIXEIRA, Carmem F.; SADER, Neusa M.B. **Processo de Implementação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente para profissionais de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo05.asp>>. Acesso em 10 de mar. 2006.

VIANA, A. L. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A.M. (Org) **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

WEHLAGE, G. 1981. The Purpose of Generalization in Field Study Research. In *A Study of Schooling*. Edited by Tom Popkewitz and Robert Tabachnick. New York: Praeger. *Apud* AGUIAR, Adriana C. de. **Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship**. 2000. 222p. Tese (Doctor of Education) - Faculty of the Graduate School of Education Harvard University. 2000.

ANEXO 1 – DIRETRIZES CURRICULARES DE ODONTOLOGIA

**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.^(*)**
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custoefetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter

^(*)CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

VII - desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;

VIII - identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;

IX - cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;

X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;

XI - comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;

XII - obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;

XIII - aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;

XIV - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;

XV - organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;

XVI - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;

XVII - participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;

XVIII - participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;

XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;

XX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;

XXI - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;

XXII - reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;

XXIII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;

XXIV - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;

XXV - propor e executar planos de tratamento adequados;

XXVI - realizar a preservação da saúde bucal;

XXVII - comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;

XXVIII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;

XXIX - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;

XXX - acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

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

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de: a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia; b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e

traumatologia buco-maxilo-faciais; e c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

I - estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:

a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico cultural do aluno;

b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e

c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.

II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e

III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO 2 – RELATÓRIOS DA ABENO

Neste anexo apresento o temário da 39ª reunião da ABENO citado inicialmente no texto. Essas reuniões acontecem anualmente e se pautam pela eleição de um tema central de discussão. A escolha pela referida reunião se deu em função do tema eleito, buscando apreender os discursos das lideranças no ensino de Odontologia acerca das questões sobre integralidade em saúde.

TEMA DA 39ª REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO E 30º ENCONTRO NACIONAL DOS DIRIGENTES DE FACULDADES DE ODONTOLOGIA
Belo Horizonte - MG - 29 a 31 de julho de 2004

Tema central: " **ENSINO E SAÚDE: A INTEGRAÇÃO DO ENSINO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE**"

» **Dia 29/07/2004**

□ Prof. Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto - Clínica Integrada no Ensino de Odontologia Panorama sobre o Ensino de Odontologia no País - Prof. Antonio César Perri de Carvalho - Presidente da ABENO.

□ Prof. Omar Zina e Profa. Patrícia Suguri - Clínicas Integradas antecipadas: Limites e possibilidades.

□ Prof. Thales Zaia - Sistemática de Funcionamento da clínica integrada da FOP-UNICAMP (parte 1).

□ Prof. Thales Zaia - Integralidade do Ensino X Atenção Integral à Saúde - Experiência com clínica integrada antecipada (parte 2).

» **Dia 30/07/2004**

□ Ricardo Burq Ceccim - Desmistificando o ensino de odontologia na sua relação com o SUS.

□ A atenção integral e a gestão da saúde.

□ A pesquisa e sua aplicação na saúde bucal individual e coletiva.

» Dia 29/07/2004

Resultado da Discussão do Grupo 1 ::

Foi realizado pelo grupo 1, discussão sobre os seguintes temas:

- 1) Como a integração do ensino poderá contribuir para a formação do aluno e a atenção à saúde?
- 2) Em um curriculum integrado como contornar a problemática do professor especialista?

Referindo-se a primeira questão as discussões centraram em torno da formação dos núcleos temáticos como forma facilitadora para se alcançar a integração aluno-professor desde o início da formação acadêmica nas atividades profissionais. Foram também referenciadas experiências positivas em relação a aplicabilidade das diretrizes curriculares já com a nova visão. A integração foi bastante discutida como forma para atingir a integralidade. Neste contexto, a necessidade da formação pedagógica assume papel relevante no perfil do docente. A interação com o discente desde o seu ingresso no ciclo básico ao clínico; permite ao mesmo a compreensão do processo interativo da saúde como resultado final da incorporação do processo ensino aprendizagem.

Experiências relatadas por membros deste grupo ressaltaram resultados positivos, quando das atuações interativas tanto no sentido técnico-acadêmico quanto humano, com equipes multidisciplinares tanto no âmbito público como privado.

No que se referiu a atenção integral, sediado nas discussões, pode-se observar que as atitudes multidisciplinares e/ou multiprofissionais e a realização do planejamento adequado em conjunto com a formação acadêmica resultaria na atenção integral a saúde.

Com relação a questão do problema do professor especialista, na condição de formação atual do corpo docente, acreditou-se dificuldades poderiam ser minimizadas, tendo em vista que esta composição estaria adequada ao perfil desejado.

Entretanto, de acordo com as solicitações do Ministério da Educação estes professores deverão ser portadores de títulos de Doutores, Mestres ou Especialistas divergindo do modelo desejado. Sugeriu-se a sintonização desses processos formativos harmonizando não só os domínios cognitivos e psicomotores, mas também os afetivos.

A partir do corpo docente formado, sugeriu-se a conscientização deste para a incorporação das atitudes. Esta conscientização deveria relacionar-se com aspecto evolutivo contínuo e não necessariamente mudanças drásticas.

As atitudes integradas independentemente da especialidade possibilitam a integralização facilitando a atuação profissional nos pólos de saúde.

A sintonia entre a formação do professor o aprendizado do aluno e a prática das ações integradas de saúde capacita à inserção do profissional no mercado de trabalho.

:: Resultado da Discussão Grupo 2 ::

Questão 1

Tradicionalmente a integração do ensino em Odontologia era realizada somente nos dois últimos períodos. Verifica-se que a dificuldade em antecipar este processo, é o fato de a maioria dos cursos apresentarem o ensino departamentalizados. A sugestão de mudança é a de integrar desde os períodos anteriores, com atenção ao paciente, que deve ser assistido por uma equipe de alunos com uma única entrada (semilogia, por exemplo) ou via triagem onde será estabelecido um plano de tratamento e não um atendimento fragmentado, isto é por procedimento.

Foram relatadas experiências neste sentido onde um docente é responsável pela coordenação de uma equipe de professores, onde a integração já começa no terceiro ano. A equipe de alunos do terceiro ao quinto ano é capitaniada por um aluno do quinto ano. É elaborado um plano de tratamento que é discutido na forma de seminário.

Considera-se que os currículos estão passando por muitas mudanças, sendo a clínica integrada a mais desafiada. Embora a odontologia esteja muito bem no cenário das profissões, a grande questão é a formação generalista direcionada para o atendimento integral do paciente, devendo este ser esclarecido dos procedimentos que serão realizados.

Outro aspecto é o aprofundamento dos conteúdos das disciplinas, não havendo espaço para o que realmente necessita ser informado dentro de uma realidade. No modelo atual o aluno não pensa e nem planeja, executa o que lhe é determinado. Na nova proposta haverá um planejamento inicial de tratamento onde o aluno saberá o "porque" e "para que".

Foi discutida a dificuldade de reunir os professores e fazer com que compreendam a mudança de modelo, sendo uma das estratégias o comprometimento do aluno. Este desempenharia um papel integrador e de ligação do professor com a direção.

O aluno deve ser preparado para as políticas de saúde bucal integrando-se no contexto do SUS.

Temos um compromisso de passar ao aluno o conceito de integralidade formando não só cirurgiões-dentistas mas verdadeiros cidadãos, profissionais de saúde.

Questão 2

" O professor deve vir da sua disciplina especializada, mas agindo de forma generalista na clínica integrada.

" Definir os objetivos da clínica integrada

" Fazer seminários para reciclagem dos professores com temas diversos daqueles de suas especialidades

" A problemática da equipe de professores generalistas na faculdades particulares (onde só se pode Ter um professor para cada cinco alunos) - como forma a equipe?

" Grande número de especialidades e o aprofundamento das disciplinas na graduação

" Formar profissionais para a prática com clínica integrada

" Pensar no tipo de atuação na clínica a partir dos dados epidemiológicos

" A universidade não faz extensão, com isso não conhece a realidade do município

" É o papel social da faculdade que vai formar um profissional com inserção social

" A universidade está descontextualizada socialmente.

A população que hoje procura a faculdade de odontologia, não tem o mesmo perfil socio-econômico que antigamente. Hoje seu perfil é mais alto pois as classes mais baixas não têm condição nem mesmo de arcar com este tipo de tratamento.

:: Resultado da Discussão Grupo 3 ::

Pergunta 1 - Como a integração do ensino poderá contribuir para a formação do aluno, e a atenção integral à saúde.

A abordagem da questão da integração do ensino odontológico não é uma questão nova, haja vista o conceito de clínica integrada e o plano piloto de ensino integrado de Diamantina, que foi uma primeira tentativa de resolver os problemas do ensino de Odontologia.

Entretanto, o ensino dos cursos de graduação continua fragmentado, o que dificulta a atenção integral à saúde levando a uma angústia que se reflete no corpo discente como um todo.

É de suma importância a integração do ensino devido a sua complexidade e uma discussão detalhada deve ser levada a efeito. Assim, é possível construir um ensino integrado, porém se não houver uma mudança de conceitos e atitudes nem sempre esse tipo de ensino levará ou resultará em uma ação de prática integralizada.

É preciso questionar os porquês: definir a prática que queremos e que conceito político-pedagógico vamos adotar para formar o profissional necessário para a nossa sociedade.

A saúde coletiva na odontologia como um modelo norteador da ação integral à saúde poderá ser um eixo aglutinador na formação do cidadão do curso de graduação, não deixando de lado uma adequada integração com os cursos de pós-graduação lato e estrito senso.

Pergunta 2 - Em um currículo integrado como contornar a problemática do professor especialista

O professor é o elo fraco do sistema, pois a fraca formação pedagógica, perfil inadequado para a prática de clínica integrada e a dificuldade de ultrapassar a barreira da fragmentação, por ter sido formado no mesmo paradigma, dificultam uma prática de ensino integrado.

Uma das maneiras de se conseguir a integração seria unir o professor e o aluno numa proposta de construção do conhecimento para atingir a ação integral.

O fato de o professor ter uma formação especializada não limita o conhecimento geral e não impede que ele tenha uma prática integrada desde que haja motivação e sejam superadas as dificuldades já citadas.

Na formação do professor não esquecer do papel dos cursos de mestrado, onde muitas vezes o recém-formado inicia sua formação acadêmica sem ter a vivência do todo, dificultando, no futuro, uma referência de atuação integralizada. O mestrado pode formar o superespecialista desde que construa também um profissional consciente do papel do docente, com visão humanística e ética e com a mentalidade de trabalho em equipe.

Os programas de pós-graduação têm como tarefa a formação do professor, do especialista e do pesquisador. A sua mensuração, pelos órgãos competentes, é feita a partir da produção científica através de publicações, gerando dificuldades de conseguir uma identidade da formação do professor, que possa atender às exigências da avaliação e esquecendo da avaliação da formação pedagógica e, conseqüentemente, dificultando a prática da graduação.

:: Resultado da Discussão do Grupo 4 ::

Pergunta 1- Como a integração do ensino poderá contribuir para a formação do aluno e a atenção integral à saúde?

- Enfatizar a saúde coletiva nos currículos, possibilitando vivências do aluno com a comunidade, possibilitando maior compromisso social e uma visão mais humanística. Desse modo, estaremos também preparando melhor nosso aluno para enfrentar as necessidades do PSF.

- Deve incorporar o lado humanístico com a técnica, não menosprezando a habilidade.

- Flexibilização do projeto político-pedagógico do curso, possibilitando assim mudá-lo de acordo com as necessidades do mercado de trabalho. Cada curso deverá ser capaz de formar pessoas com capacidade de resolutividade.

- Conhecer o perfil epidemiológico da nação brasileira e especialmente da região de cada curso, atendendo melhor às necessidades da população.

- Muito mais do que a integração técnica, tem que inserir a capacidade diagnóstica, melhorar a fundamentação científica, aguçar o senso crítico do aluno para atender a adversidade

- Segundo Prof. Nicolau Tortamano: Nessa reunião da ABENO ninguém é dono da verdade. Deve-se ver o que o outro faz, para ver se é melhor do que o que estamos fazendo, e se poder adotar ou não o melhor.

Pergunta 2: Em um currículo integrado, como contornar a problemática do professor especialista?

Respostas: Foram discutidos inicialmente os seguintes aspectos:

" O professor de Clínica Integrada tem que:

- ter competência profissional para trabalhar as diferentes fases de formação do aluno;
- ser polivalente e conhecer os fundamentos de todas as especialidades;
- não necessita ser um especialista;
- ter visão generalista;
- ser responsável junto ao aluno pelo tratamento do paciente.

" A clínica integrada deve

- ter como meta ensinar o aluno a ver a Odontologia como um todo no diagnóstico, planejamento e tratamento;
- quebrar o paradigma do aprendizado fragmentado;

" Algumas faculdades têm clínicas integradas formadas apenas por especialistas e isto não está correto.

" O referencial que nos dá informações sobre a importância da clínica integrada é o egresso dos Cursos de Odontologia. Se a clínica for realmente integrada, o profissional será generalista, crítico e reflexivo.

" Quanto mais qualificado é o professor mais difícil se torna encaixá-lo no perfil da Clínica Integrada. (por exemplo, o professor que acaba de concluir o Doutorado no exterior).

" Casos clínicos mais complexos devem ser encaminhados para clínicas de referência.

" A Clínica Integrada deve ser iniciada precocemente no currículo e não no final do mesmo.

A RESPOSTA do grupo se deu na realidade da Faculdade Unimontes, através do relato da Profa. Cássia Pérola. A Unimontes tem Clínica Integrada do 4º ao 9º período e Saúde Coletiva em todas as etapas. A superação das diferenças entre os professores se deu através do estudo. Os professores se reúnem para discutir o planejamento e estudar (para ser um profissional integral), sendo que no final de cada

semestre sempre sai um trabalho a ser publicado baseado neste estudo. A resposta - chave está então na educação permanente dos professores, quer sejam especialistas ou não. Finalizando, o Prof Nicolau Tortamano questionou a dificuldade encontrada nas escolas particulares, no sentido de se fazer reuniões com os docentes, pois os mesmos vão querer receber pelo comparecimento para estes estudos de reciclagem.

Telma Campos Medeiros Lorentz
Relatora do Grupo 4.

:: Resultado da Discussão do Grupo 5 ::

Coordenador: Prof. Pegoraro

Secretários:

- Vera

- Mario Uriarte Neto

Questão 1- Como a integração do ensino poderá contribuir para a formação do aluno e a atenção integral em saúde?

A INTEGRAÇÃO DO ENSINO VAI CONTRIBUIR PARA A FORMAÇÃO DO ALUNO:

- 1- Atuando em um modelo integrado, (diferente da atuação da clínica integrada) desde o início da formação do aluno.
- 2- Permitindo que haja uma uniformização, onde o aluno cresce a partir das diversidades encontradas
- 3- Otimizando a atuação do profissional
- 4- Permitindo uma atenção integral do paciente
- 5- Concorrendo para a consolidação dos elementos para o estabelecimento de um diagnóstico que considere o sujeito em todas as suas relações
- 6- Aprendendo a trabalhar paciente/ comunidade, facilitando o compromisso com o trabalho comunitário
- 7- Permitindo que o aluno tenha uma visão holística do paciente, ou seja permitindo a humanização da odontologia

Frases citadas:

- 1- Antigamente o TODO era junção de partes, hoje não necessariamente o TODO e uma junção de partes;
- 2- Não podemos trabalhar mais em feudos;
- 3- Temos que MUDAR, trabalhar na visão humanista: UM OLHAR PARA O PACIENTE;
- 4- Poucos professores viveram um modelo integrado e portanto precisam ser preparados - trabalho emocional - sociometria;
- 5- Professores têm que resgatar o processo pedagógico;
- 6- Para mudar e preciso tempo, dedicação e persistência;
- 7- A questão de mudança e uma questão cultural e não é tão simples assim;
- 8- Tem que destruir o curriculum antigo, nada de ajustes, tem que começar um novo;
- 9- A grande dificuldade e a grade curricular que o próprio MEC deixou para ser trabalhado;
- 10- Este modelo:
 - tem que reconhecer a competência do docente
 - estar discutindo mecanismos de integração
 - rever as matrizes curriculares
- 11- Entidades como a ABENO devem estar abertas para discussões como esta e possibilitar a divulgação das mesmas.

Questão 2) Em um currículo integrado, como contornar a problemática do professor especialista?

O grupo resalta a importância do professor especialista no processo de formação profissional e entende que a questão que foi discutida refere-se ao aproveitamento do especialista no modelo integrado. E fez as seguintes considerações:

- 1) o primeiro ponto a ser destacado e que deve haver vontade política de mudança originada no Curso e respaldada pela Instituição;
- 2) paralelamente a vontade política deve acontecer uma mudança na cultura organizacional de disciplinas/departamentos;
- 3) no modelo integrado, o professor deve ter conhecimento abrangente de todas as áreas da Odontologia voltadas para o diagnóstico e planejamento do tratamento. Para isso, sugere-se a realização de seminários de capacitação, assim como de discussão sobre o Projeto Pedagógico e Matriz Curricular;
- 4) há necessidade da discussão, dentro das especialidades, sobre a responsabilidade de ensino de cada área e da definição das competências e habilidades de cada especialidade, visando a formação do profissional generalista, evitando alta complexidade de procedimentos em cada especialidade. Faz-se necessário definir os limites do generalista;
- 5) dentro do currículo integrado, cada professor especialista deve participar com o que tem de melhor. Entretanto, todos devem ter conhecimento e capacidade de atuar no diagnóstico e plano de tratamento, além da sua especialidade.

:: Resultado da Discussão do Grupo 6 ::

Conclusões do grupo 6

Reunião do dia 29 de Julho de 2004

1) Como a integração do ensino poderá contribuir para a formação e a atenção integral à saúde?

Houve consenso do grupo de que a integração está na ordem do dia e que o C.D. é um profissional que deve ser visto como agente de saúde que muita vezes, em sua prática diária, diagnostica doenças não identificadas por outros profissionais da área.

A interdisciplinariedade deve ser exercida para que se transforme o conceito do paciente como objeto para paciente como sujeito, com necessidades básicas para sua sobrevivência quais sejam: condições de moradia, alimentação, educação, etc. até porque, o contexto social exige hoje, a formação de profissionais generalistas para dar conta das necessidades do sujeito, assim, um profissional apto para integrar as equipes do PSF. Um profissional capaz de integrar e se comunicar com profissionais de outras áreas de saúde.

Para tanto, o grupo acha recomendável que sejam combatidos alguns entres:

- Nas escolas particulares, as freqüentes mudanças no corpo docente;

- As disciplinas do ciclo básico, que o grupo recomenda serem chamados de fundamentais não devem ser desvinculadas da prática clínica e se possível ser ministradas por CIRURGIÃO-DENTISTA. O aluno deve enxergar a integração a partir do ciclo fundamental.
- Os projetos pedagógicos serem construídos e executados com a finalidade de formar o profissional integral para evitar o desejo de especialização pelo aluno já nos primeiros anos de curso. Esta idéia é reforçada pelos próprios professores que são na totalidade, especialistas que exercem seu poder coercitivo sobre os alunos e, invariavelmente solicitaram orientação de especialistas.
- Sugestão do grupo para este problema é de que os cursos de especialização e mestrado não aceitem alunos recém formado. É necessário que se tenha um tempo mínimo de prática clínica generalistas.
- Devem ser incentivadas as discussões com o grupo de professores sobre integração vertical e horizontal. Reunião por eixos de conteúdo. Estes conteúdos devem ser readequados para que se atinja o objetivo que é formar o profissional com o novo perfil: o do profissional que extrapola a boca e o corpo.
- O bom planejamento de casos clínicos é fundamental para solucionar a compartimentalização da CI independente de quem orienta, se bem planejado o caso, o aluno poderá ter a visão integral do mesmo. A maior aproximação com a realidade social durante a formação do aluno deve ser incentivada. Ainda, há que se quebrar paradigmas tais quais: acomodação do corpo docente principalmente das públicas.
- Mudança da mentalidade sobre o mercado de trabalho, pois hoje o maior empregador formal é o SUS. Esta questão é reforçada pela lei 80/80 e pelas diretrizes curriculares que apontam para a formação do generalista adequado as estratégias das políticas públicas de saúde, pois a atual destinação de verbas para a saúde bucal é fato jamais vista política de saúde do país.

02 - Em um Currículo integrado, como contornar a problemática do professor especialista?

- integração das disciplinas básicas e profissionalizante
- clínica integrada antecipada
- Problematização de casos na clínica integrada
- Nortear eixos para integração. Ex.: propedêutica
- Reforçar a questão do planejamento para os casos clínicos a serem tratados
- Filosofia de trabalho continuado desde a pré-clínica
- Criar a idéia do paciente vinculado ao aluno o tratamento é de responsabilidade do aluno ' início e fim
- No projeto político pedagógico deve se adequar a ação docente do especialista ao perfil do profissional a ser formado.
- Oficinas didático pedagógicas. Apoio da direção para que os docentes sejam adequados a filosofia da integração
- Formação dos professores dentro da própria instituição, pelos próprios colegas
- O especialista ainda é importante pois em casos especiais em termos de complexidade a solução cabe a eles. Por outro lado, são casos que não devem ser objeto de graduação.
- Promover reuniões de calibração, mas evitar que sejam um momento de reafirmação de conhecimentos super especializados
- A CAPES deve ter uma ação conjugada com as diretrizes curriculares.
- Estágio docente em clínica integrada deve ser adotado pelos programas de mestrado.
- Discussões entre prof. de varias especialidades para estabelecer condutas comuns na clínica
- O professor de clínica deve ser eclético mas totalmente parece ser impossível.
- Reflexão - será que o professor generalista sobrevive no mercado de trabalho da docência, já que exige dele qualidade e quantidade de publicações.
- A formação de docentes não esta em consonância com a graduação
- A graduação já esta se adequando, falta adequar a pós-graduação
- Os professores não tem bagagem clínica suficiente
- A formação dos dirigentes da Capes é, na maioria das áreas básicas.
- Conseqüentemente não há sensibilidade para a vivência clínica
- Os trabalhos de teor integrado não são aceitos para a publicação.
- Alunos com mais publicações são preferidos nos programas de mestrado do que profissionais com vivência clínica
- Os mestrados não preconizam a prática, portanto os mestres não podem ser considerados especialistas.
- Quem levou à super-especialização da graduação foram os programas de pós graduação strictu sensu
- Há que se rever o papel dos programas de mestrado que deve ser a formação de professores de odontologia.

» Dia 30/07/2004

:: Resultado da Discussão do Grupo 1 ::

Relatório II da Discussão do Grupo I

Foi realizada pelo Grupo I, discussão sobre o seguinte tema:
" Na visão das Universidades como deve ser a parceria com o SUS?"

Após a discussão sobre a questão acima se optou pela formulação de uma seqüência de itens observando pontos positivos e negativos. Os itens relacionados em seqüência deverão ser levados em consideração para a construção de uma proposta consistente com referência a viabilização da parceria.

São eles:

1) Do ponto de vista do ensino:

Ensino como prioridade.

Formação de alunos preparados para o mercado de trabalho.

2) Capacitação profissional

Condições de oferta do corpo docente na atualização de profissionais, incluindo os da rede pública.

3) Prestação de serviço:

A prestação de serviço deve ser entendida como um acordo bilateral entre a universidade e o SUS.

4) Pesquisa:

A Universidade é dotada de condições favoráveis à realização da pesquisa direcionada à produção de benefícios à coletividade.

5) Tipos de procedimentos a serem realizados:

Tendo em vista o desejo da atenção integral, os pacientes serão portadores dos mais diferentes graus de complexidade. A inserção desses pacientes deverá respeitar o projeto de ensino em seu momento, sendo que qualquer parceria deverá obedecer a integralidade do ensino e atenção à saúde. Além disso deverá ser respeitada a questão ética quando da avaliação de pacientes não inseridos no projeto de assistência integral.

6) Área geográfica de atendimento:

Em função da especificidade de cada região, faz-se necessário a organização da área de ação definida pelo convênio.

7) Viabilização da parceria:

Estudo para definição de uma tabela representada pelo tipo e valores de procedimentos (custo/procedimento).

Estudo para a definição de valor unitário (custo/paciente).

Estudo para adequação e inserção de procedimentos técnicos e educacionais.

Estudo para instalação de convênios multiprofissionais.

Estudo da relação custo-benefício do convênio.

Qualquer convênio que estabelecido por normas contratuais deverá respeitar humanização na atenção à saúde.

:: Resultado da Discussão do Grupo 2 ::**Questão 1**

Reservar vagas para recém-formado

O profissional que está sendo admitido tem que Ter um perfil para aquele serviço

A seleção tem que ser feita embasada naquele perfil da necessidade

Esta é a crítica da academia

A parceria do SUS está sendo invocada com muita veemência, a partir do ministério da saúde ter assumido o SUS

O perfil do profissional do SUS é o que nós formamos. Tem que estar apto a trabalhar no público como no privado

Trabalho em equipe

Sensibilização aos problemas brasileiros, etc.

Nó docentes temos que mudar

Trabalhar por objetivos, o aluno pode cobrar por objetivos

Trabalhar no serviço que futuramente será o SUS, treinamento dentro da situação real

O professor ir no serviço e ver a realidade, o cenário diferente

Sobre objetivo: quais o conteúdos, o que precisa incorporar, ou o que precisa só conhecer

Capacitação docente - hironizado - especializado em SUS (EU sou susista!)

Parceria - a atenção primária fora da universidade, dentro da universidade, atendimento mais especializados. O SUS paga o atendimento

primário, o tratamento restaurador tende a diminuir. O currículo tem que tomar cuidado, os serviços básicos fora da universidade

A universidade ser[a requisitada para procedimentos mais especializados

Parceria - estagiário de Odontologia

Descer do pedestal dos professores, o professor tem que saber da realidade do SUS

O aluno tem que Ter outro impacto

Não é o perfil do professor de saúde coletiva

Perfil de pensador

Preciso ensinar meus alunos a fazer diagnóstico

Colocar o nosso aluno no SUS

O próprio dentista do sistema acha que o aluno é uma ameaça, que o sistema abra as portas para o aluno entrar

Reciclar duas vezes por ano o profissional do SUS

Só se aprende o que é bom intramuros: O aluno tem que ser formado para todas as realidades

A universidade tem que garantir a sua independência. A produção de conhecimento, buscar alternativas para respostas. A universidade

tem que colaborar na produção de conhecimento e além do serviço clínico

A questão da produtividade, perde-se autonomia. Financiamento direto para não ser uma mera prestadora de serviços para os SUS

Não convênio de procedimentos.

A universidade como referência de segundo nível e de terceiro nível. A universidade vai gerir este financiamento

Parceria - ensino, pesquisa, capacitação de recursos humanos e extensão

Preocupação da exclusividade ao SUS

A faculdade é formadora de recursos humanos

Equilíbrio, sem radicalismos de mudança

Possibilidade do professor atender paciente particular na universidade

Imposição da faculdade sob as condições dos convênios

:: Resultado da Discussão do Grupo 3 ::**NA VISÃO DA UNIVERSIDADE, COMO DEVERIA SER A PARCERIA COM O SUS?**

Deveria ser estabelecida uma parceria no sentido amplo da palavra, ou seja, onde o espaço e as especificidades dos dois lados fossem bem definidos e respeitados pelas partes.

A universidade teria três papéis principais:

1. Prestador de serviço
2. Formador de recursos humanos
3. Formador de conhecimento

Prestador de serviços

A universidade precisa estabelecer que tipo de serviço pode e é do seu interesse prestar, dentro do projeto pedagógico, e através de diálogo estabelecer com o SUS a definição de que tipo de serviço lhe interessa dentro de uma hierarquização.

Existe a visão por parte de alguns gestores do SUS, de que a universidade já presta o serviço, portanto não há necessidade de um novo convênio. Além disso, existe setorialmente uma dificuldade político partidária no estabelecimento do protocolo de convênio, que geralmente tem que ser rediscutido a cada nova gestão.

Formação de recursos

As diretrizes curriculares apontam para uma formação profissional vinculada às necessidades do SUS, até como alternativa ao mercado de trabalho. Assim a universidade pode formar pessoal de apoio, como THDs, e ao mesmo tempo é também seu papel contribuir para a educação continuada, capacitando, os profissionais que já atuam ou que pretendem atuar na rede de serviços para que possam se ajustar ao modelo de atenção proposto pelo SUS.

Formação de conhecimento

Há a necessidade de uma capacitação mínima de ambos os lados. O aluno indo ao SUS vai trazer uma retroalimentação de novas informações que serão absorvidas e aplicadas no projeto pedagógico do curso. Por outro lado, os profissionais do SUS terão que adquirir os conhecimentos necessários para receber adequadamente alunos e estagiários.

Formar o aluno para o SUS é uma consequência natural, que sem dúvida irá ampliar o conhecimento integrado a ser ensinado em Odontologia, pois terá que saber integrar, criticar, ouvir, reivindicar e debater.

Conclusão

Independentemente do fato da universidade ter base de financiamento com recursos de origem pública ou privada, ela é um bem público, pois desenvolve conhecimento, tecnologia e visa à formação de profissionais para atenção à população. A educação é uma concessão governamental e, portanto, deve ser regulamentada e fiscalizada pelo Estado. Entretanto, o crescimento desordenado de cursos pode dificultar, em algumas regiões, a capacidade de absorção de alunos e/ou profissionais pela rede de serviços, o que pode vir a ser um fator limitante para a abertura de novos cursos.

:: Resultado da Discussão do Grupo 4 ::

Na visão da universidade como deve ser a parceria com o SUS.

Resposta :

O grupo por unanimidade teve o entendimento que a parceria entre a universidade e o SUS se faz necessária, ressaltando as seguintes considerações :

- Respeito à autonomia universitária em relação ao posicionamento científico das instituições de ensino
- O SUS deverá aproveitar o conhecimento gerado pela universidade e por outro lado esta deverá absorver a experiência acumulada pelo SUS.
- Deverá haver um entendimento entre as partes para que os projetos efetivamente se realizem.
- As universidades deverão mobilizar-se no sentido de participar efetivamente nos conselhos estadual e municipal de saúde.
- O SUS deverá estar na busca da atualização das nomenclaturas nas diversas especialidades de atuação, observando também o processo de atualização dos valores aplicados aos procedimentos.

Professor Nivaldo
Relator do grupo 4

:: Resultado da Discussão do Grupo 5 ::

Coordenador: Prof. Luiz Pegoraro
Secretário: Prof. Nelson Loretto

Tema: Na visão da Universidade, como deve ser a parceria com o SUS?

A aproximação SUS/UNIVERSIDADE requer mecanismos de reconhecimento, de estudo dos marcos regulatórios, de assimilação do referencial filosófico-doutrinário e de reconfiguração da percepção acerca do sistema. Concebido como modelo assistencial que privilegia a atenção integral, o sistema por vezes desperta reação negativa a partir do pouco conhecimento sobre o mesmo. O SUS, portanto, precisa ser melhor conhecido pela Universidade, para superar, inclusive, a idéia de que as Faculdades serão transformadas em postos de atendimento do SUS.

Toda parceria pressupõe que ambas as partes devem ganhar e, para tanto, sentar-se a mesa para (re) conhecer-se e o primeiro passo.

Enquanto filosofia de trabalho o SUS exige uma reconfiguração do modo de perceber a atenção à saúde. A operacionalização requer um estudo de médio e longo prazos, uma vez que não fomos formados para atuar nessa filosofia.

Entender o SUS exige um esforço individual que "ultrapasse os limites do céu da boca".

No grupo há consenso quanto aos seguintes aspectos:

- 1) Respeitadas as limitações de cada parte, não será possível abrir mão da autonomia de gestão do ensino por parte da Universidade;
- 2) Não é possível acreditar que o PSF é a "tabua de salvação" da empregabilidade na Odontologia;
- 3) A Universidade precisa ter uma presença mais efetiva nos colegiados que tratam da questão SUS nas diferentes esferas (municipal, estadual e federal); e
- 4) A ABENO precisa intermediar junto aos órgãos governamentais e não-governamentais espaços regionais para discussão dessa integração

:: Resultado da Discussão do Grupo 6 ::**Na visão das Universidades: Como deve ser a parceria com o SUS?****Coordenador: Márcio Grama Hoepfner**
Relator: Gersinei Carlos de Freitas

A necessidade da parceria entre universidade e SUS é indiscutível e deve acontecer de forma a não ferir as individualidades ou particularidades dos envolvidos, dos parceiros.

Para as Instituições que ainda não têm convênio com o SUS, para que ocorra interesse delas, precisaria de uma avaliação da remuneração paga pelos serviços prestados, bem como, reavaliar o teto de repasse da verba para incentivo à realização do atendimento às Instituições já credenciadas.

No relacionamento, o respeito às ações das Universidades, quanto aos seus objetivos como centro de formação de idéias e ações, representa não interferir no Ensino, na Extensão e na Pesquisa Institucional.

Para melhor aproveitar a relação/parceria, a Universidade deve conhecer melhor a política do SUS: o que é o SUS e a quem beneficia, para somente assim, poder formar profissionais que possam atender a demanda do serviço de forma satisfatória.

O repasse financeiro, embora importante, é fator secundário. O importante é não tornar o repasse/pagamento prioritário, uma vez que o serviço já é realizado.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de Saúde, contemplam a formação de profissionais para atuar no Sistema de Saúde Vigente, o qual representa formar profissionais qualificados e habilitados à assistência integral à Saúde. Como Universidade, devemos mostrar o quanto é importante a valorização desse profissional pelo SUS, para que persista na formação dos seus alunos dentro da filosofia do Sistema Único de Saúde.

A participação das Universidades nos Pólos de Educação Permanente é mais uma das maneiras para viabilizar essa parceria.

Através da parceria a Universidade deve agir de forma a melhorar a qualidade e quantidade dos serviços oferecidos dentro de condições físicas adequadas.

A mobilização das universidades é importante para melhorar os serviços prestados e até a inclusão de outros procedimentos para que ocorra a efetivação da parceria e também é importante a reestruturação curricular usando a preparação para a realidade de saúde do país, podendo a odontologia ser valorizada como são as demais áreas de Saúde. Com isso, satisfazendo às necessidades da comunidade e formando o profissional com capacidade de desenvolver melhor seu papel e exigir melhores condições.

Disponíveis em : <<http://www.abeno.org.br/>>

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - COORDENADORES

Coordenador:

Tempo de docência (total):

Tempo de docência na Instituição:

Tempo de coordenação na Instituição:

Sexo:

Ano de graduação:

1 - Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Odontologia?

Caso tenha respondido não, explicar que “as Diretrizes Curriculares são normas para os cursos de graduação onde o Ministério da Educação deixa claro os padrões que devem ser seguidos pelas escolas”. Pular para questão 6.

2 - Qual seria, na sua perspectiva, o significado das Diretrizes para a formação do Cirurgião-Dentista ?

3 - Que dificuldades você observa na adequação deste curso às Diretrizes?

4 - Quais iniciativas do curso estão em planejamento para melhor adequar-se às Diretrizes?

5 - Quais iniciativas já estão em andamento?

As Diretrizes apontam para o desenvolvimento de Habilidades e Competências nos alunos, entre as quais lê-se:

Art 5º - Parágrafo único. *“A formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”.*

6 - Na sua perspectiva essa instituição contribuiu para o desenvolvimento destas habilidades e atitudes? Por favor, justifique ou dê um exemplo.

7 - De que maneira a formação deveria se estruturar para contemplar o sistema de saúde vigente no país? Dê exemplos em sua instituição.

8 - O que você entende por Atenção Integral à saúde?

9 - Como a Odontologia pode contribuir para a Atenção Integral à Saúde?

10 - Quais seriam as características de uma formação em Odontologia voltada para a Atenção Integral à saúde, na sua opinião?

11 - Como entende a contribuição do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde? Por favor, justifique.

Ao tratar da organização do curso, as Diretrizes orientam que o projeto pedagógico “*deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência*” (Art. 9º)

12 - Como isso pode ser feito? Existem iniciativas nesse curso neste sentido? Quais?

No que tange à estrutura do curso as Diretrizes no seu artigo 13º item II, direcionam para “*aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica*” e para a sua “*viabilização pela integração curricular*”.

13 - Como você entende a expressão “*integração curricular*”? Existem iniciativas nesse sentido neste curso?

15 - O que seria necessário, na sua opinião, para adequar mais o projeto pedagógico deste curso às Diretrizes? Por favor, justifique.

ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFESSORES

Professor n°:

Tempo de docência (total):

Tempo de docência na Instituição:

Sexo:

Ano de graduação:

- 1 - Qual a sua área de atuação (especialidade) na Odontologia?
- 2 - Que disciplina (s) você ministra?
- 3 - Em qual (is) períodos você ministra?
- 4 - Você participa ou participou de alguma discussão sobre a estruturação do curso?
- 5 - Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia?
- 6- Caso conheça, algum aspecto das Diretrizes chamou-lhe a atenção? Qual?

Caso tenha respondido não, explicar que “as Diretrizes Curriculares são normas para os cursos de graduação onde o Ministério da Educação deixa claro os padrões que devem ser seguidos pelas escolas”.

As Diretrizes apontam para o desenvolvimento de Habilidades e Competências nos alunos, entre as quais lê-se:

Art 5º - Parágrafo único. *“A formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”.*

- 7 - Quais os obstáculos encontrados para uma formação com essas características?
- 8 - Você acha que os cursos de Odontologia preparam os alunos atuar no serviço público? Justifique.
- 9 - Qual seria, na sua opinião, o papel do trabalho em equipe de saúde?
- 10- Qual a possível contribuição do Cirurgião-Dentista para o trabalho em equipe?
- 11 - O que você entende acerca do termo “Atenção Integral” ?
- 12 - Qual seria o papel do Cirurgião-Dentista na Atenção Integral à saúde?

No Artigo 9º as Diretrizes orientam que o “*projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência*”.

13 – Você conhece alguma iniciativa dessa natureza que ocorra em cursos de Odontologia? Pode dar um exemplo no seu curso?

14- O artigo 13º as Diretrizes abordam a relação entre teoria e prática, orientando que os cursos busquem “*aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica*” através da “*integração curricular*”. O que você entende por integração curricular?

15 - Como a integração curricular ocorre nos cursos de Odontologia? Você poderia dar um exemplo de integração curricular que esteja ocorrendo no seu curso?

16 - Você participa ou participou de alguma discussão sobre a estruturação do curso relativa a implantação das Diretrizes?

17 - Você considera que esse curso em que atua está organizado de acordo com as Diretrizes Curriculares? Justifique.

ANEXO 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - ALUNOS

Aluno(a) n°

Sexo:

Idade:

1 - À qual área da Odontologia pretende se dedicar?

2 - Por que?

3 - Como você percebe atualmente o mercado de trabalho para recém-formados em Odontologia?

4 - Você se acha preparado para atuar no setor privado (em consultório particular)? Justifique.

5 - Você sente vontade de trabalhar no setor público? Por favor, explique.

6 - Você se acha preparado para atuar no setor público? Justifique.

7 - Você já ouviu falar das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia? Como?

Caso tenha respondido não, explicar que “as Diretrizes Curriculares são normas para os cursos de graduação onde o Ministério da Educação deixa claro os padrões que devem ser seguidos pelas escolas.

Um dos itens refere-se às competências e habilidades que o formando deverá demonstrar. Eu gostaria de ler um desses itens para saber a sua opinião, certo?

Artigo 5º - Parágrafo único “A formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”.

8 - O que você entende por Assistência Integral à saúde?

9 - Isso foi abordado durante seu curso? Como?

10 - No Brasil a saúde faz parte da Constituição Federal como um direito de todo cidadão. Nem todos os países tem isso assegurado. Quais, na sua opinião, as conseqüências desse direito para a saúde bucal?

11 - Durante o seu curso foi abordada a questão da saúde como direito ou as características do Sistema Único de Saúde? Como?

12 - A partir da sua experiência, como você percebe o trabalho em equipe de saúde?

13 - Qual seria o papel do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde?

14 - No seu curso você teve a oportunidade de trabalhar em equipe? Por favor, descreva.

15 - Gostaria de comentar mais alguma coisa?

ANEXO 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, concordo em participar da pesquisa “As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde: Uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe”. A pesquisa dará origem à dissertação de mestrado de Danielle Mattos, Cirurgiã-Dentista e mestranda do Instituto de Medicina Social da UERJ e tem por objetivo analisar perspectivas de membros da comunidade acadêmica da Odontologia sobre o processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde.

Entendo que tenho a liberdade de não responder às questões da entrevista e de interromper minha participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Estou ciente que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita e analisada e concordo com a publicação e divulgação dos resultados desta pesquisa, nos quais a minha identidade e a da instituição à qual me filio serão omitidas.

Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos junto à orientadora do trabalho, Prof. Adriana Cavalcanti de Aguiar pelo telefone (021)3231-6109, ou pelo e-mail adriana.aguiar@post.harvard.edu.

Assinatura: _____