



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alexandre Alves Modesto

**A Interdisciplinaridade e a integralidade na formação em Odontologia
no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-
conceituais acerca das práticas de ensino em Odontologia**

Rio de Janeiro

2010

Alexandre Alves Modesto

A Interdisciplinaridade e a integralidade na formação em Odontologia no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-conceituais acerca dos cenários de práticas de ensino em Odontologia

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. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M691 Modesto, Alexandre Alves.

A interdisciplinaridade e a integralidade na formação em Odontologia no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-conceituais acerca dos cenários de práticas de ensino em Odontologia / Alexandre Alves Modesto. – 2010.

100f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Odontologia – Estudo e ensino – Teses. 3. Formação profissional – Teses. 4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento – Teses. 5. Odontologia – Prática – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314:37

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

Assinatura

Data

Alexandre Alves Modesto

A Interdisciplinaridade e a Integralidade na Formação em Odontologia no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-conceituais acerca das práticas de ensino em odontologia

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.

Aprovado em: 30 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social / UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Aguiar
Instituto de Medicina Social / UERJ

Prof.^a Dra. Elisete Casotti
Faculdade de Odontologia / USS

Prof.^a Dra. Sonia Acioli
Faculdade de Enfermagem / UERJ

DEDICATÓRIA

À Alzira Ferreira Alves, exemplo de amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Júlia Cristina e Giovana, minha inspiração, meu refúgio e minha alegria em tempos de tempestades emocionais, profissionais e intelectuais.

À Aline, mulher e companheira que perdeu espaço (não sem reclamar) entre tantos livros, aulas, reuniões, pesquisas, telefonemas, etc...

Aos meus pais Zezé e William, pelo exemplo, dedicação e amor sem precedentes. Responsáveis pelo que sou e influenciadores eternos sobre o que serei.

Aos meus irmãos Rodrigo e Gustavo, responsáveis pela minha certeza de companhia nesse mundo, independente de hora, local ou razão.

À minha orientadora Roseni Pinheiro, com quem muito aprendi e em quem muito me espelhei pela garra, determinação e cultura. Obrigado pela generosidade e paciência.

Às incríveis Érica Lucena e Sonia Maria, amigas, companheiras e braços direitos nessa empreitada recheada de ausências em detrimento do mestrado.

Aos amigos do IMS Alfredo Oliveira, Aline Duque, Elaine Rabello, Felipe Cavalcante, Karen Matsumoto, Pedro Salles e Rodrigo Benevides. Uma convivência muito além das salas de aula e uma mistura de grandes e queridas personalidades.

À Elani Maria, Biase, Sonia Acioli, Dulce Chiaveirni e Gustavo Figueiredo por terem uma enorme “culpa” por esse passo acadêmico em minha vida.

À professora Adriana Aguiar pela pronta disponibilidade em ser a ledora e em fazer parte da minha banca de defesa.

Ao professor Carlos Botazzo pela disponibilidade e influência sobre minhas idéias.

À Elisete Casotti pela competência e carinho sempre tão farto comigo.

À todos os professores e funcionários do IMS, principalmente Simone e Eliete da secretaria Acadêmica pela paciência e dedicação ao trabalho.

Aos meus pares dentistas tais como Márcia Torres, Carla Bianca, Gert Wimmer, Norma Aguiar, Márcia Caminha, Keith Bullia, Mônica Coelho, Alexandre Trino, Mirella Giongo pela constante demonstração de que há muita sensibilidade na odontologia.

Às “meninas” do Saúde da Família da CAP 3.3, Marli Silva, Cleyde Reis, Áurea Candeias, Rita Tavares e Adriana Ferreira, pelos anos de convivência e aprendizado.

À SMSDC, instituição a qual sou servidor e que permitiu a execução de minha atuação profissional concomitante ao mestrado.

Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu...
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega o destino prá lá ...
Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...
A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a roseira prá lá...
Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...
A roda da saia mulata
Não quer mais rodar não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou...
A gente toma a iniciativa
Viola na rua a cantar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a viola prá lá...
Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...
O samba, a viola, a roseira
Que um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou...
No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a saudade prá lá ...
Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...

Chico Buarque

RESUMO

MODESTO, Alexandre Alves. *A interdisciplinaridade e a integralidade na formação em Odontologia no contexto do SUS: um estudo sobre as contribuições teórico-conceituais acerca dos cenários de práticas de ensino em odontologia*. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Foi objetivo deste trabalho analisar as mudanças na produção teórica sobre as práticas de ensino-aprendizagem na formação em odontologia. A partir dos conceitos de interdisciplinaridade e integralidade, buscou-se analisar de que forma os processos formativos em odontologia tem apresentado transformações nos cenários de prática de ensino nesta graduação no contexto do SUS. A metodologia utilizada foi a de pesquisa qualitativa teórica de caráter exploratório. Os procedimentos de abordagem que foram seguidos na realização desta pesquisa visaram produzir informações e conhecimentos sobre as transformações nas práticas de ensino acadêmico do cirurgião-dentista em tempos de SUS e de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia (MEC). Foram utilizados como fontes de pesquisa, o Portal de Teses da CAPES, para artigos e periódicos, as redes mundiais de pesquisas científicas: *scielo* e *bvs* e como fontes alternativas, os sites especializados em buscas pela Internet: *google* e *yahoo*, porém somente foram levados em consideração as produções devidamente indexadas e/ou publicadas em revistas de reconhecimento científico comprovado. Há também a complementação da pesquisa bibliográfica em livros da área. Quanto a formação interdisciplinar, o que se constata é uma frágil consolidação de experiências isoladas, não havendo ainda uma uniformização de ações neste sentido, seja por parte das instituições de ensino, seja por parte do governo. Mesmo com as DCN trazendo em seu bojo, a necessidade de uma formação interdisciplinar, não há ainda em prática uma política didático-pedagógica e nem metodologias garantidoras de uma formação pautada por conhecimentos que ultrapassem seus próprios limites, abrindo-se para outras áreas e formas de conhecimento, que procurem integração, diálogo, complementação para melhor compreenderem o que está acontecendo no mundo e com a humanidade e seus fenômenos com múltipla causalidade.

Palavras-chave: Formação em odontologia. Ensino em odontologia. Cenários de ensino-aprendizagem. Interdisciplinaridade. Integralidade.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyse the changes in theoretical work practices of teaching and learning of dentistry. The concepts of interdisciplinarity and integrality/comprehensive health care, we sought to analyze how the formative processes in dentistry has made changes to practical education in graduate within the SUS. The methodology used was a qualitative exploratory theoretical. The approach procedures were followed in this research aimed to produce information and knowledge about the changes in teaching practices of academic dentists in times of SUS and Curriculum Guidelines for the Courses of Dentistry (MEC). Were used as source material, the Portal CAPES thesis, articles and journals from the global networks of scientific research: *scielo* and *bvs*, and alternative sources, sites specialized in Internet search: *google* and *yahoo*, but were only taken account the production properly indexed and / or published in journals of scientific recognition proved. There is also the completion of research on books in the area. The interdisciplinary learning process, which turns out is a consolidation of fragile individual experiments, there was still no uniformity of actions in this direction, either by education institutions, either by the government. Even with the DCN bringing in its content, the need for interdisciplinary learning process, there is still a common practice in teaching and pedagogical methods and not guarantors of training based on knowledge beyond their own boundaries, opening up to other areas and ways knowledge, seeking integration, dialogue and complementary to better understand what is happening in the world and with humanity and its phenomena with multiple causality.

Keywords: Training in dentistry. Education in dentistry. Scenarios of teaching and learning. Interdisciplinarity. Comprehensive health care/Integrality.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E O PAPEL DO ENSINO EM ODONTOLOGIA.....	22
1.1	A trajetória da formação superior em saúde no Brasil: especificidades de uma área híbrida.....	22
1.2	Educação na saúde – integralidade e interdisciplinaridade – buscas por novos paradigmas didático-pedagógicos e de aprendizagem.....	25
1.3	O ensino superior em odontologia: entre a tecnologização e o social...	37
2	CENÁRIOS DIVERSIFICADOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DO SUS: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO/PRÁTICAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE.....	52
2.1	Interdisciplinaridade como conceito para práticas de ensino em odontologia.....	53
2.2	A integralidade como dispositivo ético-político na diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na odontologia.....	58
3	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	63
3.1	Objetivos.....	63

3.2	Metodologia.....	63
4	“A PRÁTICA POR ENTRE OS DENTES”: RELEITURAS ACADÊMICAS ACERCA DAS RELAÇÕES ENTRE PRÁTICAS DE ENSINO E ENSINO NA PRÁTICA EM ODONTOLOGIA, SEGUNDO AS DIMENSÕES MACRO, MICRO E MOLECULAR NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE A – Lista de produções selecionadas e com contribuições nucleadas em dimensões macro, micro e molecular.....	94
	APÊNDICE B – Lista de referências utilizadas na pesquisa com análises empíricas/experiências concretas.....	96
	APÊNDICE C – Lista de referências selecionadas pela pesquisa artigos/periódicos/publicações.....	97

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

O meu primeiro contato com a odontologia acredito não ter sido diferente da enorme maioria das pessoas da classe-média carioca, deu-se enquanto paciente, usuário da rede particular de saúde. Confesso não ter sido um grande entusiasta da odontologia sob este olhar, e essa minha interpretação sempre permeou e continua marcadamente viva nas análises que se seguirão acerca da relação estabelecida entre o dentista e seus pacientes.

Formado em 1999, ano em que o SUS completaria onze anos de existência, não causo grande espanto ao leitor ao afirmar que minha formação em odontologia não tenha sido norteada pelos princípios e diretrizes de nosso sistema de saúde. Uma disciplina, encaixada sobre tantas outras e de curta duração, foi o meu contato com toda a história da reforma sanitária brasileira e todo o processo de construção do que seria um modelo assistencial avançado e inovador, considerando não somente a complexidade de suas propostas, mas levando-se também em conta as proporções continentais de nosso país.

Graduei-me na Faculdade de Odontologia da Universidade Estácio de Sá, sendo da primeira turma deste curso. Devo reconhecer o esforço da Faculdade em implementar uma proposta diferenciada das demais à época, onde o foco da formação seria a promoção da saúde, através da transversalidade, em todo o curso, da disciplina de “Odontologia Social e Preventiva”, que nos trazia um enfoque de mudança do paradigma “cirúrgico-restaurador” para o da “promoção da saúde e prevenção de doenças”. Porém a fragilidade da proposta expôs-se justamente na extrema preocupação em mudança de paradigma, acompanhando uma tendência mundial, desvinculada de uma construção curricular que desse conta desta reorientação voltada para a realidade brasileira. Assim como afirmou Bourdieu (1996) que a modernização dos métodos não garante por si só que a universidade se integre ao seu meio, identifique-se com seus problemas e influa para mudar a realidade social. Para Araújo

(2006), ao analisarmos as funções básicas das universidades deparamo-nos com a seguinte situação: o ensino que recebe a maior parte das energias e recursos nutre-se, principalmente, de conhecimentos que vêm de outros países e que têm pouca relação com os problemas da nossa sociedade. Voltarei a esta discussão mais adiante.

Ainda na graduação, em 1998, fui acadêmico bolsista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, fato este que facilitou enormemente a aproximação com a realidade do SUS, onde experimentei as situações cotidianas de dentistas que compunham o quadro de unidades de atenção primária à saúde. Pude perceber a burocratização do atendimento, e me refiro ao sentido do vocábulo “atendimento” como “dar ou prestar atenção”, segundo Borba; Bazzoli; Borba (1991) ou “acolher com atenção, ouvir”, conforme Koogan-Houaiss (1995, p. 84). Procurando fugir de juízo de valores, analiso a forma como o serviço estava organizado de forma a atender o maior número de pessoas possível no espaço de tempo de permanência daquele profissional no setor. Mesmo ainda de forma imatura e inconsistente, já me causava estranheza e desconforto este tipo de organização, o que me mobilizou a procurar formas alternativas de atendimento ao público-alvo em questão que eram as crianças do entorno da unidade situada em Jacarepaguá, um bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Com os outros bolsistas, iniciamos visitas às creches vizinhas para conhecermos a realidade daquelas crianças e levarmos o máximo de informação que pudéssemos. Este trabalho era onde encontrava maior motivação, uma vez que, em relação ao atendimento clínico, éramos “obrigados” a seguir o ritmo de atendimento corrente na unidade, ou seja, parte dos pacientes que estavam agendados para o dentista era destinada ao atendimento por nós acadêmicos, para que puséssemos em prática todo o aprendizado técnico que nos foi passado. Infelizmente, apesar da proposta de mudança de paradigma da faculdade, a forma de avaliação de nosso trabalho era sobre a produção realizada no atendimento clínico, sendo centrada no caráter mais quantitativo do que qualitativo, reforçando a visão de que um dentista qualificado é aquele que se restringe ao desempenho da melhor técnica. Esta experiência pode ser considerada rica pela possibilidade de contato com outras realidades que não aquelas construídas nas clínicas da faculdade, que eram nossas únicas formas de encontro com os usuários de nossos serviços.

Meu outro local de estágio prático foi durante o 5º e 6º períodos em que fiz parte do setor de emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge, no bairro da Barra da Tijuca. Enquanto hospital, foi um enorme cenário de possibilidades de atuação, entretanto acompanhado de inúmeras decepções, pois apesar da proximidade de diversas categorias profissionais, o processo de trabalho era demasiadamente fragmentado, ao ponto de ter passado praticamente um ano no mesmo setor e, salvo algumas exceções, não sendo possível interagir ou sequer conhecer outros profissionais que não os dentistas ou auxiliares de enfermagem responsáveis pela esterilização e rouparia. Foi um enorme aprendizado tecnicamente falando, uma vez que demanda nunca me faltou, porém um reforço de que não somente o ensino, mas a atuação odontológica carecia fortemente de uma revisão de seus valores éticos, políticos e morais.

Durante todo o percurso acadêmico, participei de inúmeros congressos, jornadas e cursos, que em sua esmagadora maioria apontavam a odontologia para uma ciência fragmentada, e ultra-especializada. A exaltação dos “especialismos” se fazia de forma escancarada e como única maneira de estabelecimento e reconhecimento profissional num mercado altamente estagnado e competitivo. Logicamente, encontrava pelo caminho pessoas importantes para a consolidação de um pensamento contrário a este modelo apresentado, que proporcionalmente eram pouquíssimos, mas que mantiveram no meu caminhar acadêmico, a chama da esperança de uma odontologia mais digna de sua proposta humanística. Digna no sentido de ser uma área da saúde menos centrada na defesa do conflito em que o ensino técnico e a abordagem humanizada disputam espaço, ao invés de se complementarem, segundo Ferreira (2006). Congressos como os da ABOPREV (Associação Brasileira de Odontologia Preventiva) traziam um olhar mais centrado na promoção da saúde e prevenção de doenças que para mim e outros poucos era como um oásis no deserto. Mesmo que nem toda a produção destes congressos fossem condizentes com suas propostas devido a forte influência de grandes marcas produtoras de insumos odontológicos que se utilizavam de discursos altamente preventivistas e comerciais¹.

¹ Explique-se “comerciais” devido a presença de forte indução econômica, uma vez que estas grandes marcas sempre foram patrocinadoras deste tipo de eventos.

Em 1999, eu colava grau e me tornava cirurgião-dentista, bacharel em odontologia e leigo em relação a realidade que encontraria pela frente, reforçando a visão de Araújo (2006) já citada anteriormente, sobre a inadequação da formação frente às necessidades da sociedade em que vivia.

Recém-formado, sem experiência profissional, nenhum parente próximo na mesma categoria, acabei sendo atraído por um mercado em franca expansão na época que eram as “clínicas populares”. Estas, revertiam a tradição odontológica de ser um serviço caro e inalcançável para as camadas mais pobres da população, cobrando valores bem abaixo da tabela² e em sua grande maioria com condições totalmente inadequadas para uma boa prática de serviço de saúde, seja por condições insalubres, seja pela utilização de mão-de-obra pouco qualificada frente à complexidade da clínica odontológica. Experimentei duas destas até que para meu completo alívio surge uma oportunidade de trabalhar em um projeto no Complexo da Maré, que é constituído de 16 comunidades e habitado por aproximadamente 114.000 habitantes (IBGE, 2000), com enorme densidade demográfica e grande ausência de itens básicos de urbanização como saneamento básico, coletas de lixo regulares e pavimentação, além da já nacionalmente conhecida forte presença de tráfico de entorpecentes e violência.

Frente à realidade que me encontrava, via nesta possibilidade a realização de um sonho antigo que era colocar à prova meus conhecimentos adquiridos na graduação e, como todo jovem recém-formado, toda minha vontade de mudar o mundo, ou pelo menos, parte dele.

Dentro desta comunidade existem sete CIEPs³ (Centros Integrados de Educação Pública). O Projeto Maré Limpa incluía na estrutura destas escolas a montagem de mini-postos de saúde com a oferta de serviços médicos nas especialidades básicas (clínico/pediatra/ginecologista) e odontologia. Além de contar também com o PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde – nomenclatura utilizada na época) que faz

² Tabela do Sindicato de Odontologia do RJ – tabela utilizada pela maioria dos profissionais de odontologia como parâmetro de valores monetários para seus serviços.

³ Os CIEPs foram criados na década de 80 por Darcy Ribeiro, quando era Secretário da Educação no Rio de Janeiro, no governo de Leonel Brizola. O objetivo era proporcionar educação, esportes, assistência médica, alimentos e atividades culturais variadas, em instituições colocadas fora da rede educacional regular. Além disso, estas escolas deveriam obedecer a um projeto arquitetônico uniforme. Alguns estudiosos acreditam que, para criar os CIEPs, Darcy Ribeiro havia se inspirado no projeto Escola-Parque de Salvador, de Anísio Teixeira, datado de 1950. (DICIONÁRIO INTERATIVO DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA – www.educabrasil.com.br)

parte da atual Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde (MS). Até então nunca tinha ouvido falar desta proposta e o contato com a mesma também teria forte influência no rumo que minha carreira estava tomando. Vi na possibilidade de trabalhar com adscrição de clientela, em conjunto com outras categorias, e na proposta de trabalho pautada na promoção da saúde e prevenção de doenças, a concretização de um desejo. Desejo de trabalhar os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos das pessoas e com a apropriação dos seus costumes e suas aspirações. Confesso que regido muito mais pela vontade de acertar, ou de fazer diferente do que pela apropriação de conhecimentos amplamente debatidos no campo da Saúde Coletiva, pois até então minha motivação era muito mais instintiva do que conceitual.

Simultaneamente à realização deste trabalho, fui convidado a compor o corpo de funcionários de um posto de saúde em Inhoaíba, outro bairro da zona oeste do RJ, chamado de PS Mario Vitor de Assis Pacheco, através de uma cooperativa. Lá, durante alguns meses, minha atuação se restringiu a atuação clínica. Com o tempo também pude, neste caso com a ciência e apoio da direção da unidade, realizar um trabalho junto às creches e escolas do entorno. O enfoque era na educação em saúde e tinha como proposta discutir não somente com os alunos, mas também com os professores, demais funcionários e responsáveis, formas de viver com saúde e potências de vida frente a realidade e limitações de cada ator envolvido neste processo.

Devido à amplitude das ações e possibilidades, deparei-me com um problema: não havia sido formado para trabalhar em equipe, muito menos com um campo de atuação tão vasto e rico. Iniciei então uma aproximação das produções da área da Saúde Coletiva, pois até este momento minha maior proximidade com as ciências sociais havia sido feita através da área da Saúde Bucal Coletiva.

De volta ao Complexo da Maré. Ao mesmo tempo em que o interesse crescia, os problemas também. Esta dinâmica de organização dos mini-postos era gerenciada por associações de moradores, que pela ausência de atuação organizada da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), sentiram-se aptos a intervirem nos processos de trabalho das equipes construídos, em muitos casos coletivamente. Com sua visão limitada, os gestores destas unidades, que eram os presidentes das associações de moradores, consideravam o fato de um dentista não estar realizando atendimento no consultório odontológico, mesmo que para exercer outras funções de

saúde, tais como participando de grupos em escolas e creches ou debates com a comunidade, eram vistos como uma conduta inadequada à profissão e eram “desculpas” para não trabalhar. Após inúmeros embates, os argumentos técnicos foram sendo abafados pelo completo despreparo, desconhecimento e incompreensão dos gestores locais, calando assim a voz da própria comunidade e tolhendo minha atuação extra-muros.

Durante este duelo de poderes desproporcionais, fui classificado no concurso público que havia realizado para a SMS-RJ, deixando três anos de trabalho árduo, porém prazeroso para trás, para a alegria dos gestores, no caso da Maré, e tristeza minha e das comunidades com quem já havia estabelecido forte vínculo. Uma nova etapa se iniciava e um ciclo se fechava.

O ciclo que se fechava era o de dúvidas sobre a direção que minha carreira deveria tomar, e ao ingressar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), agora como servidor municipal, resolvi me qualificar formalmente prestando prova para o curso de especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) em 2004.

Na ESF, compunha um grupo multiprofissional formado para dar apoio técnico e administrativo às equipes de Saúde da Família (EqSF). Estas funções casaram perfeitamente com meus anseios e com a minha aprovação na ENSP. Tudo convergia para que aliasse minha qualificação à minha atuação profissional. Este grupo ao qual pertenci até o final de 2008, era denominado GAT (Grupo de Apoio Técnico) e este respeitava as divisões estratégicas do município do Rio de Janeiro que é dividido em dez Áreas Programáticas (AP), que podem ser entendidas como uma delimitação da área do município e sua subdivisão em regiões geográfica, social e economicamente organizadas. Cada AP possuía um GAT. Digo possuía, pois no início de 2009, com a entrada da nova gestão municipal, este grupo sofreu uma remodelação devido a necessidade de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é uma política ministerial e tem como proposta ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde. Os núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e atuarão em parceria com os profissionais das EqSF, atuando

diretamente no apoio às equipes e na unidade à qual o NASF está cadastrado (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

Nesta época, fui convidado a colaborar, através da SMS-RJ, com um curso em construção de Formação de Preceptores para a Atenção Primária, num consórcio feito entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP) e a própria secretaria Municipal de Saúde. Experiência que marcou profundamente minha trajetória de debates sobre a formação no âmbito do SUS e reaproximando minhas inquietações enquanto gestor público ao “mundo acadêmico”.

Com a remodelação destes grupos, fui convidado a participar da equipe de coordenação de Saúde da Família, esta responsável pelo gerenciamento da ESF e toda a linha de cuidado deste município. Três meses após esta mudança, assumi o cargo de Coordenador de saúde de uma das AP's do município, mais especificamente a AP 3.3 (a mesma que atuei enquanto membro do GAT). Este cargo de gestão me proporcionou uma visão de gerenciamento mais ampliada, uma vez que não somente as unidades de Saúde da Família, como também o restante da atenção primária, a média e a alta complexidade da área, passaram a ser meus campos de atuação direta.

Os problemas encontrados em todas as unidades de saúde, principalmente aqueles de ordem técnica e inter-relacional, não se diferenciam enormemente daqueles encontrados nas EqSF, onde o trabalho em equipe, a atuação multiprofissional, e o cuidado integral e interdisciplinar são muitas vezes encarados mais como entraves do que facilitadores do processo de trabalho, cada vez mais voltado para a resolutividade da fila de espera ao invés dos anseios daqueles que procuram o serviço. Frente a estas dificuldades, a experimentação da gestão sobre a ESF e mais recentemente de uma AP inteira, focalizou minha atenção, nos últimos anos, na busca pelo entendimento do trabalho multiprofissional e as múltiplas possibilidades que esta atuação de diversas categorias em comum apresenta. As dificuldades destes profissionais em realizar ações conjuntas, suscitaram diversos questionamentos sobre a possibilidade da interdisciplinaridade do cuidado e conseqüentemente da formação para o atendimento integral à saúde e como o ensino em saúde, mais especificamente em odontologia, vem utilizando o serviço como cenário de ensino-aprendizagem para este fim.

JUSTIFICATIVA

Formação científica, correção ética, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de aprender com o diferente, não permitir que o nosso mal-estar pessoal ou a nossa antipatia com relação ao outro nos façam acusá-lo do que não fez são obrigações a cujo cumprimento devemos humilde mas perseverantemente nos dedicar.

PAULO FREIRE

A leitura de Paulo Freire, mais especificamente de um livro chamado “Pedagogia da Autonomia – Saberes e práticas à prática educativa”, mudou minha forma de ver e praticar no mundo. Pude mergulhar em um universo completamente novo, onde de forma progressiva e consistente me foi mostrado que a imensa maioria das práticas educativas que permearam toda a minha história estudantil, eram grandes ceifadoras de minha autonomia, como pessoa e posteriormente como profissional. Sua colocação de que a educação é uma forma de intervenção no mundo se tornava cada vez mais o cerne dos meus questionamentos sobre se as práticas de ensino pelas quais passei eram as mais adequadas para me preparar à inserção no mercado de trabalho ao qual escolhi e mais especificamente ao meu público alvo.

A idéia de realizar uma pesquisa sobre práticas de ensino em saúde, mais especificamente na formação em odontologia, surgiu do amadurecimento destas inquietações quanto às infinitas possibilidades de processos de ensino-aprendizagem que potencializem não somente a incorporação de rotinas e conhecimentos técnicos ou condicionamentos práticos, mas que possibilitem a problematização da realidade e a articulação de saberes e práticas científicas. Para tanto, quais seriam os cenários de aprendizagem que possam ser capazes de gerar tais inovações no processo formativo em odontologia?

Partindo do pressuposto que o trabalho em saúde, pautado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais especificamente pela diretriz da integralidade, tem se mostrado de tamanha complexidade pelos seus inúmeros condicionantes e contextos sócio-econômico-político-culturais, aumentando exponencialmente a necessidade da inclusão do trabalho multiprofissional e de práticas interdisciplinares nos processos formativos em saúde, que conceitos, noções e campos de conhecimento poderiam ser articulados como referenciais teórico-metodológicos afim de nortear as práticas de ensino em odontologia orientados pela interdisciplinaridade e a integralidade?

Sob esta ótica, realizo este trabalho de pesquisa de revisão sobre as contribuições teórico-conceituais acerca dos cenários de práticas de ensino em odontologia, à luz dos conceitos de interdisciplinaridade e integralidade, buscando compreender como o processo de ensino nesta graduação vem sendo analisado pelos especialistas e pesquisadores na área da saúde coletiva. Busca estimulada pela constatação particular de flagrante desvinculação e desinteresse dos atores deste processo em suas práticas cotidianas dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), em especial o atendimento integral à saúde. Isto porque é justamente o SUS, que pode ser considerado o maior empregador no setor-saúde no país e onde, mais especificamente através da estratégia de Saúde da Família, tem sido o principal campo de inserção de trabalho para o cirurgião-dentista na atualidade. Talvez este processo, muito provavelmente tenha se dado, como apontou Boltansky (1984), devido ao estabelecimento de uma relação encoberta pelo poder outorgado pela ciência, que frequentemente é impermeável aos conhecimentos e saberes que não são considerados científicos. Ou seja, não são validados, cujas praticas estão a eles subordinados.

Como alternativa para discutir essa inflexão busquei conduzir a argumentação propondo que a interdisciplinaridade como eixo orientador das práticas de ensino e cenários de aprendizagem nesta graduação, pode auxiliar na compreensão dos obstáculos, dificuldades e possíveis avanços para melhoria do sistema de saúde universal como o SUS, em particular na efetivação da integralidade das ações em saúde.

Sendo assim, a necessária formatação e capacidade de síntese de uma dissertação de mestrado, são responsáveis pela categorização dos questionamentos acima. O exercício de delimitação do objeto desta pesquisa resultou em um objetivo geral que será: Analisar as mudanças na produção teórica sobre práticas de ensino na formação em odontologia, no que concerne a interdisciplinaridade e integralidade no contexto do SUS, assim como três específicos, sendo eles: 1. Identificar as principais mudanças na formação em saúde relacionadas ao ensino da odontologia no contexto do SUS; 2. Mapear os conhecimentos utilizados na discussão teórico-prática na área da saúde coletiva no que diz respeito aos cenários diversificados no ensino-aprendizagem na odontologia; e 3. Contribuir para estudos sobre a construção de cursos de odontologia amistosos aos princípios do SUS e à prática da saúde coletiva.

A busca para estas respostas seguiu uma trajetória de nucleação dos elementos mais recorrentes no que concerne à formação em saúde, como também mais especificamente em odontologia. Sempre sob um olhar crítico na direção das práticas de ensino-aprendizagem no contexto do SUS, sob a luz da integralidade e da interdisciplinaridade, foram analisadas as contribuições teórico-práticas da diversificação destes cenários. Após as constatações que o itinerário metodológico proporcionou, buscou-se definir as categorias analíticas para construção de um mapa de núcleos de conhecimento que apontem para os nexos constitutivos e constituintes dos conteúdos e cenários de ensino-aprendizagem do curso de odontologia na direção do cuidado integral e formação interdisciplinar.

1 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E O PAPEL DO ENSINO EM ODONTOLOGIA

Para melhor compreender os caminhos que a odontologia vem traçando em seus processos de formação no que concerne os cenários das práticas de ensino na graduação, elegemos alguns aspectos específicos, que afetam em comum as profissões da saúde, e sua interação com os territórios de atuação profissional, cuja a interdisciplinaridade e a integralidade podem conformar vetores para sua atuação. Esses aspectos dizem respeito: a) questões sobre a trajetória da formação superior em saúde no Brasil; b) Educação na saúde – integralidade e interdisciplinaridade - buscas por novos paradigmas didático-pedagógicos e de aprendizagem; e c) as diretrizes curriculares normativas para ensino da odontologia.

1.1 A trajetória da formação superior em saúde no Brasil: especificidades de uma área híbrida

Durante o século XIX a sociedade adotou como modelo de organização o trabalho industrial, no qual cada indivíduo restringia-se a um objeto de ação parcial, fato que repercutiu em todos os setores da sociedade, incluindo as práticas de saúde, segundo Almeida Filho (1997). No ensino, os currículos das escolas de graduação em saúde, embasados na racionalidade moderna, também foram fragmentados e estruturados em disciplinas e ciclos, básico e profissionalizante, concentrando no primeiro o ensino teórico dividido em sistemas anatomopatológicos, recortando os indivíduos por meio da óptica biocêntrica. Abordam-se temas técnico-profissionais com praticamente nenhuma abertura para outras áreas do conhecimento e prioriza-se o modelo hospitalocêntrico, a formação ultra-especializada, a atenção individual e a ação cirúrgica e medicamentosa, conforme encontrado em BRASIL. Ministério da Saúde (2003).

Somente em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, deu-se início a formação superior em saúde no país. Através de carta régia, o Príncipe João VI criou em Salvador e no Rio de Janeiro as duas primeiras Escolas Médicas, seguindo a concepção de ensino superior centrado na formação profissional implementada pela revolução francesa (1789), reforçada pelas medidas reformadoras de Napoleão I. Um ensino secularizado, visando a formação dos burocratas necessários ao Estado e em instituições isoladas.

Para Fávero (2000, p.19), os cursos tinham como função “[...] formar, sobretudo, profissionais para o Estado e especialistas na produção de bens simbólicos, e , num plano talvez secundário, profissionais liberais.” Dentro desta lógica, foram criadas as primeiras faculdades de medicina do Brasil. O Curso Médico de Cirurgia na Bahia foi criado pelo Decreto de 18 de maio de 1808 e, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, por meio do Decreto datado de 5 de novembro do mesmo ano.

Cunha (1986) relata que os cursos de medicina nasceram nos hospitais militares, com o intuito de formarem médicos e cirurgiões para a Marinha e o Exército, tendo em vista a guerra da França. Nesta perspectiva, os médicos formados não se ocupavam do atendimento à população: ela era atendida pelos barbeiros e sangradores, muitos deles escravos. Exemplifica tal tendência, afirmando que na Capitania de São Paulo, em 1808, havia apenas dois profissionais formados em medicina em atuação: o cirurgião-mór das tropas e o físico-mór. A partir de 1808, ainda segundo Cunha (1986), o ensino superior brasileiro passou por um processo de reestruturação e ampliação. Os estudos realizados nos cursos de filosofia dos colégios jesuítas, como a matemática, a física, a química, a biologia e a mineralogia, foram transferidos para os cursos de medicina, para a Academia Militar e, posteriormente, também para a Escola Politécnica. Portanto, durante todo esse período, o ensino superior no Brasil se constituiu dos cursos de medicina, engenharia e direito, a partir dos quais formou-se o núcleo do ensino superior sobre o qual veio a ser edificado o que existe até hoje, ligado à sua origem por ampliação e diferenciação. [...] A independência política, em 1822, veio apenas acrescentar mais dois cursos, de direito, ao rol dos já existentes, seguindo a mesma lógica de promover a formação dos burocratas na medida em que eles se faziam necessários.

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

O ensino em odontologia, somente ganha institucionalização no Brasil pelo Decreto 7.247, artigo 24, de 19 de abril de 1879, que determinou a cada Faculdade de Medicina a obrigatoriedade de instituir, anexos, uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e ginecologia e um de cirurgia dentária. No entanto, o curso de odontologia foi criado oficialmente por meio do Decreto Imperial nº. 9.311, de 25 de outubro de 1884, que, segundo expressão de Oliveira (1975/1981), “usou da autoridade concedida pelo art. 2, § 7º da Lei nº3.141, de 30 de outubro de 1882, que deu Estatuto às Faculdades de Medicina”.

Em 1890, um decreto federal funda a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro. A educação em enfermagem, entretanto, vai caminhar tanto com a educação superior quanto com a educação técnica profissional a partir dos anos 1920, segundo afirmaram Ceccim e Carvalho (2006). Ainda conforme estes autores, em 1899, na cidade de São Paulo, é instalada uma Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia. Já no século XX, ainda sem novas escolas ou cursos da área de saúde, são abertas por decreto federal, em 1910, as duas primeiras Escolas de Agronomia e Veterinária, ambas no Rio de Janeiro. Biologia, Serviço Social, Educação Física e nutrição tiveram seus primeiros cursos universitários criados no país entre 1934 e 1939; já psicologia, fisioterapia, biomedicina e terapia ocupacional pertencem à década de 1960, com histórias de consolidação que variam dos anos 1950 a 1970. Fonoaudiologia, surge como profissão técnico-científica na década de 1970.

Desde suas criações até o Brasil República, os cursos de medicina, farmácia e odontologia representavam o ensino superior em saúde no país. Entre o período que contempla o Brasil República e a década de 1970, somente a enfermagem desponta com considerável evolução para a área de saúde uma vez que os outros cursos ou pertenciam aos movimentos das ciências agrárias ou tiveram impactos indiretos por se

concentrarem em áreas como social, da educação, da alimentação e da pesquisa em ciências naturais.

O período de grande ebulição das profissões de saúde pode ser compreendido como os últimos 40 anos, a partir do fim da década de 1970, onde houve enorme crescimento das profissões de saúde, assim como a expansão da oferta de cursos abrangidos pela área. A maior concentração destes cursos deu-se na região Sudeste (51%), seguida pelo Sul (21%), Nordeste (14%), Centro Oeste (8%) e Norte (6%).

Entre os anos 1960 e 2004, conforme afirmaram Ceccim & Carvalho (2006), explode a profissionalização das práticas, seja pela expansão da oferta de formação técnico-científica na área da saúde, seja pela abertura de escolas em todas as profissões superiores. Cursos de formação, antes com enfoque técnico-profissional, ascendem à formação técnico-científica, motivando a pesquisa nacional e a incorporação de tecnologias “armadas por aparelhos”, como nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Entre 1991 e 2004 há a expansão sem precedentes na oferta de vagas na educação superior em saúde.

1.2 Educação na saúde – integralidade e interdisciplinaridade – buscas por novos paradigmas didático-pedagógicos e de aprendizagem

Os séculos XVIII e XIX, na Europa, marcaram “o corpo” como instrumento de produção científica sendo observado rigorosamente à luz da ciência sob uma noção de história natural (ciências biológicas) que iria estruturar as intervenções em saúde. Estes conhecimentos, ao mesmo tempo em que atribuíram uma causalidade às doenças, antes interpretadas como punição divina ou manifestações sagradas e permitiram sistematizar e classificar condutas e protocolos relativos ao corpo, limitaram a percepção do homem como um ser de emoções e interações, cuja humanidade deriva de sua vida em sociedade. A visão fragmentada gerada por esse constructo, influenciou e ainda o faz, a prática das condutas na área da saúde não sendo pouco freqüente as comparações do corpo com o funcionamento de máquinas (visão mecanicista).

Ainda durante este período, a formação em saúde pautava-se sobre o paradigma biologicista, colocando o hospital como o local da doença e da cura e sendo assim o melhor cenário para a formação em assistência em saúde. Este direcionamento pedagógico reflete fortemente na organização das disciplinas, uma vez que ainda prevalecem as disciplinas biológicas, tais como anatomia e fisiologia, no início do percurso dos estudantes, os colocando primeiramente em contato com um corpo inerte, descontextualizado e sem vida para compreender a citologia e funcionamento dos órgãos em detrimento do conhecimento da dinâmica dos processos de adoecimento, seus estados e potências enquanto ser vivente.

Este caminhar da formação em saúde torna-se responsável pelo estranhamento por parte dos usuários dos serviços no contato com os estudantes e dos próprios estudantes no contato com estes usuários, uma vez que para um lado prevalece a visão marcante da dissecação dos corpos em sinais e sintomas orgânicos e para o outro lado a ausência da escuta e da alteridade.

Somente através da reforma do ensino médico nos Estados Unidos, no início do século XX, que a pedagogia do ensino das profissões em saúde surge como um núcleo temático de produção de conhecimento. Abrahan Flexner e seu relatório da década de 1910, quanto à avaliação do ensino médico, sustentou a necessidade de um ideal científico de educação por parte das instituições de educação médica e que acabou reverberando sobre todas as áreas de conhecimento técnico-científico em saúde. Conforme afirmaram Ceccim e Carvalho (2006), desde então temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças; um corpo entendido como território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. Essa formação tem contribuído enormemente para a precoce especialização, um desejo pela superespecialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Esta influência, acabou gerando nos dias atuais, uma utilização pejorativa e muitas vezes injusta para o termo “flexneriano” na área da saúde coletiva. Pejorativa no sentido de que uma atenção pautada pelas especialidades não permite a construção de um sistema de saúde orientado pela integralidade do cuidado

individual ou coletivo e interfere negativamente na gestão de sistemas político-sanitários e serviços assistenciais. Injusto pelo fato de não levar em conta a enorme contribuição que este relatório proporcionou para o avanço da discussão sobre o ensino das profissões em saúde, ao criticar a medíocre qualidade de muitas escolas e professores, a visão voltada ao lucro, os currículos inadequados e o enfoque não científico na preparação profissional, descontextualizando-o do período em que foi formulado.

Na década de 1920, no país havia uma forte indução do Estado sobre formação na saúde voltada para a saúde pública para a maior interferência possível na saúde da população, ressaltando a necessidade da atuação profissional de forma positiva na realidade brasileira. Na década de 1940, apoiados pelo movimento reformador americano, os cursos são marcados pela disciplinarização e departamentalização nas escolas, agrupando cadeiras e cátedras de ensino. Reformas em hospitais universitários fortalecem a visão da centralidade deste local como sendo o cenário indicado para o processo de aprendizagem, focalizado na prática individual e orientada pelo modelo curativista. Tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) com seu conceito de saúde pautado no bem-estar físico, mental e social, como a Organização Pan-Americana da Saúde desempenharam importante papel ainda nesta década para a mudança do rumo das instituições de ensino em saúde. Traziam no bojo de seus debates a necessidade da integração do ensino com o sistema de saúde para uma melhor formação dos profissionais e uma maior participação na melhoria das condições de saúde da população.

Nas duas décadas seguintes, prevalecem as idéias do movimento preventivista, apontando a formação como estratégia para transformação das práticas de saúde e para o reconhecimento dos objetivos finais dos cursos de graduação. O impacto das profissões de saúde no padrão epidemiológico e a qualidade da resposta dos serviços de saúde à busca por assistência e proteção individual e coletiva são apresentados como a grande transformação da educação em saúde. Paradoxalmente não há um movimento proporcional de mudanças por parte do sistema de educação, onde estas instituições levam muito mais em conta os aspectos internos que a aplicação da formação voltada para as transformações do mercado empregador dissociado das pesquisas acadêmicas. Na década de 1960, uma reforma da educação introduziu a abertura, nos cursos da área de saúde – especialmente em medicina, enfermagem e

odontologia – de departamentos, disciplinas, setores ou áreas de ensino da saúde pública principalmente no campo da saúde preventiva. Convergem positivamente: uma contestação à prática biomédica vigente e a denúncia da insuficiência do ensino de saúde pública para formar um profissional competente para as demandas da prevenção. A reforma não fez integrar as disciplinas da área da saúde coletiva com a área clínica, mas fez introduzir a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde como um movimento organizado, conforme afirmaram Ceccim & Carvalho (2006).

Na década de 1970, ganham debate os projetos de aprendizagem em “saúde comunitária”, onde era preciso voltar a atenção para os territórios da vida e compreender os contextos culturais locais. Ao mesmo tempo em que se configura como um momento de introdução do direito à educação popular como projeto de cidadania, vivia-se o auge da ditadura militar. No Brasil os pensamentos sobre o corpo, saúde, doença e terapêutica estavam completamente dominados pelo pensamento militar no poder. O corpo e as emoções foram disciplinarizadas, comportadas, tornando as intervenções pautadas pelo conhecimento técnico-científico de quem atua independente das sensações de quem as sente. Diante deste cenário ceifador de emoções e inter-relações entre o que atende e o atendido, inicia-se um movimento de reforço dos debates sobre as ciências sociais e humanas, fazendo emergir um novo perfil de sanitaristas com posição crítica às práticas profissionais e à realidade social. Conforma-se então o “Movimento da reforma Sanitária Brasileira”.

Este movimento ampliou o debate sobre não simplesmente aumentar a cobertura dos cuidados primários, mas alterar as relações sociais e cessar a geração de lucro empresarial sobre a saúde da população, objetivos vindos do aprendizado sobre educação popular para a cidadania. Apesar de um crescimento de projetos de extensão universitária, o modelo de ensino não acompanha a velocidade destas mudanças gerando uma dissociação entre a clínica, voltada para as ações individuais e de cura e a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com caráter populacional e como pertencentes à saúde pública. Assim gerando um movimento de exclusão da integralidade, segregação da clínica e restrição à saúde coletiva.

Década de 1980. Anos marcados pela recuperação da integralidade em certa medida devido a posições inovadoras de crítica aos modelos profissionais, assistenciais

e educacionais, voltados para experiências de integração ensino-serviço, porém a aprendizagem em unidades básicas não evitou a perpetuação do hospital como lugar da cura, criando assim perfis de profissionais “de comunidade” e “de hospitais”, fortalecendo a visão dos últimos como profissionais mais científicos e mais profissionais em detrimento dos primeiros com menor apropriação da clínica. Apesar destes rumos indesejados, podemos afirmar também que foi a década das ações integradas em saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), da Constituição brasileira, berço do movimento sanitário e responsável pela regulamentação no início da década seguinte do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos anos que se seguiram já na década de 1990, o Movimento da Educação em Enfermagem, alavancou uma mudança paradigmática da “assistência às doenças” para o “cuidado humano” tensionando as outras áreas do ensino em saúde a impor mudanças de cunhos político-pedagógicos mais consistentes, onde a formação representasse um cruzamento de competência técnico-científica e política, além de estreitar a relação entre processo de formação e trabalho, assim como a compreensão conjuntural do país e do contexto sanitário. Introduziram no currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária brasileira. Ainda nesta época, o CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), merece destaque pela introdução e aprofundamento dos debates sobre articulação de seguimentos reconhecidos como de interesse no debate do ensino e a integração ensino-trabalho, além do protagonismo dado aos estudantes. Outra importante marca dessa época pode ser a estruturação da Rede Unida, fruto da união de esforços dos projetos UNI (projetos de toda a América Latina sobre integração ensino-serviço-comunidade) e dos projetos IDA (projetos de integração docente-assistencial) como também a criação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde com a necessidade de ultrapassar uma profissão, um departamento, de instituir a multiprofissionalidade, dar lugar aos usuários através da gestão participativa e ampliar a interação com o sistema de saúde.

Mais recentemente, já no século XXI, novas estratégias vêm surgindo em decorrência do aprendizado com a história dos movimentos de mudança. O estabelecimento de compromissos da gestão do sistema de saúde com as instituições

de ensino em caráter dialógico, protagonismo aos estudantes, reforço a participação popular e ensino e trabalho em saúde centrados no usuário vem se configurando como características cada vez mais desejadas e passíveis de se alcançar. Este movimento contemporâneo vem sendo responsável por um enorme crescimento da produção do conhecimento na área da educação em saúde.

A educação em saúde, como eixo temático e de produção de conhecimento, tem pelo mundo publicações com tradição na área da informação científica em ciências da saúde desde a década de 1950. No Brasil, destacam-se duas revistas: *Olho Mágico e Interface: comunicação, educação e saúde*, sendo a primeira iniciada suas publicações em 1984 e a última em 1997. Ambas serviram enormemente como fontes de periódicos para este trabalho.

Com a determinação constitucional brasileira sobre o papel do setor saúde como ordenador da formação dos seus recursos humanos, com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo Conselho Nacional de Educação, substituindo o conceito de currículo mínimo, com a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde proposta pelo Ministério da Saúde em 2003 e com o Pacto Pela Saúde em 2006, mais especificamente pelo Pacto de Gestão do SUS que traz dentre os eixos de ação, a Gestão do Trabalho na Saúde e Educação na Saúde, ampliaram-se significativamente os debates e reuniões científicas em torno da educação em ciências da saúde e o papel do SUS neste desafio.

Ainda sobre o papel dos sistemas na educação em saúde, na época do Brasil República, predominava a formação dos práticos, onde a obtenção de um “certificado de aptidão” era o suficiente para o início no mercado de trabalho. A noção de aprendizado estava fortemente atrelada à prática, obtida em laboratórios ou em serviços da categoria em questão, e na observação e convivência com os profissionais mais experientes. O currículo e a pedagogia universitária eram auto-regulamentados, sem currículo mínimo e sem diretrizes curriculares nacionais além de total desarticulação com o sistema de saúde vigente.

Somente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior em 1968, fica definida a tramitação para a autorização de funcionamento dos cursos superiores. Esta lei institui o currículo mínimo, que vigorou até a aprovação da atual Lei Federal nº 9.394, de 20/12/1996 que revê a organização dos currículos antes organizados em

regime disciplinar, representando o conjunto de atividades e estudos correspondentes a um programa de formação a ser desenvolvido em período definido, carga-horária pré-fixada, com disciplinas obrigatórias e eletivas para uma nova pedagogia onde o curso de graduação não é mais a única matriz da formação profissional, pois não há como continuar afirmando que competências profissionais, numa sociedade dinâmica e de aceleradas mudanças, possam ser asseguradas pela transmissão de conteúdos e pelo treinamento supervisionado, que um título justifique autonomia técnico-científica sem constante atualização e processos de educação permanente.

Entre os anos de 2001 e 2004 foram aprovadas as diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde (biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos nutricionistas, odontólogos e terapeutas ocupacionais) firmando-se nacionalmente que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Para Casotti (2009), o grande diferencial das propostas de reorientação da formação, como o PROMED (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002) e o PRO-SAÚDE (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005), apresentado mais recentemente, é sua amplitude e seu caráter de política estatal. O primeiro relacionado com a extensão da indução – número de escolas e alunos envolvidos nos processos de mudança - e o segundo - expresso concretamente na sustentação interministerial da proposta (educação e saúde) e na existência de uma secretaria, no organograma do Ministério da Saúde - que chama para si a operacionalização da diretriz constitucional do ordenamento da formação de pessoal da saúde para o sistema público instituído no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 1988). Pode-se afirmar que a conformação dessa situação, num primeiro plano, é resultante tanto da análise do próprio Ministério da Saúde, quanto dos espaços consultivos da sociedade brasileira, de que o perfil dos profissionais de saúde formados nas universidades representa um limite concreto para a consolidação e o processo de qualificação do SUS. De outro plano, conta positivamente o acúmulo de iniciativas de mudanças em curso e do alinhamento político conseguido com as Diretrizes Curriculares Nacionais, conjuntura que criou um ambiente favorável para capilarizar e experimentar projetos de mudança mais ousados – em que

as Instituições de Ensino Superior são chamadas a participar do mundo que acontece fora de seus muros.

O “Aprender SUS” foi apresentado, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação em Saúde (SGTES/DEGES), como um conjunto de estratégias a serem desenvolvidas em parceria com as instituições de educação superior e destinadas a produzir “mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004) Segundo o documento orientador a “formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004)

A integralidade do cuidado foi definida como eixo central no “Aprender SUS”, e algumas das propostas executadas foram: curso de educação à distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação, destinados a docentes e preceptores do serviço; trabalho articulado com Ministério da Educação na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais e o financiamento dos Pólos de Educação Permanente, que agregam usuários, gestores, profissionais de saúde e as universidades em torno de projetos de qualificação da atenção à saúde.

Outra iniciativa foi o “VerSUS – Vivência-estágio na realidade do SUS”, projeto proposto para acadêmicos de graduação dos cursos da saúde com objetivo de oportunizar uma inserção não assistencial no interior do sistema público de saúde. Partiu do diagnóstico de que “há um despreparo dos recém formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema de saúde, compreender sua gestão e compreender a ação de controle social sobre o setor [...]”.(BRASIL. Ministério da Saúde, 2004)

O “EnsinaSus”, com a pesquisa sobre o ensino da integralidade em saúde (que marcou este estudo como referencial teórico) é uma linha de atuação do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, que, numa perspectiva transdisciplinar, conta com a participação de pesquisadores discentes de diferentes instituições, desenvolvendo projetos que são estruturantes e transversais a outras linhas de atuação do grupo.

Importante destacar que todos os projetos/programas criados para dar direcionalidade à mudança - VerSUS, AprenderSUS, EnsinaSus, especialização em Ativação de Processos de Mudança, Pólos de Educação Permanente, PROMED e o PRO-SAÚDE - são iniciativas que estão simultaneamente relacionadas com o processo de reordenamento, tanto no âmbito das políticas de saúde como de educação, e que fundamentalmente mobilizaram diferentes atores da sociedade brasileira para a discussão, proposição e acompanhamento dos resultados.

Especificamente no setor da educação, a mudança na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), com o conseqüente processo de elaboração e implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para o sistema de educação superior do país, reabriu uma importante interlocução entre as demandas do setor da saúde de natureza coletiva com aquelas da formação dos profissionais.

O texto aprovado nas DCN para os cursos de odontologia (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002) trouxe, do ponto de vista de um arcabouço legal, o resgate dos pilares das discussões do ensino da odontologia na década de sessenta, e da atualidade dos princípios do Sistema Único de Saúde, quais sejam: da integração curricular e da integralidade da atenção.

Nesse sentido pareceu-nos claro que a adoção da atenção integral em saúde como princípio de reorientação dos cursos de formação pressupõe ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e ao mesmo tempo o reconhecimento das limitações da atuação uniprofissional a fim de responder por todas as necessidades de saúde da população. O questionamento mais recorrente nas arenas de debates sobre este assunto é sobre quais são estes conhecimentos capazes de garantir um itinerário curricular que estabeleça o intercruzamento com as humanidades e com as determinações socioeconômicas para uma reforma não somente instrumental, mas de orientação político-pedagógica.

Tendo por fundamento o conceito ampliado de saúde, vem constituindo-se nas últimas décadas um movimento de caráter internacional, iniciado pelas chamadas reformas médicas, entre elas a medicina integral que visava à formação humanística do profissional de saúde. No Brasil, essas reformas aconteceram, inicialmente, nos departamentos de Medicina Preventiva e congêneres e antecederam o Movimento

Sanitário, responsável pela institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como afirmou Feuerwerker (2002).

Mattos (2001) defende que num processo de crítica à medicalização da sociedade e aos limites do saber médico e à sua racionalidade, transitando ora na tentativa de subordinação a uma racionalidade sanitária, ora na defesa do reconhecimento e incorporação de racionalidades médicas alternativas, supostamente mais próximas da integralidade, o Movimento Sanitário busca ampliar o campo de atuação em saúde. Tem por imagem-objetivo e componente estruturante do SUS a integralidade, que sendo atributo de todos os profissionais de saúde, representa noções e discrimina valores que direcionam o sistema, pressupondo: a incorporação ou redefinição da equipe de saúde e de seus processos de trabalho; a articulação entre assistência e práticas de saúde pública; e a organização dos serviços para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população.

Como afirmou Barros (2006) desde o movimento da Reforma Sanitária, aqueles que militam no Campo da Saúde Coletiva tinham a ciência de que o processo de mudança de modelo tecnoassistencial transitaria por lugares de incertezas e dificuldades, uma vez que a realidade brasileira é altamente permeada por desigualdades sociais e um Estado fortemente marcado por interesses privados e pouco comprometido com as classes populares. Porém, apesar das dificuldades, desde sua implantação, o SUS vem apresentando relevantes avanços na direção da democratização e do fortalecimento da equidade deste sistema universal.

Para que este sistema continue apresentando avanços, é imprescindível que a busca pela integralidade seja mais do que uma “bandeira de luta” e sim como um objetivo comum à todos aqueles que militam, trabalham, ensinam e estudam na Saúde Coletiva, assim como afirmou Mattos (2004), fazendo referência ao movimento de Reforma Sanitária, que fazia parte de uma imagem-objetivo, um conjunto de valores relacionados ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

Como afirmaram Guizardi e Pinheiro (2004), a integralidade se refere a um “entre-relações de pessoas”, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Partindo deste princípio de entre-relações, a multiprofissionalidade tem sido um dos caminhos

buscados para a efetivação de uma atuação, mais do que conjunta, interdisciplinar, uma vez que o trabalho multiprofissional por si só não garante a polifonia necessária. Portanto, de que forma podemos garantir tais mudanças? Certamente uma das opções mais defendidas vem sendo o aprofundamento dos estudos sobre a relação entre ensino de graduação e o serviço, utilizando este como cenário diversificado de ensino-aprendizagem.

Segundo Guizardi e Pinheiro (2006), a relação entre ensino de graduação na área da saúde e o desenvolvimento do SUS, em especial no que diz respeito à construção de desenhos tecnoassistenciais inovadores e transformadores das características historicamente hegemônicas no setor, diz respeito à formação e ao exercício das profissões de saúde. Ainda para estes autores, citando Pinheiro (2004), é possível dizer que a idéia de inovação na formação dos profissionais de saúde se caracteriza por sua capacidade de dar visibilidade ao paradoxo formado entre a fragmentação que se caracteriza pelos “especialismos” dos conhecimentos produzidos e a complexidade das demandas sociais apresentadas pelos usuários que buscam atenção integral aos seus problemas, expor tais críticas, e ao mesmo tempo, forjar outras, de modo que os autores implicados transformem o campo de práticas e as instituições da saúde e sejam, nessa experiência, transformados.

Para Barros (2006), o conceito de formação pode ter diversas definições, dependendo da disciplina, dos contextos, dos usos, do autor – enfim, de uma infinidade de aspectos que precisam ser considerados, uma vez que muitos conceitos, que têm sua definição como evidente e consensual, podem ser utilizados de forma a ocasionar muitas confusões quando empregados em qualquer contexto, de forma indiscriminada, fazendo-os perder em rigor conceitual, em precisão, em força e, principalmente, perder as condições de sua produção nos diferentes campos de saber.

Ainda para a autora, o termo *formação* traz muitas ambigüidades em seu bojo, vai adquirindo múltiplos sentidos nos diversos contextos de utilização e nos efeitos produzidos em suas práticas. Dois deles são recorrentes nesse debate: o que se refere à competência técnica e o referido ao compromisso político. As tentativas de separar a formação do terreno político, do qual é parte indissociável, restringem a competência técnica a algo, em geral, absoluto, que a consideram boa, ou má, ou necessária. É necessário escapar das binarizações (competência técnica/incompetência técnica,

compromisso político/ alienação, dentre outros), libertar-se dos “especialismos” enclausuradores e desmanchar territórios do saber-poder, que insistem nas hierarquizações que desqualificam os saberes-fazeres da experiência.

As tentativas de separação da formação em relação ao terreno político mascaradas em reformas e modernizações, tende a trazer danos ao processo pedagógico de reformulação curricular no ensino em saúde, uma vez que, como bem apontaram Saippa-Oliveira e Koifman (2004), as inovações remetem às múltiplas relações que constituem os processos pedagógicos, existindo no processo e não no resultado final, enquanto as reformas e modernizações se limitam às estruturas formais do sistema educativo, como conteúdos ou métodos. Isto denota a limitada amplitude da reformulação meramente programática dos cursos de graduação, sem alterar os cenários de aprendizagem na direção do serviço e toda sua fertilidade empírica.

Para Ceccim e Carvalho (2006), as transformações do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro são apenas evidências da necessidade de formar diferentemente para corresponder às necessidades de saúde da população. As demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e ficaram muito mais complexas na contemporaneidade. As dificuldades que encontramos em controlar as doenças infecto-contagiosas e as crônico-degenerativas – como dengue, hanseníase, doença de chagas, AIDS, obesidade, hipertensão, diabetes e câncer, entre outras – passam pela apropriação dos métodos clássicos de atuação da saúde coletiva, mas expressam a necessidade de uma saúde coletiva e uma clínica das profissões de saúde articuladas em intercomplementaridade. Os diferentes modos de as pessoas e os grupos manifestarem as conseqüências de fenômenos como envelhecimento, meda nas cidades, ritmos do trabalho e novas relações sociais, por exemplo, resultam em crescente aumento de categorias ou especialidades profissionais. Estas se justificam pela necessidade de garantir a conquista de condições mínimas de saúde para outros, mas a maioria dos argumentos decorre da naturalização dessas condições e não de medidas para seu real enfrentamento.

Partindo deste pensamento de complementaridade, qual o papel do ensino em odontologia neste movimento de formação de profissionais mais coerentes com a realidade brasileira, com o sistema de saúde nacional e apto às interações necessárias

para as questões de natureza ética e humana, a fim de proporcionar que o aluno participe e construa e assuma responsabilidades no seu processo formativo?

1.3 O ensino superior em odontologia: entre a tecnologização e o social

A institucionalização da odontologia no país iniciou-se pela oficialização do curso por meio do Decreto Imperial nº. 9.311, de 25 de outubro de 1884. Entretanto, já em 1882, começou a funcionar o curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; em 1891, iniciou o Curso de Cirurgia Dentária da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia; em 1898, criou-se a Escola de Odontologia de Porto Alegre; em 1901, a de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina de São Paulo; e em 1905, a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Juiz de Fora. Até o ano de 1917, foram fundados mais 14 cursos de odontologia, como afirmou Queiroz (2006).

Ainda para Queiroz (2006), a preocupação com o exercício da odontologia e, portanto, em alguma medida, com a formação recebida pelos alunos, pode ser identificada desde sua vinculação e reconhecimento como uma área de conhecimento pertencente às instituições de ensino superior. Inicialmente, essa preocupação estava concentrada na definição de requisitos mínimos para o funcionamento dos cursos, tais como: definição de disciplinas, tempo mínimo para integralização do curso e características do perfil de aluno a ser selecionado. Esses foram os primeiros passos de uma longa transição entre o “ofício” aprendido na relação mestre-aprendiz, para uma fase “escolar” de formação, imprimindo a autonomia da odontologia em relação às faculdades de medicina.

Conforme já vimos anteriormente sobre os cursos de graduação em saúde no país, somente entre as décadas de 1940 e 1950 a discussão da formação dos profissionais da área da saúde começa a receber maior atenção – agora articulada com as demandas sócio-epidemiológicas e as demandas dos governos em responder por questões como ampliação de cobertura e resolubilidade dos sistemas públicos embrionários. Entretanto, Casotti (2009), afirma que a odontologia brasileira muito cedo se alinhou às discussões correntes sobre a formação de pessoal. Guardadas algumas

especificidades, a odontologia passa ao longo de quase toda a história de mudança da educação do século passado, a gerar respostas setoriais para mobilizações que não pertenceram exclusivamente a sua área – mas foram movimentos ampliados de reforma da formação de pessoal para a saúde, com múltiplas e variadas intencionalidades.

Para Pinto (1977), a idéia de uma odontologia de saúde pública data o início da década de 50, com a inclusão do setor no organograma do então Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, como agência bilateral brasileiro-americana, com estatuto jurídico especial que lhe garantia autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde. Tinha como atribuição inserir a saúde pública em áreas sem cobertura assistencial e que, em muitos casos, eram estratégicas no fornecimento de produtos de interesse internacional – como a borracha e os minérios. Ainda para o autor, a Secção de Odontologia - criada em 1951, no interior do SESP e mantida após a transformação, em 1960, para Fundação de Serviço de Saúde Pública (FSESP) - desenhou uma trajetória singular de organização de serviços e ações para aquele contexto sócio-histórico. A coordenação consistia de um dentista brasileiro (Prof. Mário Chaves) e um americano, tendo seu plano de intervenção baseado nos moldes da Odontologia Sanitária, com algumas linhas prioritárias: utilização de métodos preventivos coletivos – com destaque para os estudos pioneiros de fluoretação da água; a formação em serviço e a utilização de pessoal auxiliar e a programação de serviços para atender escolares, denominado aqui no Brasil de Programa Incremental, conforme Pinto (1977).

A qualidade da condução dessas experiências, sem dúvida, colaborou para que, em 1958, a Universidade de São Paulo fosse escolhida como Centro Regional de Formação, sediando o “Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas”, sob a coordenação de Mário Chaves. Em 1960, Mário Chaves publicou o “Manual de Odontologia Sanitária”, com sua versão para língua espanhola, em 1962, financiada pela OPS e inserida nas estratégias de melhoria do ensino de odontologia, em discussão pela agência e cursos de odontologia da América Latina, como constatado em Chaves e Cuthbert (2003) e Narvai (1994).

Vale destacar que neste período, em meados de 1956 foi criada em caráter experimental a Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO, decorrente de uma reunião articulada entre os representantes da Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Serviço Especial de Saúde Pública - SESO e da International Cooperation Administration – ICA (Ponto IV) - contou com a participação de 28 faculdades das 32 existentes no país, segundo Menezes (2006).

Detalhe que a oficialização da ABENO, ocorrida em 1958, antecedeu à criação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que teve origem em 1962 com o nome de Associação Brasileira de Escolas Médicas, passando somente em 1975 a receber a denominação de ABEM, segundo Lampert (2002). Ainda para o autor, os temas definidos para essa primeira reunião envolveram aperfeiçoamento, seleção e preparo de pessoal docente, melhoramento de técnicas e material de ensino, intercâmbio de escolas e problemas no ensino das matérias básicas e clínicas. Foram discutidos em grupos, e os relatórios assumidos como resoluções finais do encontro.

Para Casotti (2009), como parte dos desdobramentos da reunião, mesmo antes da aprovação da primeira diretoria, iniciou-se um programa de bolsas docentes, em convênio com a CAPES e a International Cooperation Administration – ICA. A CAPES financiou oito bolsas nacionais e a ICA três bolsas nos Estados Unidos, como parte do Acordo de Cooperação Internacional, selado em 1949, entre o governo brasileiro e o norte-americano, conhecido como Ponto IV – que tinha como objetivo dar assistência técnica para as áreas subdesenvolvidas. De acordo com Queiroz (2006), tanto a criação da ABENO como o programa de oferta de bolsas de estudo se integraram ao que o autor chamou de modernização do ensino superior, culminando na Reforma Universitária de 1968.

Ainda para a autora, essa proximidade com os EUA, inserida no mapa dos acordos e estratégias da macro-política, foi setorialmente mediatizada pela presença de agências como a OPAS e a Fundação Kellogg, o que certamente contribuiu para consolidar um perfil de escola mais parecido com o modelo americano, com a constituição e a centralidade das especialidades no ensino da odontologia. Essa é uma das muitas situações, no mínimo, paradoxais: ao mesmo tempo em que o ideário

dessas agências, na década de sessenta, se apoiava numa perspectiva de formação de pessoal para responder às necessidades da população, o que houve foi a formação de um corpo de especialistas, mestres e doutores que acabaram delineando e consolidando escolas com currículos baseados na dissociação do básico com o clínico, e no ensino das especialidades por meio das múltiplas disciplinas – incluindo a odontologia preventiva e social.

Botazzo e Freitas (1998) numa análise sobre este período afirmaram que somente na década de 1960, sofrendo influência das reformas do ensino na área de saúde nos EUA, as faculdades foram incluindo gradativamente as Ciências Sociais nos seus currículos, principalmente no nível da graduação, porém ainda assim, as de odontologia eram as que abordavam de forma menos freqüente estes conteúdos as disciplinas.

Apenas nos anos 1970, iniciou-se um movimento de questionamento da formação docente através da implementação dos cursos de pós-graduação e as exigências de titulação para a carreira universitária, assim como afirmou Perri de Carvalho (2001), estes não recebiam um mínimo de formação pedagógica e como decorrência apresentavam dificuldades no exercício desta atividade que requer uma abordagem múltipla e complexa do processo ensino-aprendizagem. Esse fato sugere que houve um deslocamento da discussão da graduação para a pós-graduação, com o claro privilégio da segunda e, como conseqüência, o fortalecimento de identidades docentes no campo das especialidades e, portanto, segmentadas e distantes do ideário da formação profissional imbricada com a realidade social do país, ou mesmo da possibilidade de construir um ensino integrado.

Ainda em 1970, frente à crise econômica social dos países da América Latina e acompanhando o movimento geral de crítica aos modelos dominantes na explicação da realidade social a odontologia como outras áreas da saúde sofreu forte repercussão nas reformas dos currículos aumentando assim o espaço destinado às disciplinas de Ciências Sociais. Nos idos de 1973, em face às constatações freqüentes de que não havia nenhum planejamento a respeito dos recursos humanos para a saúde, deixando-se a definição da quantidade e o perfil dos profissionais à escolha apenas do sistema educacional, em vários países os organismos públicos começaram a buscar uma integração direta com as escolas. No Brasil, o Ministério do Trabalho e Previdência

Social, responsável pela assistência a parcelas consideráveis de trabalhadores urbanos e pelo emprego de muitos profissionais da área da saúde, enfatizava a importância da articulação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o sistema de formação de pessoal nas áreas de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, serviço Social e demais profissões que atuam nesta área (Marsiglia, 1995). Assim o INPS passava a colocar à disposição do ensino seus hospitais e postos de assistência médica, visando a atuação conjunta dos Ministérios da Educação, Trabalho e Saúde.

Desdobramento da iniciativa do Programa Latino-americano de Inovações em Educação Odontológica, em 1979 desenvolveu-se um projeto denominado “Odontologia: Docência e Serviços”, envolvendo a CAPES, ABENO e Fundação Kellogg, que selecionou, entre as 29 escolas de odontologia que apresentaram propostas (de um total de 32), 16 que receberam financiamento durante 4 anos para promover inovações curriculares, mudanças na metodologia de ensino e estruturar clínicas extra-murais. O objetivo do Programa era “formar um cirurgião dentista clínico geral voltado para os problemas de saúde bucal, com filosofia preventiva e social, estimulando o aumento da cobertura do atendimento odontológico às populações de baixo índice socioeconômico”, como afirmou Medeiros (1991). As experiências relatadas pelo autor, que incluem seis cursos de odontologia (PUC-Campinas, Universidades Federais do Espírito Santo, do Maranhão, de Minas Gerais, da Bahia e Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ), mostram que o principal vetor de mudança foi a criação de clínicas extramurais que, na sua maioria, destinava-se ao atendimento a escolares – e no caso específico da UERJ, reproduzindo o Modelo Incremental, proposto pelo SESP na década de 50. Experiências com a simplificação de equipamentos e incorporação de pessoal auxiliar na prática odontológica, ainda que importantes, foram pontuais. Não há relato de aproximação/integração com a rede de serviços de saúde.

O modelo hegemônico, após a instauração da ditadura militar, foi um modelo previdenciário de assistência, com forte componente individual-curativo-mutilatório concentrado na compra de procedimentos de terceiros, num modelo de odontologia liberal sem programação, e relegou-se a lógica *sespiana* a um modelo de cobertura residual. Essa opção, na prática, impediu o crescimento de experiências e críticas

nessa área, paralisando as possibilidades de avanços no campo da saúde bucal coletiva. Este modelo que se fortaleceu na segunda metade da década de sessenta, só teve suas bases questionadas já no final dos anos setenta – face ao agravamento do quadro epidemiológico e a precariedade e os custos da rede de atenção - tendo na Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde de Alma-Ata (1978) o referencial para a organização de experiências alternativas de cuidado e o amadurecimento político do que veio a constituir o Movimento pela Reforma Sanitária.

Na odontologia, várias experiências de ensino foram desenvolvidas nas secretarias de saúde com os programas de Saúde Bucal, principalmente nos Centros de Saúde-Escola, e nas Secretarias de Educação com programas de Odontologia escolar, acontecendo o mesmo com os serviços da Previdência Social destinados a trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal na área urbana.

Neste mesmo movimento, a OPAS e a Fundação W.K. Kellogg colocaram faculdades em contato com experiências de simplificação da Odontologia já populares na América Latina. A Odontologia Simplificada, para Mendes e Marcos (1984), era entendida como uma prática que por meio da padronização, da diminuição de passos e eliminação do supérfluo, procurava tornar a prestação de serviços mais barata, sem alterar a qualidade do trabalho. Porém, ainda para estes autores, este enfoque era bastante limitado, devido a ausência de questionamento a Odontologia científica ou “flexneriana”, colocando-se como uma Odontologia complementar para classes sociais marginalizadas. E mesmo reforçando teoricamente a importância da prevenção, na prática reforçava as ações curativas.

O estabelecimento de novos currículos mínimos para as faculdades da área de saúde nesta década, incluindo-se a Odontologia, parte de uma crítica ao fato de os conhecimentos da Saúde Pública, de Preventiva e das Ciências Sociais não terem tido o mesmo desenvolvimento e importância que os conhecimentos da área clínica.

Pode-se dizer que a prática odontológica no Brasil é resultado de um modelo institucionalizado pelas universidades e associações de classe, vinculados a componentes econômicos, políticos e ideológicos, segundo Chaves (1977). Ainda para o autor, a educação odontológica é um processo contínuo destinado a produzir profissionais capazes de manter ou restaurar o estado de saúde da cavidade bucal. O objetivo é produzir, eficientemente, um número suficiente de profissionais, com a

qualidade adequada, capazes de produzir, entregar e distribuir serviços odontológicos da maneira mais econômica possível. As profissões existem para satisfazer uma necessidade social e a odontologia não é exceção. Ela opera em um sistema social, dentro do qual a profissão e suas instituições estão continuamente se reajustando de acordo com a mudança na tecnologia, os pontos de vista profissionais e as necessidades ou demandas da educação odontológica.

Na década de 1980, o processo de descentralização dos serviços públicos de saúde, fez com que os serviços da esfera municipal passassem a constituir expressivo mercado de trabalho para os odontólogos, principalmente com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984. Porém, grande parte da categoria ainda guardava as características de profissão liberal, com evidentes repercussões sobre a formação do profissional e resistências das escolas na reforma curricular.

A aposta na integração do ensino com o serviço vai ser a tônica dos projetos financiados por agências externas nas décadas de 1980 e 1990 e, mais recentemente, assumido pelos Ministérios da Educação e da Saúde como eixo principal de reorientação a ser seguido pelas escolas da área da saúde. Nessas décadas, alguns programas com cooperação de entidades internacionais já mencionados em capítulos anteriores tais como IDA na década de 1980 e Uni na de 1990, apesar de não terem conseguido atingir um amplo espectro de instituições de ensino em odontologia no país, certamente através deste movimento de tentativa de integração dos cursos das instituições e os componentes serviço e comunidade foram fundamentais na formação de uma expertise que contribuiu no processo de discussão e revisão da legislação educacional, especialmente das Diretrizes Curriculares Nacionais, conforme assinalado em CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO... (2002).

Em 1992, a movimentação de professores de Odontologia Social, definia como um dos objetivos do ensino da Odontologia Social a explicação e interpretação do processo saúde/doença, tanto em nível individual quanto coletivo, apontando também deficiências no ensino das Ciências Sociais na graduação e reforçando a importância da integração dos currículos como conteúdo, mas não necessariamente disciplina formal, conforme afirmou Botazzo (1998). A repercussão do aprofundamento sobre o conceito ampliado de saúde nas salas de aula não teve a mesma força do que o avanço

tecnológico exerceu sobre a condução das disciplinas e o direcionamento do conhecimento técnico em prol destas tecnologias.

O avanço tecnológico certamente colaborou para que a odontologia pautasse cada vez mais seus procedimentos no acesso a aparelhos e equipamentos cada vez mais modernos e impressionantes, reforçando ainda mais a perpetuação desta hegemonia. Porém fica claro que esta tecnologização não garante uma oferta de serviços mais resolutivos e muito menos adequados ao que estabelecem as diretrizes do SUS. Pois segundo Felippetto (2005), não responde à solução em níveis significativos dos problemas de saúde bucal da população, já que tem alto custo e baixo rendimento e cobertura, além de apresentar enfoque curativo e reabilitador.

Sobre este enfoque curativo e reabilitador, Secco e Pereira (2003) afirmam que embora o ensino de odontologia se caracterize como educação vocacional, “diretiva”, que tenta levar o estudante à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes concentradas em torno de sua prática, os rumos que a educação odontológica toma nem sempre podem ser compreendidos pelas exigências internas dessa prática.

Seria ingênuo negligenciar o fato de que, num mundo predominantemente capitalista, a estrutura educacional dos cursos de odontologia sofre forte influência das indústrias de equipamentos, medicamentos e materiais odontológicos. Narvai (1994), afirma que o movimento do capital entre os anos de 1952-1994 fez aparecer e consolidou no Brasil uma odontologia de mercado, caracterizada pela produção-consumo privada de bens e serviços sob regulação do mercado.

Para tanto se faz necessário, além de um aperfeiçoamento dos métodos de ensino-aprendizagem e da capacitação técnica para introduzir as novas tecnologias nesse processo, a formação docente exige, segundo Cunha (1995), ultrapassar as camadas mais técnicas para perceber as diferentes dimensões implicadas na prática educativa: 1. os aspectos político-estruturais, provenientes da estrutura de poder que as profissões ocupam no cenário profissional, revelando valores anteriormente definidos; 2. os aspectos epistemológicos, relativos à especificidade da produção e apropriação do conhecimento na área, definindo campos de saberes na organização curricular; e 3. os aspectos pedagógicos, relativos ao trabalho com o conhecimento na relação professor/aluno/procedimentos, tendo em vista o projeto pedagógico do curso.

Em estudo sobre as principais barreiras do processo ensino-aprendizagem na ótica de professores e alunos do curso de odontologia da Universidade Federal Fluminense, Moraes et al. (2001), mostraram que os alunos identificaram barreiras no relacionamento com os professores, citando: linguagem inadequada, didática deficiente, falta de interesse na aprendizagem e ausência de diálogo. Os professores relataram dificuldades no processo de ensino-aprendizagem, entre as quais: falta de integração entre disciplinas, conteúdos programáticos distantes das necessidades reais dos alunos e desmotivação.

Este distanciamento pode ser explicado por uma falta de aproximação dos processos formativos em odontologia em relação a possibilidade de questionamentos por parte dos estudantes, acerca de uma metodologia que os aproxime da realidade brasileira, tão diferente de outros países que são citados e utilizados como referência para a odontologia brasileira . Reforçando esta visão, para Secco & Pereira (2004), 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.

O Ministério da Educação coloca a necessidade de mudanças curriculares, que dentre outras coisas, tem como premissa a interdisciplinaridade e o desenvolvimento na formação de competências no âmbito da saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002).

Cutolo (2001), questiona como efetivar práticas em saúde, dentro das novas demandas sociais e políticas públicas de saúde, sem a interação dialógica entre a medicina, nutrição, enfermagem, fisioterapia, odontologia, enfim, com outras identidades profissionais.

Lobo (1981), afirma que, se a intenção é colocar nossos alunos diante dos enfrentamentos dos problemas de saúde, devemos, em primeira instância, admitir que estes problemas são necessariamente interdisciplinares e que a realidade que permeia estes problemas são realidades interdisciplinares.

Mendes (1985), sustenta que o desvio positivo da centralização da figura do médico para a equipe de saúde pode reforçar o papel do trabalhador coletivo em saúde,

sempre respeitando suas identidades, mas construindo projetos que favoreçam uma atitude interdisciplinar. Não devem se constituir, por consequência, em esforços que diluam o saber, mas que incorporem saberes e práticas. Ainda segundo este autor, este novo modelo exige mudanças na formação e capacitação de recursos humanos e estratégias de práticas educacionais que superem os limites da disciplinaridade. A formação interdisciplinar possibilita um tratamento da explicação técnica e científica de forma mais integral e profunda, viabilizando soluções criativas para os problemas de saúde.

Ribeiro e Motta (2006), sustentam a necessidade de requalificação da força de trabalho, revisão dos modelos de formação até então adotados, tendo como princípios os pressupostos do SUS e a necessidade de construção de novos modelos de ensino.

Atualmente há uma convergência de pautas e esforços entre os Ministérios de Saúde e Educação no intuito de reorientar o modelo de atenção conforme o que preconizou a Reforma Sanitária. Para Saube et al (2005) a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende tanto do sucesso de estratégias como o Saúde da Família (ESF) e da implementação de processos de Educação Permanente (EP), de competência do MS, quanto da revitalização dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de graduação, incorporando as premissas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares (DCNs), atribuições da alçada do ME.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) definem o objetivo do curso de Odontologia e que o currículo tem base nacional comum, a ser complementado pelas Instituições de Ensino Superior, com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e as imposições do quadro regional em que se situa. As DCNs sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social. Com relação à instituição formadora, esta deve estar aberta às demandas sociais, capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças.

As DCNs caracterizam as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas no curso, com base em sugestões da Organização Mundial de

Saúde (OMS) e do Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior (Nupes), afirmou Carvalho (1999).

Com base em estudo sobre a trajetória dos cursos de odontologia no período 1991-2004, de Fernandes Neto et al., (2006) concluiu-se que a expansão dos cursos de odontologia verificada nos últimos anos já apresenta cenários tendendo a mudanças, pois cai a demanda por vestibular e aparecem casos de evasão. Por outro lado, verifica-se o crescente interesse do graduando pela expectativa de emprego. Os autores comentam que “o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e gradativa implantação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família têm aumentado os postos de trabalho para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, que basicamente compõe as equipes do PSF”. Os serviços municipais de saúde têm ampliado a oferta de concursos para cirurgiões dentistas, principalmente destinados às equipes de saúde da família. Todavia, o referido estudo destaca que “há ainda um descompasso entre a oferta de trabalho e a demanda de profissionais que querem ingressar no mercado, em especial nos serviços de Saúde Pública” e também que “muitos profissionais que durante anos exerceram somente a prática liberal estão migrando para os serviços pelas dificuldades atuais do mercado de trabalho somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego”.

As diretrizes curriculares, os debates internacionais e nacionais sobre a qualidade e avaliação têm forçado os cursos de odontologia a encararem o desafio de mudarem seus projetos pedagógicos. Frente ao desenvolvimento do ensino em Odontologia no Brasil, constata-se a crescente aproximação das Instituições de graduação em relação ao serviço, porém de que forma este movimento pode se dar afim de qualificar o processo ensino-aprendizagem? A Atenção Primária (SUS) tem ocupado um espaço privilegiado nos currículos destas faculdades? Será a interdisciplinaridade no ensino um caminho factível para a realidade destas instituições?

Não com o caráter de resposta aos questionamentos anteriores, mas como uma sinalização de uma nova tendência no ensino em saúde e por conseqüência, em odontologia, vem se tornando cada vez mais freqüente a utilização do serviço como cenário de práticas de ensino-aprendizagem. Esta diversificação de cenários, ainda permeada por muitos questionamentos sobre o “como fazer” e “quem fazer”, vem se apresentando como prática viável de aproximação de saberes constituídos e

historicamente “demarcados” pelas disciplinas e categorias da saúde. Portanto, é necessário um esforço de superação da visão tradicional do ensino em saúde, fortemente pautado pela delimitação de competências, atribuições e habilidades a serem desenvolvidas de forma compartimentada e protegida, para uma visão que o considere como responsável pela atuação de profissionais que terão como cenários de prática profissional as condições de vida da sociedade, das famílias e dos indivíduos. Isso significa que, para se produzir saúde, além das indiscutíveis ações de recuperação, é preciso resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida, mediante intervenções que contribuam para a aquisição de novas atitudes no estilo e no modo de viver das pessoas, bem como na produção de políticas públicas que priorizem o desenvolvimento humano.

Para auxiliar no debate sobre o papel do ensino em odontologia, vale resgatarmos as contribuições das DCN para a formação nesta área, já aqui anteriormente mencionadas, instituídas em 19 de fevereiro de 2002, que podem ser interpretadas como normativas orientadoras sobre os fins e os meios deste processo formativo. Nelas encontramos no artigo 3º a seguinte definição dos egressos do curso de graduação em odontologia:

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. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002)

No artigo 4º, encontramos os objetivos para a formação do cirurgião-dentista, descritos abaixo:

[...]dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- 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.
- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas.

- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e dêem manter 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.
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional... A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
- Administração e gerenciamento...
- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática... (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002).

Há também as competências e habilidades, das quais destaco:

- Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.
- Atuar em todos os níveis de atenção à saúde.
- Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética.
- Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social.
- Comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações.
- 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.
- Reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais.
- Comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral.
- Trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde.
- Acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002).

No artigo 6º, encontramos a forma como devem ser tratados os conteúdos do curso:

- 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, integrados à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:
 - a. 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.

- b. Ciências Humanas 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.
- c. Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - I. Propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia.
 - II. Clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais; e
 - III. Odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002).

A estrutura do curso também aparece no artigo 13º, que diz que deverá:

- 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.
- Aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e
- 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. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO..., 2002)

Embora para muitos estas orientações possam soar repetitivas ou já decoradas, para outros tantos, estes textos ainda não surtiram o efeito transformador necessário. Nesta pesquisa faz-se necessário este resgate para a constatação do papel que a formação em odontologia, se ainda não representa, pretende representar. O caminho buscado nestes artigos selecionados (APÊNDICE A), fazendo parte de um conjunto de recomendações, trilha pela formação de profissionais com formação técnica integrada a uma formação humanística, crítica e reflexiva, incluindo em seu bojo as ciências biológicas e da saúde, humanas, sociais e odontológicas.

Botazzo (2000), aponta que a análise da literatura que trata da educação odontológica, inserida no modelo formador dos profissionais da área da saúde mostram a construção de uma ideologia baseada nos conceitos tecnicistas de Charles Godon e

aperfeiçoada por Flexner e Gies, no início do século XX. Esta perspectiva ideológica construiu, no decorrer da história, o “modelo ideal” de profissional que constitui o pensamento hegemônico da corporação odontológica, ou seja, mercantilista, elitista, odontocêntrica, autônoma, criando nas sociedades capitalistas uma “courageira”, muito difícil de romper.

Torna-se evidente a restrição da formação pautada apenas nas ciências odontológicas, quando o que se espera é ter um profissional capaz de desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, de se comunicar com outros profissionais da saúde e com o público em geral, ter o domínio das tecnologias de informação e comunicação, liderar uma equipe multiprofissional e educar-se permanentemente. Há o destaque, ao definir competências e habilidades, do respeito aos princípios éticos inerentes ao exercício da profissão, de atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, de exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, de reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais, de trabalhar em equipes interdisciplinares e de atuar como agente de promoção de saúde. Como também ao analisarmos a estrutura proposta para o curso de odontologia, aparecem novamente aspectos interdisciplinares tais como: dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras a serem desenvolvidas nas áreas de formação geral, profissional e da cidadania, bem como a integração curricular e utilização de metodologias de ensino-aprendizagem focadas na participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas, abrem claramente as portas, como afirmou Masetto (2006), para um currículo interdisciplinar.

2 CENÁRIOS DIVERSIFICADOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DO SUS: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS-PRÁTICAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE

Na odontologia, a formação profissional marcadamente enfatiza o aprimoramento técnico como caminho mais seguro para a boa prática da profissão, não abrindo muitos espaços para questionamentos acerca da realidade que os cerca e sua aplicação sobre a vida e o corpo do outro. Para Barros e Oliveira (2004), a formação dos trabalhadores, seu “treinamento”, é muitas vezes entendida como transmissão de um conjunto de conhecimentos do “espaço do verdadeiro”, numa racionalidade que traria os trabalhadores o mais próximo possível dessa verdade, fazendo com que, a partir de então, instrumentalizados, possam cumprir seu papel de forma eficaz.

Nesse sentido, o discurso competente, como discurso normalizado, exige a interiorização dos seus princípios, pois não interiorizá-los é ser considerado incompetente, como afirmou Barros (1997).

Seguindo este raciocínio, encontramos na interdisciplinaridade uma das possibilidades para garantia de uma mudança efetiva na formação para um atendimento integral e competente. Porém, nem sempre pode ser considerado um termo/conceito amplamente utilizado ou discutido nos cenários de graduação no país. A formação acadêmica de provavelmente todos que lerem este trabalho marcou-se pela dimensão disciplinar, onde o curso foi construído sobre disciplinas justapostas verticalmente ou horizontalmente, foi avaliado por disciplinas, especializou-se a partir de determinadas disciplinas, fez mestrado ou doutorado com créditos eletivos ou obrigatórios em disciplinas, suas pesquisas, feitas ou lidas, foram sobre assuntos relacionados a alguma disciplina, portanto há um consenso, como afirmou Masetto (2006), em torno do disciplinar como forma clássica produtora de uma cultura, como método de investigação, como reconhecimento de limites de uma área de conhecimento. Ainda conforme o autor, hoje o conhecimento está sendo analisado sob dois aspectos: o primeiro diz respeito à ampliação e diversificação dos ambientes e espaços de sua produção e variedade de formas de sua socialização incluindo velocidade, imediatismo e tempo real em sua socialização. O segundo, ao mesmo

tempo em que destaca a necessidade da especialização e continuação das pesquisas científicas em áreas específicas do conhecimento, exige uma atitude e uma postura de aproximação de áreas de conhecimento: demonstra que os conhecimentos específicos e enclausurados nas suas especialidades já não são suficientes para compreender, analisar e encaminhar muitos fenômenos atuais que afetam a humanidade.

O tipo de conhecimento cada vez mais exigido atualmente é aquele que transpõe limites abrindo-se para outras áreas e formas de maneira integrada, dialogada e conectada com a dinâmica do mundo a fim de melhor compreender o que acontece com a humanidade e seus fenômenos com múltipla causalidade. Sob este cenário residem as discussões sobre a interdisciplinaridade, porém de que conceito estamos falando e seja qual for a escolha, há razoável consenso sobre o mesmo?

2.1 Interdisciplinaridade como conceito para práticas de ensino em odontologia

Sobre esta discussão da presença da interdisciplinaridade nos processos de formação, Cardoso et al. (2007) aponta que no Brasil, a escassez de estudos que retratem as perspectivas interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde, e mesmo a aplicabilidade dessas premissas na carreira profissional inviabilizam um aprofundamento sobre as questões das “Disciplinaridades”⁴. A vivência e experiência do discente durante a graduação refletem como será formado o futuro profissional, aliando teoria e técnica dentro da sociedade e conduzindo modos de fazer e agir perante o ideário construído ao longo de sua vida.

O termo “interdisciplinaridade” tem despertado uma enorme polissemia nas discussões que abordam as ciências da saúde. Jupiassú (1976), levanta a possibilidade de esse neologismo tomar sentidos amplos e diversificados, com conseqüentes entendimentos e usos. Saupe et al. (2005), defende a categorização um pouco mais pragmática no âmbito de práticas que envolvam os diferentes profissionais da área da

⁴ Este termo utilizado pelo autor parece buscar enfatizar a necessidade de diferenciação de conceitos que tenham este vocábulo em comum, como por exemplo: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

saúde e suas conseqüências para o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS); portanto chamando de interdisciplinaridade a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde.

O debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade emerge no bojo da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento. Para alguns autores, extrapola a mera agregação dos seus campos de origem, visando à associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo segundo Motta e Aguiar (2007).

Para Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade é ao mesmo tempo uma questão de saber e poder, que implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo.

Na visão de Brinhosa (1998), interdisciplinaridade é conceituada como a possibilidade de interpenetração de conteúdo/forma entre as disciplinas e o conhecimento universalmente produzido. Na verdade, a interdisciplinaridade traz a interpenetração das áreas, permitindo um diálogo entre “os saberes” para entendimento do problema, tomada de decisões e execução das propostas inerentes aos campos envolvidos. O tema pode ser estudado por várias áreas do conhecimento que integram diversos conteúdos, a partir da centralização do todo. Esta categorização do termo, reforça a necessidade premente do combate aos currículos fragmentados, bastante questionados por Bottan (2001), quando referiu-se à visão de currículo fragmentado associada a uma série de frascos hermeticamente fechados.

A interdisciplinaridade não é uma perspectiva inteiramente nova diante da construção do conhecimento. Contudo, a partir do século XIX, com o avanço da ciência como expressão máxima da racionalidade humana, há também um processo crescente de disciplinarização e conseqüentemente um grande recuo desta proposta interdisciplinar, conforme Deslandes (1994). Este movimento de disciplinarização foi explicado por Minayo (1993), através da afirmação que o positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Em decorrência disso, surgiu uma excessiva especialização que resultou numa fragmentação do saber.

Rosenfeld apud Perini et al. (2001) caracteriza interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. “Este respeito às bases” é onde geralmente residem as zonas de conflito, pois a tênue linha que delimita tais fronteiras paira sobre as atribuições comuns ou inespecíficas. No intuito de reduzir tais tensionamentos, é preciso desenvolver uma linguagem mais permeável, assim como afirmou Artmann (2001), citando Habermas que por mais especializada que seja a linguagem das ciências é necessária a utilização da moldura da linguagem comum para que sejam divulgadas e compreendidas. Portanto, mesmo os cientistas ou a comunidade científica estão referidos ao mundo da vida que fornece “pano de fundo” de toda a compreensão articulada lingüisticamente, inclusive a compreensão da própria ciência. É aqui que reside a possibilidade de construção de um projeto interdisciplinar.

Gusdorf (1976), um humanista e defensor da interdisciplinaridade, coloca que antes da ciência moderna, a sociedade encontrava no conjunto de seus mitos e cosmogonias os elementos de uma inteligibilidade universal. A produção do conhecimento e as formas de explicação e intervenção no real tinham uma significação humana. A ciência moderna, com a disciplinarização, fragmenta a percepção do humano e, distanciando-se dele, reduz a existência humana a um estatuto de perfeita objetividade. Assim, a ciência moderna, ao recortar o mundo das vivências (natureza) e o do vivido (humano) em inúmeros objetos, sob administração das diversas disciplinas, produz um conhecimento esquizofrênico. Ainda para o autor, todas as ciências são as ciências do humano, portanto, a ciência que dissocia e desintegra seu objeto pode ser considerada alienada e alienante.

Conforme Costa Neto (2000), é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

Por outro lado, apesar das enormes potencialidades, devemos ter cautela no sem número de “esperanças” depositadas na interdisciplinaridade como garantidora de revolução sobre as práticas de ensino historicamente hegemônicas. Pois como afirmou

Minayo (1994), fica claro que a interdisciplinaridade pode significar uma panacéia epistemológica para curar os males da ciência moderna, ou pode ser abordada a partir de um ceticismo radical, ou ainda pode ser vista como uma fatalidade própria do avanço técnico e científico.

Muitos autores discutem as derivações da disciplinaridade, dentre tantos, Almeida Filho (1997) aprofunda-se sobre estas vertentes (multi, pluri, meta e transdisciplinaridade) baseando-se em outras produções. Argumenta que Multidisciplinaridade seria entendida como o conjunto de disciplinas em que os profissionais envolvidos não estabelecem níveis de relação técnica ou científica, e não há cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares que se encontram em um único nível. Pluridisciplinaridade seria entendida como diferentes disciplinas que congregam um mesmo tema (único nível), desenvolvendo relações técnico-científicas entre si. Metadisciplinaridade compreende as disciplinas que se relacionam através de uma metadisciplina situada em um nível mais superior, não se impõe como coordenadora, como integrando os campos disciplinares. Interdisciplinaridade - assegura a interação das disciplinas que comporão dois níveis e no nível superior estará a disciplina integradora e coordenadora. Transdisciplinaridade - promove a integração das disciplinas de um campo particular, no qual as mesmas trabalham de forma em relação de poder (horizontal).

A interdisciplinaridade, para Masetto (2006), coloca as disciplinas em diálogo entre si de modo que permita uma nova visão de realidade e dos fenômenos. [...] é como se olhássemos uma imagem através de todas as lentes coloridas superpostas no mesmo instante, oferecendo-nos uma imagem do objeto com cor diferente de cada lente separadamente. Trata-se de um conhecimento que só existe porque as duas ou mais áreas se encontram e enquanto se encontram. Não existia previamente em qualquer das áreas. Começou a existir após esta integração.

Porém, o que é necessário para a garantia da interdisciplinaridade numa área tão complexa como a saúde? Tal complexidade tão bem sintetizada por Minayo (1991), defendendo que nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e

culturais de indivíduos e grupos. Nunes (1995), ao resgatar as origens gregas da palavra saúde como inteiro, intacto, integridade, afirma que esta não permite a fragmentação em saúde física, mental e social, devendo partir de uma visão holística que supõe compreendê-la na interface de uma grande diversidade de disciplinas, o que se torna ainda mais complexo quando se passa para a esfera da saúde coletiva.

A interdisciplinaridade tem sido apresentada como premissa para a reforma curricular, pelo Ministério da Educação, como forma de qualificar a formação em saúde. Este conceito vem sendo amplamente discutido no cenário da Saúde Coletiva por diversos autores nos últimos anos, porém com menor constância quando sobre o ensino em saúde. Além da diversidade autoral, existem as múltiplas categorizações conceituais deste termo. Afim de situar a pesquisa em um referencial teórico específico, utilizarei as referências teórico-empíricas dos livros da Série EnsinaSUS⁵ produzidos pelo LAPPIS⁶ no ano de 2006, sendo os exemplares de títulos: 1) Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde; e 2) Ensino-Trabalho-Cidadania: Novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.

Nestes livros, há a predominância do tratamento do conceito de interdisciplinaridade no ensino em saúde em que o estreito diálogo em torno dos problemas oriundos da realidade de saúde, implique em que os saberes disciplinares auxiliem na compreensão complexa da realidade, estabelecendo entre si conexões e mediações. O que para Macedo et al. (2006), representa uma superação das práticas tradicionalmente adotadas na formação em saúde que isolam estudantes e docentes dos diversos cursos da área, acabando por estabelecer fronteiras muito demarcadas entre os processos de formação, dificultando processos de trabalho mais solidários. Essa busca de visão fragmentada de homem e de saúde, articuladora de campos de conhecimento diversos, vem acompanhada de significativa inserção e interlocução com a rede básica de serviços e/ou com as populações locais, materializando-se em várias experiências, novas relações dos estudantes com os serviços.

⁵ ENSINASUS - linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), visando identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da integralidade.

⁶ LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde – IMS/UERJ - Programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. e-mail: lappis.sus@ims.uerj.br

Seguindo este referencial teórico, seguirei numa perspectiva analítica da produção teórica sobre as experiências de ensino e aprendizagem no curso de odontologia, enfatizando a interdisciplinaridade como elemento teórico catalisador de práticas de formação nessa graduação, onde sua conceituação precisa torna-se menos importante do que seu uso. Para tanto, antes de aprofundar o debate nesta direção, cabe um resgate sobre os caminhos trilhados pelo ensino em odontologia no Brasil.

2.2 A integralidade como dispositivo ético-político na diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na odontologia

A Lei de Diretrizes e Bases do Curso de Odontologia (LDB) deixa claro que a formação dos cirurgiões-dentistas deve considerar o sistema vigente no País, a atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, e o trabalho em equipe. Estas orientações apontam elementos que podem servir como alavancas dos processos de mudança no ensino da odontologia, mas, em geral, ainda predomina a formação tradicionalmente fragmentada e excessivamente especializada, que resulta na formação de profissionais mais comprometidos com as ferramentas tecnológicas do que com os sujeitos que necessitam de seus cuidados.

Nos últimos anos, muitas e importantes mudanças vêm ocorrendo no cenário do ensino da graduação em saúde, assim como na formação odontológica. Estas inovações, porém, caminham em velocidade bastante aquém da necessária para produzir transformações capazes de mudar o paradigma que orienta o ensino odontológico e redirecionar as práticas profissionais em saúde.

Conforme já visto anteriormente, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Odontologia, espera-se uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, que capacite o profissional a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico-científico, e dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade, conforme encontrado em CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO... (2002). Uma análise rápida e pouco crítica, facilmente perceberá, nos modelos tradicionais de ensino odontológico, práticas que

não só deixariam de desenvolver tais habilidades, como algumas caminhariam na direção contrária. As clínicas integradas, por exemplo, sendo disciplinas que teoricamente proporcionariam ao aluno a visão completa do paciente, é toda realizada dentro das clínicas odontológicas, sem a participação ou conhecimento de outras categorias que não as odontológicas.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), o perfil de formação dos profissionais de saúde, sua capacidade de trabalho em equipe e de oferecer atenção integral, como também as diretrizes constitucionais do SUS, devem ser tomadas como determinantes na formulação de uma transformação da política do SUS para a formação, uma vez que essas são exigências claras “das lutas nacionais por saúde, consolidadas nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no bojo da Reforma Sanitária brasileira, sendo uma exigência do direito à saúde”.

Macêdo et al. (2006), na discussão sobre a formação dos profissionais da saúde, afirmam que há um movimento em busca de transformações, tanto na organização dos cursos como das práticas pedagógicas em diferentes estágios de formulação, acumulação e implementação, nas diversas carreiras, regiões e contextos onde ocorrem os processos de formação. Esse movimento tem gerado um conjunto diversificado de experiências, em curso ou sob análise. Ainda para os autores, é na busca da apreensão do potencial desse movimento que se colocou a pesquisa empreendida pela linha de atuação do diretório de pesquisas do CNPq – LAPPIS, sobre a prática da integralidade em saúde e relativa ao ensino da integralidade em saúde na educação superior, denominada EnsinaSus (já anteriormente citada). Esta ganhou notoriedade ao integrar participação à política do AprenderSus (também já mencionado), a produção do conhecimento aliada ao movimento de mudanças que se fez como política do SUS para o encontro com a educação superior, tal como pactuado pelas instâncias de controle social em saúde na 12^a. Conferência Nacional de Saúde.

Um dos eixos de análise construídos na proposta metodológica da pesquisa diz respeito aos cenários de aprendizagem, que será utilizado como referencial teórico nesta pesquisa no tangente ao debate das novas formas de interação ensino-serviço como ferramenta para a formação de profissionais de odontologia no âmbito do SUS, e portanto coerentes com seus princípios e diretrizes.

Ainda conforme Macêdo et al. (2006), a opção por investigar os cenários de aprendizagem se justifica por sua importância como locus da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação, no processo de ensino-aprendizagem, da integralidade em saúde, principalmente no tocante às práticas cuidadoras.

Aos analisarmos estes cenários, historicamente os estágios nos campos de prática, em seu caráter obrigatório nos currículos, principalmente em odontologia, não necessariamente se constituam em cenários de aprendizagem pautados pela prática da integralidade e na interdisciplinaridade na formação, uma vez que usualmente há privilégio para as ações de treinamento em habilidades e familiarização com rotinas e procedimentos. Esta definição de campo de práticas carece um olhar crítico sobre seu desenvolvimento nos últimos anos, quando o assunto é sua adequação à nova organização do SUS.

Como já discutido em capítulos anteriores, o local de predominância dos campos de estágio, tanto na odontologia como na enfermagem e na medicina, tem sido o hospital, o que por sua característica organizacional e perfil de atendimento pode induzir a uma especialização precoce e noções distorcidas ou “pobres” sobre a rede de serviços. Caminhando assim para uma direção fragmentada do cuidado e não da integralidade. Para evitar tais direcionamentos já comprovadamente inadequados para a formação de profissionais mais adequados ao que se preconiza nas diretrizes do SUS, se faz necessária uma articulação do ensino com o serviço, e leia-se aí não somente os estudantes como também o corpo docente.

Retomando então Paulo Freire, influenciador das minhas inquietações quanto às formas de ensino pelas quais passei e sobre as quais tenho acompanhado, em Freire (1996), afirma que cenários de aprendizagem são espaços para conhecer na ação concreta no mundo lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS.

A partir dessa posição que esta pesquisa utilizará o referencial teórico da pesquisa *EnsinaSus*, sobre a utilização da noção de cenários de aprendizagem, como espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino,

transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde.

Conforme afirmaram Saippa-Oliveira e Koifman (2005), a noção de cenários de aprendizagem pressupõe a incorporação de novas e diversificadas inserções na rede de cuidados, ampliação da atuação em terreno e redimensionamento das práticas em saúde, constitutivas de novos olhares e de vivências que possam contemplar práticas transversais de atenção à saúde.

Ao contrário das práticas fechadas no hospital, o mundo “recortado” da realidade em ato de viver cotidiano, para Macêdo et al. (2006), a noção de cenários de aprendizagem implica espaços abertos, concretos, de incorporação/produção do cuidado em saúde, produzidos por trabalhadores concretos inseridos na sociedade, e todas as oportunidades de aprender sobre pessoas, culturas, serviços, redes, estratégias e políticas. Para Rezende (1986), aprender atuando na rede de serviços de saúde permite, que o estudante se aproprie da realidade e exercite seu potencial criativo de articulação entre saberes e práticas, aliando o pensar-fazer-sentir.

Naturalmente, a escolha dos cenários de aprendizagem é orientada pela configuração assumida pelos cursos de formação. Nesta pesquisa, serão buscados os cenários que se apresentem como fundamentados nas diretrizes ético-políticas do SUS, pois a escolha desses cenários reflete a pretensão dos cursos em desenvolver os conhecimentos e as práticas coerentes com os princípios profissionais estabelecidos nas DCN, a organização dos mesmos em disciplinas, módulos ou áreas e também as estratégias de articulação dos mundos do trabalho e ensino.

Ceccim e Feuerwerker (2004), apresentam essa questão como “problematização do processo de trabalho e de sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações”. Nesse sentido, como encontrado em Silva Junior et al. (2003, 2005) e Pinheiro (2004), os chamados “campos de estágio”, pensados como cenários de aprendizagem, precisam gerar a possibilidade de confronto entre diferentes modos de cuidar e organizar a atenção, não se tratando de buscar cenários ou modelos ideais, mas as melhores oportunidades de problematização da atenção à saúde, em que o estudante tenha a oportunidade de se articular com outros profissionais, exercitar a negociação e interlocução com os outros atores do processo de assistir em saúde (indivíduos e

coletividades), implicar-se com espaços do cotidiano como exercício micropolítico do encontro com o outro e detecção das tarefas políticas de gestores, profissionais e usuários, quando há porosidade no diálogo que cria possibilidades e inventa novas formas de fazer e cuidar.

É partindo dessa valorização do cotidiano como principal elemento de experimentação e aproximação da realidade como ferramenta didático-pedagógica de construção de currículos pautados em novos conhecimentos que Pinheiro; Mattos (2003) afirmam que não obstante, o cotidiano se configura como locus privilegiado de construção da integralidade em saúde, seja na produção de saberes, seja na produção de práticas voltadas para a afirmação da vida.

Esta premissa foi uma das principais motivações para esta pesquisa, pois quais seriam, nos últimos anos, as inovações no processo de ensino-aprendizagem dos cursos de odontologia capazes de garantir a formação de profissionais pautados pela integralidade em saúde, apontada como caminho desejável para aqueles que desejam, precisam ou já trabalham no SUS e capazes, de no seu percurso formativo, garantir a interdisciplinaridade?

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Objetivos

Geral

- Analisar as mudanças na produção teórica sobre práticas de ensino na formação em odontologia, no que concerne a interdisciplinaridade e integralidade no contexto do SUS.

Específicos

- Identificar as principais mudanças na formação em saúde relacionadas ao ensino da odontologia no contexto do SUS.
- Mapear os conhecimentos utilizados na discussão teórico-prática, na área da saúde coletiva, no que diz respeito aos cenários diversificados no ensino-aprendizagem na odontologia.
- Contribuir para estudos sobre a construção de cursos de odontologia amistosos aos princípios do SUS e à prática da saúde coletiva.

3.2 Metodologia

A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, sendo a abordagem teórico-descritiva de caráter exploratório. Segundo Bacha (1998), esta metodologia tem a

intenção de dar uma maior atenção à existência e significado da informação. Tal método também pode ser entendido como aquele que visa “[...] interpretar tanto as interpretações e práticas quanto às interpretações das práticas [...]” segundo Deslandes e Assis (2002, p. 197).

Para Vasconcelos (2002), a pesquisa exploratória caracteriza-se por ser temática, com foco mais amplo e aberto para a investigação de fenômenos e processos pouco conhecidos ou possíveis de várias perspectivas de interpretação. O autor refere ainda que uma possibilidade para pesquisas exploratórias está em estudos de realidades sociais e organizacionais específicas, pouco conhecidas (em empresas, instituições, etc.).

Para Gil (2002), a pesquisa exploratória objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema exposto, com vistas a torná-lo mais explícito”. Neste sentido, o levantamento e a discussão da produção bibliográfica tornam-se fundamentais para qualquer tipo de pesquisa, permitindo articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área do conhecimento.

Para Ferreira (2002), estes tipos de pesquisa parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas. [...] Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar [...].

Os procedimentos de abordagem que foram seguidos na realização desta pesquisa visaram produzir informações e conhecimentos sobre as transformações nas práticas de ensino acadêmico do cirurgião-dentista em tempos de SUS e de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia (MEC).

O material de análise consistiu de artigos, periódicos, monografias, dissertações, e teses, selecionados nas redes mundiais de pesquisas científicas: *scielo* e *bvs*, considere as produções devidamente indexadas e/ou publicadas em revistas de reconhecimento científico comprovado. Para as seleção de teses utilizou-se como fonte de dados o banco de teses e dissertações da CAPES. Para seleção de periódicos e artigos utilizamos a classificação Qualis A e B da odontologia e saúde coletiva. Os

descritores utilizados para artigos e periódicos serão: APRENDIZAGEM, CENARIO, DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM, ENSINO, ENSINO EM SAÚDE, FORMAÇÃO, FORMAÇÃO EM SAÚDE, INTERDISCIPLINAR, INTERDISCIPLINARIDADE, INTERDISCIPLINARIEDADE, ODONTOLOGIA e PRÁTICA. Para as teses serão feitas buscas com os descritores: ODONTOLOGIA, FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA e ENSINO EM ODONTOLOGIA.

A partir de um recorte temporal e político, mais precisamente de 2005-2009, foram examinadas as produções teóricas no ensino superior em odontologia em publicações específicas (artigos/periódicos - 214, teses - 27 e livros - 7) a fim de compreender o entendimento que as instituições responsáveis pela formação nesta categoria possuíam sobre a importância da interdisciplinaridade, integralidade e cenários diversificados no ensino e conseqüentemente, analisar as transformações nas práticas de ensino-aprendizagem dos cursos de graduação em odontologia. Este recorte, além de buscar o que há de mais recente sendo produzido na área, compreende justamente o período pós-Política de Educação Permanente em Saúde proposta pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestora Tripartite em 18 de setembro de 2003.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Como esta política privilegiava a constituição de colegiados descentralizados, acredito que considerar o ano de 2005 como possível época de significativas interferências no serviço e no ensino resultantes deste processo seja razoável, determinando-o assim como o ano de início do período pesquisado.

A busca por artigos e periódicos, se deu através das redes mundiais de pesquisas científicas: *scielo* e *bvs* e como fontes alternativas, utilizou os sites especializados em buscas pela Internet: *google* e *yahoo*, porém somente foram levados em consideração as produções devidamente indexadas e/ou publicadas em revistas de reconhecimento científico comprovado. Há também a complementação da pesquisa bibliográfica em livros da área.

Nas redes *scielo* e *bvs*, os descritores acima mencionados foram pesquisados individualmente no campo “assunto”, obtendo um total de 2588 ocorrências, com a distribuição por descritor apresentada no quadro 1 e no gráfico 1. O maior número de ocorrências foi obtido através do descritor “ENSINO” com 994, seguido por “FORMAÇÃO” com 634, “APRENDIZAGEM” com 434, “PRÁTICAS” com 242, “ODONTOLOGIA” com 120, “INTERDISCIPLINARIDADE” com 84, “INTERDISCIPLINAR” com 35, “INTEGRALIDADE” com 30, “INTERDISCIPLINARIEDADE” com 4, “CENÁRIO”, “ENSINO EM SAÚDE”, “FORMAÇÃO EM SAÚDE” e “INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO”, com 2 e “DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM”, “INTEGRALIDADE EM SAÚDE” e “INTEGRALIDADE NO CUIDADO” com uma única ocorrência cada.

DESCRITORES	Nº DE OCORRÊNCIAS
ENSINO	994
FORMAÇÃO	634
APRENDIZAGEM	434
PRÁTICAS	242
ODONTOLOGIA	120
INTERDISCIPLINARIDADE	84
INTERDISCIPLINAR	35
INTEGRALIDADE	30
INTERDISCIPLINARIEDADE	4
CENÁRIO	2
ENSINO EM SAÚDE	2
FORMAÇÃO EM SAÚDE	2
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO	2
DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM	1
INTEGRALIDADE EM SAÚDE	1
INTEGRALIDADE NO CUIDADO	1
TOTAL	2588

Quadro 1 – Total de ocorrências de artigos e periódicos

Fonte: redes *scielo* e *bvs* (2004 -2009)

Deste montante de ocorrências, foram utilizados filtros a fim de selecionar somente aqueles artigos e periódicos que estivessem de acordo com a metodologia proposta, como o ano base e a pertinência com o tema proposto para análise. Sobre os descritores com ocorrências acima de 35, foram feitos entrecruzamentos na busca, utilizando o a inclusão de um novo descritor com a seleção “and”. Para todos, exceto o próprio descritor, o adicionado foi o descritor “ODONTOLOGIA”. Após este filtro, reduziu-se o montante de ocorrências para 214. Destes, todos foram acessados e através de leitura dos resumos e palavras-chave, foi feito um recorte sobre a pertinência com o tema deste trabalho. Seguindo esta metodologia, o universo de pesquisa abarcou um total de 60 artigos e/ou periódicos.

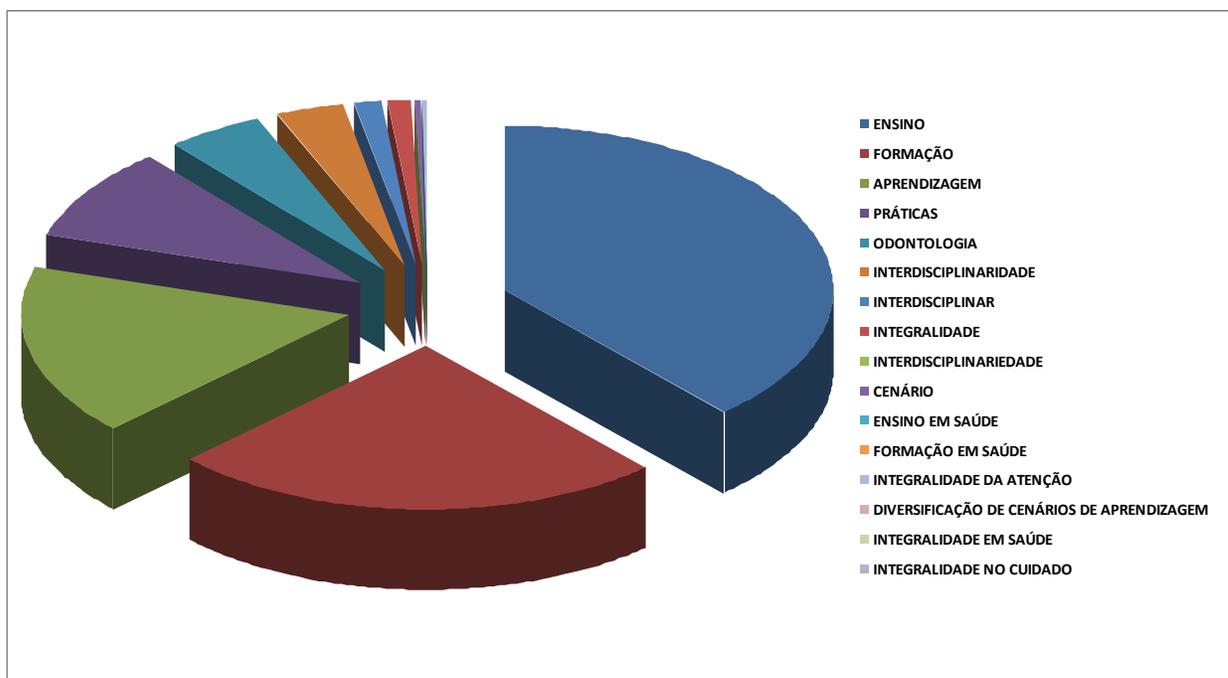


Gráfico 1 – Proporção das ocorrências de artigos e periódicos

Fonte: redes scielo e bvs (2004-2009)

Em relação à busca por teses e dissertações no “portal de teses” da CAPES, a busca foi realizada pelos descritores mencionados anteriormente no campo “assunto”, com o subitem assinalado em “todas as palavras”, e tendo como “ano base para a pesquisa” os anos de 2005 a 2008 (2009 ainda não disponível na época da pesquisa) obtendo um total de 178 ocorrências. O descritor “ENSINO EM ODONTOLOGIA”

registrou 138 ocorrências e o descritor “FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA” registrou 40 ocorrências, demonstrados no quadro 2 e no gráfico 2.

DESCRITORES	Nº DE OCORRÊNCIAS
ENSINO EM ODONTOLOGIA	138
FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA	40
TOTAL	178

Quadro 2 - Total de ocorrências de teses e dissertações

Fonte: portal de teses – CAPES (2004-2008)

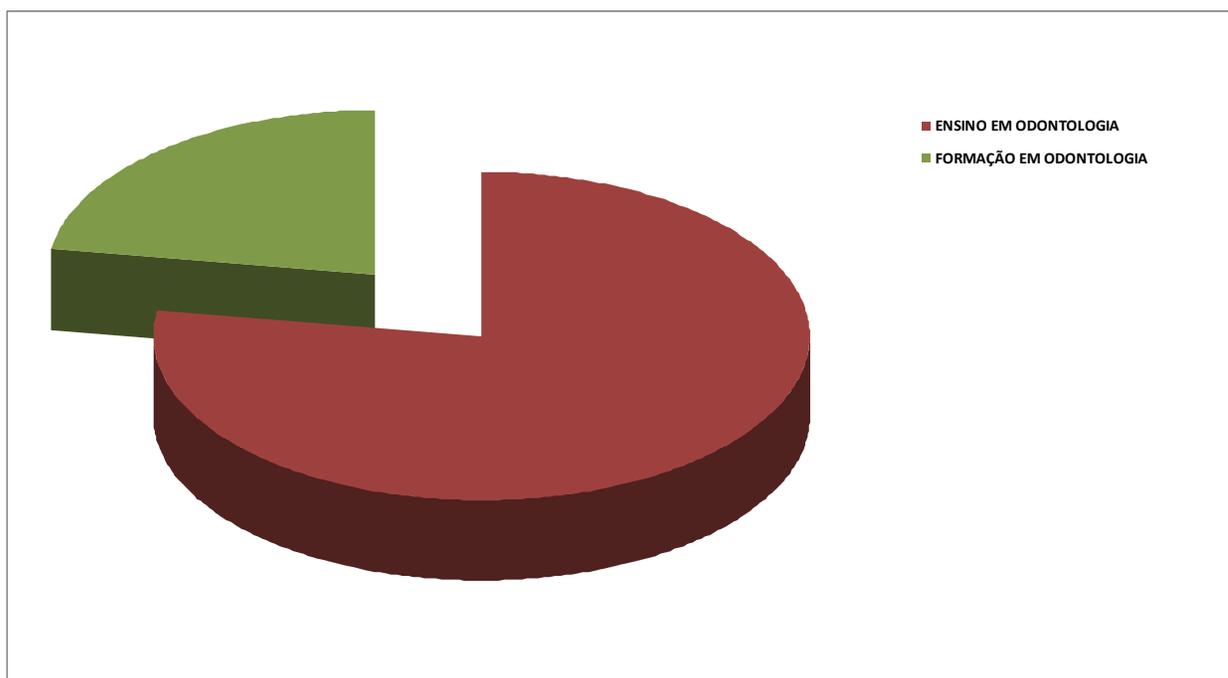


Gráfico 2 - Proporção das ocorrências de teses e dissertações

Fonte: portal de teses – CAPES (2004-2008)

Deste montante de ocorrências, também foram utilizados filtros a fim de selecionar somente aquelas teses e dissertações que estivessem de acordo com a metodologia proposta, como o ano base e a pertinência com o tema proposto para análise. Após este filtro, reduziu-se o montante de ocorrências para 27. Destas, todas foram acessadas e através de leitura dos resumos e palavras-chave, foi feito um recorte sobre a pertinência com o tema deste trabalho. Seguindo esta metodologia, o universo

de pesquisa abarcou um total de 14 teses e/ou dissertações. Vale ressaltar que deste universo de trabalhos selecionados, apenas 9 (APÊNDICE B) trazem análises empíricas/experiências concretas sobre cursos de odontologia, sendo os demais ensaios e discussões teóricas.

Com auxílio da análise de conteúdos podemos definir as categorias analíticas para construção de um mapa de núcleos de conhecimento que apontem para os nexos constitutivos e constituintes dos conteúdos e cenários de ensino-aprendizagem do curso de odontologia na direção do cuidado integral e formação interdisciplinar. Para realizar essa tarefa acadêmica nos apoiaremos na matriz analítica desenvolvida na pesquisa.

4 “A PRÁTICA POR ENTRE OS DENTES”: RELEITURAS ACADÊMICAS ACERCA DAS RELAÇÕES ENTRE PRÁTICAS DE ENSINO E ENSINO NA PRÁTICA EM ODONTOLOGIA, SEGUNDO AS DIMENSÕES MACRO, MICRO E MOLECULAR NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

O que se seguirá é uma síntese sistematizada em uma matriz analítica identificando três dimensões nucleadoras de categorias que visam delimitar as diferentes visões e opiniões encontradas na pesquisa. Esta matriz baseia-se no Projeto EnsinaSus: práticas e processos na formação e no cuidado. As três dimensões utilizadas para sistematização são: Dimensão Macro – Contexto político-institucional local e nacional; Dimensão Micro – Questões da formação interdisciplinar para o cuidado integral; e Dimensão Molecular – Como os professores/alunos/usuários refletem/reproduzem/vivenciam/criam suas práticas. Vale ressaltar que o espectro de publicações aqui selecionadas e organizadas representa uma parte restrita, quantitativamente analisando, do montante de trabalhos pesquisados. Esta seleção se deu ao respeitar os critérios metodológicos propostos com o cruzamento dos objetivos deste trabalho. Portanto, sob o olhar crítico qualitativo deste trabalho, apenas aquelas publicações que efetivamente citam contribuições para a formação em odontologia no contexto do SUS e sob a luz da integralidade e interdisciplinaridade, foram organizadas nas dimensões que se seguirão.

- **Dimensão macro – contexto político-institucional local e nacional**

Nesta dimensão buscou-se identificar as contribuições que as transformações no ensino em odontologia tentam gerar ou já estejam gerando para a construção de um sistema de saúde e a organização de serviços mais justos, equânimes, democráticos e acolhedores das necessidades de saúde da população.

Inúmeros foram os trabalhos que apresentaram senão uma aproximação já em andamento, ao menos o apontamento das instituições de ensino no sentido de romper com o modelo biomédico, disciplinar e altamente tecnicista. Pôde-se inclusive constatar que discussões sobre o ensino da odontologia e sua inserção/alinhamento com o

sistema de saúde nacional vigente remontam, segundo Casotti (2009), de meados da década de 1950 com a criação da ABENO ao final da década de 1960 com o projeto piloto de Ensino Integrado em Diamantina e a aproximação destes movimentos com o ideário da OPAS que recolocaram a questão da saúde fora dos limites do modelo higienista, predominante até então, e passaram a tratá-la como uma questão estratégica no processo de desenvolvimento dos países latino-americanos. Daí o novo papel assumido pela OPAS na formação de profissionais de saúde e sua orientação para as questões de saúde pública.

Aproximação também defendida por Secco e Pereira (2005), que afirmam que a necessidade de pensar uma concepção de educação transformadora coloca novas exigências em termos da formação docente. É preciso perceber que a formação odontológica tem se revelado insuficiente e inadequada para expandir a saúde bucal à maioria da população, com pequeno impacto social em programas públicos e coletivos. 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.

Matos (2005), em sua tese de doutorado sobre as expectativas dos graduandos em odontologia, também analisa que as aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras tentam apresentar mudanças apesar do legado de mais de um século no qual o ensino e a prática odontológica inspiraram-se no modelo biomédico, cuja mentalidade hegemônica deposita maior prestígio e valorização social no ato técnico, em detrimento do ato intelectual.

Sobre os critérios político-pedagógicos que orientam os conteúdos na formação em saúde para o SUS, Sanchez et al. (2008), em seu artigo sobre “adequação de recursos humanos ao PSF”, ponderam que observou-se também o peso que os processos relacionados à técnica possuem para os acadêmicos. Para um programa que tem por objetivo ser contra hegemônico, a utilização de mão-de-obra que privilegia a técnica pode representar um problema e esse achado pode ser valioso para instituições de ensino superior que objetivam formar profissionais que se proponham a enfrentar os desafios para os quais o SUS foi criado.

Também em referência aos critérios político-pedagógicos que orientam os conteúdos na formação em saúde para o SUS, Moretti-Pires (2009), critica em seu artigo sobre “formação do futuro profissional de saúde”, a formação reducionista para um trabalho assumidamente complexo. As deficiências evidenciadas não se referem apenas ao debate histórico das pedagogias do “aprender fazendo” que poderia ser pensado em termos da formação do profissional de saúde propriamente dita. Antes, apontam para contextos da própria essência do processo de trabalho em Saúde da Família. Em sentido amplo, também tratam da delicada questão política própria da universidade pública brasileira: formar profissionais no âmbito de uma instituição pública com enfoque diferente da necessidade do serviço público e da coletividade.

Ainda sobre as mudanças pedagógicas necessárias para as instituições de ensino, Araújo (2006), em seu artigo sobre “a educação superior em odontologia”, ressalta que é necessário tratar, especificamente, da questão da mudança do conteúdo e das práticas. Estas não são decorrência automática de qualquer mudança metodológica, mas demandam uma transformação na cultura pedagógica da instituição, com um processo de capacitação em educação para docentes que, historicamente, eram “bons mestres” por serem “bons técnicos”.

A mesma autora critica o tipo de formação atual voltada para o SUS, onde no mesmo artigo, ressalta que quando se propõe uma formação para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), e outra, mais competente, para as clínicas especializadas ou científicas, a fim de capacitar profissionais diferentes daqueles que irão atuar na saúde da coletividade, configura-se um grande passo a caminho do abismo da exclusão social. Mais abrangente do que abordar os referenciais da saúde coletiva, é aprofundar os princípios sobre o tipo de saúde que estamos oferecendo para a coletividade. A autora não só critica como propõe que a educação superior deve assumir a formação de competências para atuar nesse novo contexto, preparando o profissional para a construção do seu conhecimento, conduzindo, de maneira contínua, em direção a uma formação integral.

Secco e Pereira (2005), em seu artigo sobre “formadores em odontologia”, versam sobre as políticas de formação em saúde bucal afirmando que existe uma distância entre o ensino de odontologia e a perspectiva de universalização da saúde bucal em relação às demandas da realidade brasileira. Romper essa distância exige

políticas de formação do profissional que valorizem a presença do atendimento público e coletivo – fato que gera novos desafios à dimensão epistemológica do curso (prioridades de campos de saberes) e, também, à dimensão pedagógica (definição de estratégias de ensino-aprendizagem que poderão orientar um modo de ser e de agir enquanto profissional). O desafio a ser enfrentado parece passar pela superação da dicotomia entre “formação geral *versus* formação específica”, mediante uma nova racionalidade capaz de incorporar a diversidade, as contradições e as tensões que constroem o cotidiano nas instituições de ensino superior.

Alguns artigos e teses apresentaram debates sobre políticas governamentais e institucionais, demonstrando que essas tentativas têm conseguido minimizar as lacunas existentes entre o perfil atual do cirurgião-dentista e o de profissional que atenda realmente às necessidades da população, com as experiências do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o VerSus, o EnsinaSus e o AprenderSus, como vistos em Emmerich e Castiel (2009) e Casotti (2009).

Nesta dimensão constatou-se a presença, desde a década de 1950, da discussão sobre a necessidade de reformulação não somente no conteúdo como também na postura que as instituições de ensino precisam adotar frente à adequação aos preceitos do sistema público de saúde vigente e às necessidades da população brasileira. A abrangência destas mudanças também foi alvo de debates onde verificou-se a necessidade de aproximação do ensino em odontologia e a universalização da saúde bucal, como também o afastamento do reducionismo técnico no processo formativo. Destacou-se a necessidade de adequação do corpo docente às prementes alterações conceituais e de conteúdo a fim de constituir uma transformação na cultura pedagógica das instituições de ensino. Há também a preocupação com os tipos de formação diferenciados conforme o campo de atuação onde o SUS não possui o mesmo “privilégio” que a atuação privada, correndo um risco enorme de perpetuação ou minimamente um importante alargamento da exclusão social. O fortalecimento do serviço como cenário de ensino-aprendizagem é defendido como o caminho para uma formação pautada pela diversidade e complexidade humanas.

- **Dimensão micro – questões da formação interdisciplinar para o cuidado integral**

Nesta dimensão buscou-se identificar as contribuições que as transformações no ensino em odontologia possam gerar ou já estejam gerando no território entre a dimensão macro e a molecular, sendo um “lugar” de relações e interações, de flexibilidade e revezamento entre teorias e práticas, constituindo um “lugar-meio”. Identificar os elementos constituintes que transformam as relações cotidianas nos espaços onde elas acontecem, ou seja, nas instituições, as “estruturas” de produção e reprodução social, subvertendo as relações de poder em ambos os níveis que se interpenetram, [...] evidenciando questões mais prementes da formação para o cuidado, como afirmaram Pinheiro et al. (2006).

Transformações necessárias como encontrado em Lucietto (2005), em sua tese de mestrado sobre a formação em odontologia que afirma, citando Birman (1991), que a Saúde Coletiva busca a ruptura com o convencional reducionismo da problemática da saúde ao estritamente biológico, afirmando que o processo saúde-doença é mais amplo e complexo que aquele realizado pelo saber biomédico, incorporando, para tanto, conhecimentos advindos das Ciências Sociais e Humanas. Citando Paim e Filho (1998), ela fundamenta ações transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transeitoriais em diferentes organizações e instituições, por diversos agentes, dentro e fora do “setor saúde”.

Como já visto na dimensão macro, o movimento, de meados da década de 1950 com a criação da ABENO até o final da década de 1960 com o projeto piloto de Ensino Integrado em Diamantina integrados ao ideário da OPAS, segundo Casotti (2009), também pode ser considerado nesta dimensão um importante passo para a formação interdisciplinar, uma vez que com a criação no Brasil da ABENO, empreendida por Mário Chaves, vocalizou a necessidade de mudança dos nossos cursos de graduação; e possibilitou a abertura, em 1958, do Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas na Universidade de São Paulo, que sem dúvida, foram desdobramentos internos muito importantes no conjunto de iniciativas de formação de pessoal na área odontológica.

Há também constantes apontamentos sobre a necessidade de adequação da formação profissional a fim de atender o perfil esperado pelo SUS, conforme apontaram Nunes et al. (2008) como possível solução deste problema referente ao perfil do profissional, presente no sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988, no art. 200, inciso III, declara que compete à gestão do SUS “o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003, p. 40). Essa atribuição do SUS na formação de seus trabalhadores é citada também na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Lei Orgânica da Saúde de 1990, na VIII, IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde. (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002). A partir da XII Conferência Nacional, a Educação Permanente em Saúde passa a ser proposta claramente como a política de qualificação dos profissionais.

Ainda sobre a formação, Secco e Pereira (2005) afirmaram em seu artigo sobre uma análise dos cursos de odontologia de SP, que 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.

Sobre o impacto das DCN como impulsionadoras de uma reforma curricular em odontologia, Maltagliati e Goldemberg (2007), em seu artigo sobre a reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia, afirmam que à entrada do século XXI, as Diretrizes Curriculares, ao lado das propostas de ampliação de acesso, recomendam novas proposições de ensino-aprendizagem, junto à valorização da pesquisa e da responsabilidade social. Afirmando a flexibilidade da organização do currículo, as novas propostas preconizam reformulações curriculares que, em consonância com novas abordagens pedagógicas, ressaltem, para além da instrução científica, a consideração do ensino pela pesquisa. Afirmando ainda que o fim dos currículos mínimos para os cursos de graduação, em geral e para a odontologia em particular, aponta para um quadro de mudanças que envolvem posturas teórico-metodológicas de ensino-aprendizagem com reflexo sobre a organização curricular.

Também sobre novas propostas de organização curricular, Fagundes; Burnham (2005), em seu artigo concluem que a instituição de formas de “escuta” às práticas

poderá trazer subsídios para que a universidade encontre novos eixos para seus currículos, visando à formação de cidadãos socialmente responsáveis e com capacidade de reflexão sobre seu próprio trabalho. Sem esse processo de “escuta”, de reflexão, dificilmente ocorrerão mudanças significativas nos processos de formação. Discutir e praticar formas de mudanças nos currículos que não se pautem apenas pela definição e fixação a priori de diretrizes normativas, traduzidas em seqüências rígidas de atividades às quais professores e estudantes devem se submeter, é um norte a ser seguido se se quer contribuir para a instituição de uma universidade que intercambia conhecimentos, que acolhe outras visões de mundo, que se preocupa com os problemas do contexto social no qual está inserida.

Sobre a importância da diversificação de cenários de aprendizagem e seus impactos para a uma formação voltada para a integralidade, Sanchez et al. (2008) em seu artigo sobre adequação de recursos humanos ao PSF, afirmaram que o Estágio Supervisionado, ministrado sob a forma de internato rural, presente no modelo de formação [...], despertou o aluno para questões sociais que permeiam a Odontologia e o incentivou a ter uma consciência aumentada em relação aos aspectos políticos e de cidadania, que envolvem a Odontologia. Essa visão ampliada é considerada muito importante entre aqueles que pretendem trabalhar no PSF. Os autores complementam essa visão com a afirmação de que Instituições de ensino superior, na área da saúde e em especial aquelas cujos profissionais são diretamente envolvidos nas equipes do PSF, deveriam agregar em seus currículos iniciativas semelhantes ao Estágio Supervisionado, pois o mesmo parece exercer potencial transformador sobre os acadêmicos, preparando-os mais adequadamente não somente para o PSF, mais principalmente para os desafios a nível social e político que o setor saúde enfrenta em nosso país.

Outro artigo que traz a experiência do Internato Rural como possível cenário de ensino-aprendizagem mais adequado a incorporação das múltiplas dimensões da vida do usuário, porém com restrições a sua auto-suficiência, foram Santa-Rosa; Vargas; Ferreira (2007) que afirmaram sobre os estudantes da graduação que a segurança em seus próprios conceitos e a crítica contundente às percepções de saúde da população ruiu frente à constatação das precárias condições de vida dos pacientes. Após a vivência no Internato Rural, os estudantes mostraram-se mais receptivos às diferentes

possibilidades de percepção de saúde e doença, seja porque entenderam a existência do “componente individual” na determinação dessas percepções ou na necessidade da abordagem coletiva, seja porque se resignaram frente às limitações do sistema público de saúde e à cultura de aceitação e inexorabilidade da perda dentária. As experiências vivenciadas no Internato Rural despertaram os estudantes para um atendimento pautado no acolhimento ao paciente e no cuidado à saúde. No entanto, enxergar a realidade não foi suficiente para sanar lacunas deixadas na graduação, muitas menos para permitir ruptura com o modelo de ensino ao qual foram submetidos na formação acadêmica da Faculdade.

A extensão também foi considerada por diversos autores como um processo de ressignificar os cenários de ensino-aprendizagem e aproximação dos conteúdos e vivência dos estudantes com a realidade da população, como por exemplo, ponderou Araújo (2006), que nestes tempos de novas relações, deve-se ter a extensão como objetivo básico da educação superior, redefinida e ampliada como “promoção da comunidade”, necessariamente multidisciplinar, buscando a transdisciplinaridade. Isso deve ser efetuado numa ação da universidade em associação com a população, para resolver os problemas prioritários e transformar a sociedade atual em uma sociedade mais justa e solidária.

Cardoso et al. (2007), em seu artigo sobre “formação interdisciplinar” vai além em seus questionamentos sobre a formação na graduação e extrapola a necessidade de cenários de ensino-aprendizagem mais adequados a construção de novos saberes alinhados ao cuidado integral nos processos formativos anteriores a graduação afirmando que a construção dessa proposta deve ser construída desde a formação escolar básica até a profissional, pois a veiculação de conceitos sobre a realidade social, dentro do processo de ensino-aprendizagem, poderá se transformar em intenções para tomada de atitudes com vista à melhoria da qualidade de vida. Essas novas formas de pensar e de agir contribuirão positivamente na contextualização da equipe de saúde (intra e inter equipes) e sua relação com comunidades e instituições. Nesse sentido, é importante compreender que a busca de estratégias pautadas nos princípios interdisciplinares e intersetoriais favoreceriam a interlocução entre a população e o poder público, dentro de uma perspectiva para o desenvolvimento e exercício da cidadania e do controle social.

Outra possibilidade encontrada como alternativa didático-pedagógica no processo de ensino-aprendizagem, foi a apresentada por Ruiz-Moreno et al. (2004, 2005) com uma experiência psicodramática – o Jornal Vivo, onde os caminhos metodológicos adotados envolveram um diálogo com a literatura e registros elaborados sobre a vivência, tendo como pressuposto, a socialização de idéias, saberes e troca de experiências. As autoras afirmam que neste processo inicialmente, destaca-se a ressignificação de conteúdos: a estratégia psicodramática, ao possibilitar alcançar outro nível de apropriação da notícia, no começo “externa” ou “distante” e, progressivamente, assumindo novos significados e encontrando interrelações com o cotidiano em diferentes espaços sociais, evidencia o quão fundamental é que a aprendizagem em saúde ultrapasse a retenção de informações e configure movimentos de reflexão, crítica e proposição de caminhos.

Nesta dimensão, destaca-se a necessidade do rompimento com a visão reducionista e biologicista dos cursos de odontologia com o auxílio da incorporação dos saberes das Ciências Humanas e Sociais e da intersectorialidade como prática mobilizadora de tais transformações. Levanta um importante debate sobre o papel do SUS, previsto em sua Constituição, no que concerne a formação dos profissionais na área de saúde, trazendo a Política de Educação Permanente como principal mecanismo para este fim. Aventa a carência de uma formação mais politizada para uma aproximação contundente da realidade e diversidade brasileiras e traz em seu bojo a diversificação do cenário de ensino-aprendizagem (ex: extensão, internato rural e experiência psicodramática) como alternativa mais apropriada para um ensino com princípios interdisciplinares e intersectoriais exercitando assim a cidadania e o controle social.

- **Dimensão molecular - como os professores/alunos/usuários refletem/reproduzem/vivenciam/criam suas práticas**

Nesta dimensão buscou-se identificar as contribuições que as transformações no ensino em odontologia possam gerar ou já estejam gerando na sociedade ou na pessoa. Esta, dentre as três dimensões, pode ser considerada como a unidade mínima

da experiência de vida, implicação do desejo e da singularidade, referidos à vida cotidiana, como classificaram Pinheiro et al. (2006).

Retomando o pensamento de Paulo Freire sobre o papel do educador, o mesmo deve estar aberto à indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições, sendo crítico e inquiridor, devendo contribuir positivamente para que o educando vá sendo artífice de sua formação. O seu papel é o de quem testemunha o direito de comparar, de escolher, de romper, de decidir e estimular a assunção deste direito por parte dos educandos, além disso, ele deve motivar, desafiar quem escuta, no sentido de que, quem escuta diga, fale, responda, também tem o papel de falar com clareza sobre o objeto e incitar o aluno a fim de que ele [...] produza a compreensão do objeto em lugar de recebê-la na íntegra”, como encontrado em Freire (1996).

Sobre a dimensão pedagógica de ensino-aprendizagem e a auto-avaliação dos coordenadores de cursos de graduação em odontologia de São Paulo, Secco e Pereira (2005) afirmam que se podemos constatar que foi na dimensão pedagógica dessa formação (na relação professor, aluno, conhecimento) que os conflitos afloraram com maior visibilidade no universo estudado, foi também nesse espaço que concepções tradicionais de ensino e aprendizagem apareceram lado a lado com posturas aparentemente inovadoras ainda que, muitas vezes, frágeis por falta de fundamentos (uma epistemologia sobre processos de ensino-aprendizagem). Por outro lado, o fato de quase a unanimidade dos coordenadores considerarem que seus cursos se encontram preparados para enfrentar os desafios do mundo contemporâneo já aponta a fragilidade com que tratam os aspectos pedagógicos e curriculares. Parece que a crise, apreendida nas entrelinhas dos relatos de entrevista, não foi percebida por grande parte dos participantes. E se são os pontos de conflito que possibilitam a mudança e a busca de respostas aos novos problemas, como lembra Buarque (1994), parece que parte da comunidade investigada ainda precisa ser problematizada para os novos desafios. Movimentos de mudança ocorrem, em muitos cursos, sobretudo, por pressão dos processos avaliativos e, principalmente, nos aspectos cobrados pela avaliação governamental. As discussões no plano pedagógico podem representar um caminho para uma formação crítica e responsável. Cabe lembrar, no entanto, que não se tratam de questões simplesmente técnicas; envolvem paradigmas de ensino e aprendizagem que se articulam diretamente às questões curriculares e político-estruturais. Exigem

posturas conceituais sobre o ato de formar cirurgiões-dentistas no contexto da realidade brasileira no mundo contemporâneo.

Sobre as dimensões da prática profissional, Secco e Pereira (2005) debatem que a qualidade, em termos profissionais, depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional face aos problemas da realidade social, em um movimento de ação e reflexão. Nesse movimento dialético, em que novos valores são identificados na sociedade, colocam-se permanentes desafios à comunidade acadêmica em termos de caminhos que respondam às demandas da formação profissional em suas diferentes dimensões da prática.

Em seus estudos sobre a percepção dos alunos em relação aos professores de graduação em odontologia, Lazzarin, Nakama; Cordoni Júnior (2007), revelam que a formação de cirurgiões-dentistas possivelmente não ocorre com forte embasamento generalista, humanista, crítico e reflexivo. Indica que os cursos de odontologia não se liberaram de práticas ditadas pelo mercado profissional liberal. Ainda para estes autores sobre a participação dos alunos em seus processos formativos, ponderam que compete ao professor utilizar a avaliação baseada na educação democrática, em uma perspectiva de inclusão do educando no processo educativo, e não de exclusão; a participação e a solidariedade; a contribuição para que o educando se torne o sujeito do seu processo de aprendizagem; e, o processo e o resultado qualitativo do aprendizado.

Também sobre a visão dos graduandos, Matos (2005), em sua tese constata que para os concluintes do curso de odontologia, faz-se necessário uma revisão curricular que suprima disciplinas, que dê maior carga horária para aulas práticas, atividades clínicas e estenda o tempo de duração do curso, e a autora conclui que os alunos pesquisados parecem estar mais perto de um perfil criticado por Torres (2002), de “meros técnicos, excelentes preparadores de cavidades dentárias, bons restauradores, ótimos construtores de próteses odontológicas, rápidos aplicadores de flúor, mestres em exodontias”, do que do profissional idealizado nas novas orientações emanadas dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Em seu artigo sobre a experiência de internato rural (IR) na graduação em odontologia, Santa Rosa; Vargas; Ferreira (2007), analisam que o IR é sentido pelos estudantes como um momento de grandes transformações. O adolescente, acostumado

com o amparo da família e com limites impostos pela presença constante do professor, durante as atividades clínicas, vê-se impelido a transpor a ponte que o liga à vida adulta. Ao fazê-lo, os estudantes declararam-se mais seguros e melhor preparados para o enfrentamento de possíveis situações a que serão submetidos na nova fase de suas vidas. O IR consegue conduzi-los ao caminho do “aprender a ser”.

Numa análise sobre a reflexão dos profissionais de saúde sobre sua própria carreira, Ceccim et al. (2008), em artigo sobre “formação em saúde” coloca que o sucesso na carreira e a superioridade profissional são esperados do curso universitário, mas seu acontecer tem ocorrido num espaço-tempo-sentido onde não se inclui o outro (a alteridade), coloca-se a obtenção de vantagem, de prestígio e de símbolos de *status*. A autonomia é desejada como independência profissional, assim não aparece como relevante a aprendizagem das linguagens do outro – usuário das ações de saúde ou o colega de outra profissão – não aparece a necessidade de projetos terapêuticos da integralidade ou o reconhecimento de redes sociais. Esses itens são lembrados (pertencem à razão), mas no imaginário vigente, aprende-se com os pobres, oferta-se ambiência no consultório privado, adquire-se prestígio e mérito em serviços-escola e acumula-se nobreza técnica ao estabelecer atuação em ambientes de alta técnica. Trabalha-se no serviço público para auferir renda segura e na assistência privada para auferir renda de ascensão nos símbolos de *status* e conforto econômico.

Em sua tese de doutorado, Matos (2005), constata que apenas 1% dos estudantes por ela entrevistados pretendem ou vêm a Saúde Pública como campo promissor de trabalho e apenas 2% vislumbram a ESF como prática de mudanças na profissão, reforçando assim a marcada desvinculação, tanto dos alunos (como conseqüência) como da instituição de ensino em odontologia pesquisada (como causadora), do setor público como área de atuação e, portanto, sem práticas de ensino voltadas ao SUS.

Em seu artigo sobre “o papel do professor de odontologia”, Lazzarin et al. (2007) constatam, pelos depoimentos dos alunos da graduação, que quanto aos conteúdos curriculares e a imagem-objetivo da profissão, os entrevistados têm uma visão de prática profissional especializada, do mercado de trabalho como profissão liberal, de uma futura prática profissional elitista, evidenciando a alienação do currículo em relação à sociedade.

Nesta dimensão constatou-se que as questões curriculares e político-institucionais devem ser acompanhadas de adequações das posturas conceituais sobre o ato de formar cirurgiões-dentistas no contexto da realidade brasileira atual. A necessidade de sintonia entre a comunidade acadêmica e os valores da sociedade a fim de repensar o próprio papel do profissional em formação. Debate sobre as formas recorrentes de mensuração entre sucesso e fracasso profissional através de símbolos de status ao invés da alteridade. A dificuldade de percepção por parte dos alunos da graduação em odontologia sobre o setor público como “lócus” promissor de atuação denotando importante distanciamento dos processos formativos e a inserção no SUS e a ainda predominante atuação especializada e elitista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este exercício analítico certamente não representa a totalidade das contribuições nem toda a expressão das idéias colocadas por seus autores. Seguindo o objetivo geral desta pesquisa que era analisar as mudanças na produção teórica sobre as práticas de ensino-aprendizagem na formação em odontologia no que concerne a interdisciplinaridade e integralidade no contexto do SUS, o que se segue é uma das possíveis leituras sobre o material selecionado. Esta leitura, obviamente é “encharcada” pelo modo de viver, pensar e agir no mundo do autor, portanto não podendo ser considerada uma verdade absoluta, como também uma inverdade irresponsável. São considerações sobre o trabalho de muitos e provavelmente, a vida de tantos outros. Portanto, as faço com a prudência “boaventurana”, mas procurando “beber da água Freireana” a fim de conseguir analisar as práticas educativas em relação às imbricadas dinâmicas do cotidiano de quem estuda, de quem aprende, de quem ensina e de quem utiliza o SUS como o cenário desejável para o processo de ensino-aprendizagem em odontologia.

A nucleação dos elementos mais recorrentes não foi uma tarefa simples devido ao conjunto de referências difusas encontradas, que pode ser explicado como conseqüência da escolha de 12 (doze) descritores diferentes na busca por artigos e periódicos. Ao passo que se amplia a abrangência do estudo, corre-se o risco de desvios da centralidade proposta através dos objetivos, como também da utilização de múltiplos e até contraditórios conceitos e saberes estabelecidos.

Com um olhar crítico sobre as três dimensões identificadas na matriz de análise, torna-se clara a presente constatação da falibilidade dos processos formativos tradicionais, com itinerários curriculares marcados pelas disciplinas isoladas e forçadamente tecnicantes do fazer e pensar em odontologia. Algumas instituições vêm experimentando diversificar seus cenários de ensino-aprendizagem seja adotando novas metodologias de ensino como o PBL (sigla para a Aprendizagem Baseada em Problemas), ou reforçando os cursos de extensão, ou ainda experiências de Internatos Rurais, como também a utilização de psicodramatização (Jornal vivo), e a utilização do

serviço como cenário necessário de forma bastante prematura a fim de integrar os saberes técnicos aos saberes populares e sobre a população.

Quanto a formação interdisciplinar, o que se constata é uma frágil consolidação de experiências isoladas, não havendo ainda uma uniformização de ações neste sentido, seja por parte das instituições de ensino, seja por parte do governo. Mesmo com as DCN trazendo em seu bojo, a necessidade de uma formação interdisciplinar, não há ainda em prática uma política didático-pedagógica e nem metodologias garantidoras de uma formação pautada por conhecimentos que ultrapassem seus próprios limites, abrindo-se para outras áreas e formas de conhecimento, que procurem integração, diálogo, complementação para melhor compreenderem o que está acontecendo no mundo e com a humanidade e seus fenômenos com múltipla causalidade.

Para se alcançar a situação desejada, propõe-se uma intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação, atualmente centrado na assistência individual e prestada em unidades especializadas, por um processo em que a formação esteja em consonância com as necessidades sociais, pautadas pela hierarquização das ações de saúde e que a educação destes futuros profissionais seja entendida como um processo permanente. A pesquisa deve ser reorientada para que através da aproximação das necessidades das comunidades, bem como da incorporação de novas tecnologias, de nova organização e financiamento dos serviços e do desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção, possam interar e integrar os gestores do SUS e do Sistema Educacional para a efetiva integração Docente-Assistencial, sendo este o caminho desejado e indicado como *locus* para inovações didático-pedagógicas.

Novas teses, dissertações, artigos, periódicos, livros e publicações serão necessários para consolidar o conhecimento adquirido com experiências prévias, às necessidades cada vez mais abrangentes e desafiadoras para todo profissional que tenha a saúde como seu objeto e mais especificamente, neste trabalho, aos que escolhem a odontologia como forma de contribuição para a integralidade das ações e serviços em saúde.

“A odontologia é em si, uma ciência de caráter social. Não poderia, portanto, ser concebida como uma disciplina a serviço exclusivo de uns poucos.”

Montez Campuzano

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. ½, p. 5-20, 1997.
- ARAUJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.179-182, 2006.
- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004
- BACHA, Edmar L. *Memória Acadêmica: economia aplicada*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 197-210, 1998.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.
- _____. *A transformação do cotidiano: a formação do educador, a experiência de Vitória*. Vitória: EdUfes, 1997.
- _____.; OLIVEIRA, S. P. A psicologia na intersessão saúde e trabalho: experiência numa escola pública de Vitória. *Cadernos de Pesquisa em Educação*, Vitória, v. 10, n. 19, p. 82-113, jan./jun. 2004.
- BOLTANSKY, L.. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BORBA; M. R.; BAZZOLI, M. B.; BORBA, F. S. *Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1991.
- BOTAZZO, C. Democracia, participação popular e programas comunitários. *Saúde em Debate*, n. 18, p. 36-49, 1986.
- _____.; FREITAS, S. F. T. (Org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Edusc/Unesp, 1998.
- BOURDIEU , P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 1988. 10 p. Mimeografado.

_____. _____. *Promed - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina*. Brasília, 2002. Disponível em:

<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma08.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2009.

_____. _____. *Seminário: incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003.

_____. _____. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília, 2004.

BRINHOSA, M. C. Interdisciplinaridade: possibilidade e equívocos. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 164-169, 1998.

BUARQUE, C. *A aventura da universidade*. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 469-487, abr./jun. 2007.

CARDOSO, J. P. et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CARVALHO, A. C. P. *Odontologia: avaliação dos cursos de graduação e conceitos obtidos no Exame Nacional de Cursos de 1998*. São Paulo: NUPES/Universidade de São Paulo, 1999. (Série Documentos de Trabalho, 01/99).

CASOTTI, E. *Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino*. 2009. Tese (Doutorado) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

_____.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: _____.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHAVES, M; CUTHBERT, G. *Un hemisferio unido: un tributo de la Fundación Kellogg a la Organización Panamericana de la Salud en la celebración de su centenario*. 2003. 112 p. Disponível em: <www.wkkf.org>. Acesso em: 23 jul. 2009.

_____.; KASIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Ed., 1997. v. 1, p. 1-16.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF*. Brasília, 2007. (Progestores. Nota Técnica, 20/ 2007). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2009.

COSTA NETO, M. M. (Org.). *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2000. 44p. (Cadernos de atenção básica. Programa Saúde da Família. Caderno 1).

CUNHA, L. A. *A universidade temporã*. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1986.

CUTOLO, L. R. A. *Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. 2001. 208f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças,. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, jan./mar. 2009.

- FAGUNDES, N. C.; FRÓES-BURNHAM, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 105-114, set. 2004/fev.2005.
- FÁVERO, O. Apresentação: para uma teoria do planejamento educacional brasileiro. In: MENDES, D. T.. *O planejamento educacional no Brasil*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2000.
- FELIPETTO, S. *Espaços potenciais para o desenvolvimento da interdisciplinaridade no curso de odontologia*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.
- FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas 'estado da arte'. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, n. 79, p. 257-272, 2002.
- FERNANDES NETO, A. F.; COSTA NETO, O. C. Currículo odontológico face às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.
- FEURWERKER, L. C. M.. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec. 2002.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado : as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.
- GUSDORF, Georges. Prefácio In: JAPIASSÚ, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- JUPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e a patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- KOOGAN-HOUAISS. *Enciclopédia e dicionário ilustrado*. Rio de Janeiro: Delta, 1995.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec: ABEM; 2002.
- LAZZARIN, H. C. et al. O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 90-101, jan./abr. 2007.

LOBO, L. C. G. Ensino das matérias básicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 95-105, 1981.

LUCIETTO, D. A. *Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de Odontologia*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39- 57, 2005.

MACEDO, E. et al. *Currículo da educação básica*. Brasília, DF: MEC/INEP, 2006.

MALTAGLIATI, L.; GOLDENBERG, P.. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1329-1340, out./dez. 2007.

MASETTO, M. T. Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MATOS, I. B. *Expectativas do exercício profissional de graduandos em Odontologia*. 2005. 203f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 119-132.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.

MEDEIROS, U. V. Integração docente-assistencial em odontologia no Brasil. *Educación Médica Y Salud*, Washington, v. 25, n. 2, 1991.

MENDES, E. V. *A Evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. Belo Horizonte: PUC: FINEP, 1985.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1993.

MORAES, R. C. M.; CALAZANS, P. M.; LUZ, S. A. A.; GUIMARÃES, J. R. Principais barreiras do processo ensino-aprendizagem na ótica de professores e alunos do curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense no ano 2001. *Revista da Abeno*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 65, 2001.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-66, jul./set. 2009.

_____.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o SUS: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MOTTA, L. B. et al. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008.

_____.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

NUNES, M. F. et al. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 413-420, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade no currículo de medicina: inovar/ transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164

PERINI, E. et al. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: _____.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

_____.; MATTOS, R. A. Apresentação. In: _____.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

_____.; _____. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 133-155.

_____.; _____. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 15-28.

PINTO, V. G.; MAGALHÃES, S. *Atenção odontológica à população carente*. [s.l.: s.d.]. Mimeografado. 14 p. [Documento preliminar elaborado, atendendo à decisão tomada em 3/4/81 pela Comissão nomeada por meio da Portaria CFO-62 de 30/12/80].

QUEIROZ, M. G. *O ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes*. 2006. 359f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Goiânia, 2006.

RIBEIRO, A. F.; REZENDE, P. M.; SANTOS, S. M. R.; COSTA, D. M. N. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.

RIBEIRO, E. C. O. ; MOTTA, J. I. J. *Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde*. Disponível em: <www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>. Acesso em: 26 jul. 2009.

RIGOTTO, R. M.; ALMEIDA, V. L. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 163-170, 1998.

ROZENDO, C. A.; CASAGRANDE, L. D. R.; SCHNEIDER, J. F.; PARDINI, J. C. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 15-23, abr. 1999.

RUIZ-MORENO, L. et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 195-204, set. 2004/fev. 2005.

SÁ, S. Interdisciplinaridade: sim e não a vasos comunicantes em educação pós-graduada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 272-279, jul./set, 1987.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1127-1132, 2008.

SANCHEZ, H. F. et al. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTA-ROSA, T. T. A.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 451-66, set./dez. 2007.

SANTOS, S.; ELENA, M. I.-M. Interdisciplinaridade e resolução de problemas: algumas questões para quem forma futuros professores de ciências. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 29, n. 103, p. 557-579, maio/ago. 2008.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SECCO, L. G.; 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 - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 313-30, mar./ago. 2004.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2005.

SILVA JUNIOR, C. A. et al. *Nove olhares sobre a supervisão*. 9. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003. (Coleção Magistério. Formação e trabalho pedagógico).

_____. et al. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 77-90.

TREVIZAN, S. D. P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 179-186, 2000.

VASCONCELLOS, C. S. *Planejamento: projeto de ensino-aprendizagem e projeto político-pedagógico*. São Paulo: Libertad, 2002.

APÊNDICE A – Lista de produções selecionadas e com contribuições nucleadas em dimensões macro, micro e molecular

ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.179-182, 2006.

CARDOSO, J. P. et al . Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CASOTTI, E. *Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino*. 2009. Tese (Doutorado) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, jan./mar. 2009.

LAZZARIN, H. C. et al. O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 90-101, jan./abr. 2007.

LUCIETTO, D. A. *Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de Odontologia*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MALTAGLIATI, L.; GOLDENBERG, P.. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1329-1340, out./dez. 2007.

MATOS, I. B. *Expectativas do exercício profissional de graduandos em Odontologia*. 2005. 203f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-66, jul./set. 2009.

NUNES, M. F. et al. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 413-420, abr./jun. 2008.

RUIZ-MORENO, L. et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 195-204, set. 2004/fev. 2005.

SANCHEZ, H. F. et al. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2005.

APÊNDICE B – Lista de referências utilizadas na pesquisa com análises empíricas/experiências concretas

FAGUNDES, N. C.; FRÓES-BURNHAM, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 105-114, set. 2004/fev.2005.

LUCIETTO, D. A. *Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de Odontologia*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

_____.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o SUS: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

RUIZ-MORENO, L. et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 195-204, set. 2004/fev. 2005.

SANCHEZ, H. F. et al. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTA-ROSA, T. T. A.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 451-66, set./dez. 2007.

SECCO, L. G.; 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 - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 313-30, mar./ago. 2004.

_____.; _____. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2005.

APÊNDICE C – Lista de referências selecionadas pela pesquisa artigos/periódicos/publicações

AMORIM, K. P. C. et al. A construção do saber em odontologia: a produção científica de três periódicos brasileiros de 1990 a 2004. . *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 9-23, jan./abr. 2007.

ARAUJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.179-182, 2006.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 469-487, abr./jun. 2007.

CAMPOS, J. A. D. B.; ALMEIDA, R. P. A interdisciplinaridade como projeto acadêmico. *Revista Uniara*, Araraquara, n. 16, 2005.

CARDOSO, J. P. et al . Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

_____.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: _____.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

CHAVES, M; CUTHBERT, G. *Un hemisferio unido: un tributo de la Fundación Kellog a la Organización Panamericana de la Salud en la celebración de su centenario*. 2003. 112 p. Disponível em: <www.wkkf.org>. Acesso em: 23 jul. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF*. Brasília, 2007. (Progestores. Nota Técnica, 20/ 2007). Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2009.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, jan./mar. 2009.

FAGUNDES, N. C.; FRÓES-BURNHAM, T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 105-114, set. 2004/fev.2005.

FERNANDES NETO, A. F.; COSTA NETO, O. C. *Currículo odontológico face às Diretrizes Curriculares Nacionais*. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

GARCIA, M. A. A. et al. Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 15, n. 6, p. 473-485, nov./dez. 2006.

LAZZARIN, H. C. et al. O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 90-101, jan./abr. 2007.

LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39- 57, 2005.

MACEDO, E. et al. *Currículo da educação básica*. Brasília, DF: MEC/ INEP, 2006.

MALTAGLIATI, L.; GOLDENBERG, P.. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1329-1340, out./dez. 2007.

MASETTO, M. T. Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-66, jul./set. 2009.

_____.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o SUS: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MOTTA, L. B. et al. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008.

_____.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

FERNANDES NETO, A. F.; COSTA NETO, O. C. *Currículo odontológico face às Diretrizes Curriculares Nacionais*. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: _____; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

_____.; _____. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 133-155.

_____.; _____. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 15-28.

RIBEIRO, A. F.; REZENDE, P. M.; SANTOS, S. M. R.; COSTA, D. M. N. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.

RIBEIRO, E. C. O. ; MOTTA, J. I. J. *Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde*. Disponível em: <www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>. Acesso em: 26 jul. 2009.

RUIZ-MORENO, L. et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 195-204, set. 2004/fev. 2005.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1127-1132, 2008.

SANCHEZ, H. F. et al. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTA-ROSA, T. T. A.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 451-66, set./dez. 2007.

SANTOS, S.; ELENA, M. I.-M. Interdisciplinaridade e resolução de problemas: algumas questões para quem forma futuros professores de ciências. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 29, n. 103, p. 557-579, maio/ago. 2008.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2005.

SILVA JUNIOR, C. A. et al. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 77-90.

SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade: a importância da interdisciplinaridade na formação dos profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006. 257 p. (Série Didáticos).

THIESEN, S. J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, set./dez. 2008.

WEIGERT, C.; VILLANI, A.; FREITAS, D. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo: análise de um planejamento interdisciplinar. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 11, n. 1, p. 145-164, 2005.