

**MARCOS ALEX MENDES DA SILVA**

**O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (PRÓ-SAÚDE) E A  
DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM EM  
ODONTOLOGIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia – UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Efigênia Ferreira e Ferreira

Co-orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Colaboradora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Barreiros Senna

**Belo Horizonte  
2013**

Dedico este trabalho à minha mãe Arlete e ao meu pai Evaldo (*in memoriam*),  
à minha esposa Cristiane, e às minhas filhas, Amanda e Fernanda.

## AGRADECIMENTOS

Os sonhos, na sua essência, constituem imagens projetadas daquilo que consciente, ou inconscientemente, se deseja realizar. Quando realizados, deixam de ser sonhos e se tornam vitórias ou conquistas.

Quando iniciei meu doutorado, enquanto sonho há muito desejado, não tinha a exata dimensão do envolvimento que este me exigiria e nem da grande janela para a ciência que ele me proporcionaria. No entanto, a conquista desse novo conhecimento e a superação das dificuldades enfrentadas só foi possível, graças ao apoio de diferentes presenças em minha vida, que não poderia deixar de mencionar neste momento.

Começo por agradecer a Deus, centralidade da minha vida na pessoa de Jesus Cristo e fonte inspiradora de tudo que construí, sendo a força nos momentos de fraqueza, a luz nos momentos de tristeza e a esperança nos momentos de angústia.

Agradeço à professora Efigênia Ferreira e Ferreira, minha orientadora, pela paciência permanente no longo processo de orientação, pelo incentivo, pela tranquilidade inspiradora, por exigir de mim potencialidades que eu mesmo desconhecia possuir, enfim, por ser o espelho daquilo que qualquer pesquisador deseja construir na sua vida profissional - exemplo de sucesso, maturidade profissional, ética e zelo com o conhecimento científico.

Agradeço aos professores João Henrique Lara do Amaral e Maria Inês Barreiros Senna por me reconduzirem constantemente ao correto caminho da ciência, com suas pertinentes considerações e inegável experiência gestora e docente.

Agradeço aos demais professores e funcionários do Colegiado de Pós-graduação e do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sempre prontos e disponíveis a compartilhar conhecimentos e serviços.

Agradeço às professoras Andrea Maria Duarte Vargas e Raquel Conceição Ferreira, que durante minha qualificação contribuíram de forma efetiva com meu trabalho.

Agradeço aos novos e antigos colegas de turma, que tornaram a jornada mais amena e prazerosa, e com os quais muito pude aprender, pela generosidade com que compartilharam seus conhecimentos, em especial, ao Carlos José de Paula Silva, à

Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa, à Desiree Sant'Ana Haikal, ao Heriberto Fiuza Sanchez, à Maria de Lourdes Carvalho Bonfim e à Simone Melo Costa

Agradeço aos coordenadores do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, professores Maria Cristina Almeida de Souza e Sileno Correa Brum, e à diretora da Faculdade de Odontologia de Valença, professora. Patrícia Valéria Bastos de Faria Pecoraro, com os quais mantive vínculo profissional, que entenderam minhas ausências no ambiente de trabalho no período de cumprimento dos créditos acadêmicos.

Agradeço ao amigo de sempre, Paulo Roberto Figueira Leal, grande incentivador da minha vida acadêmica e referência na forma ética e honesta como conduz sua vida profissional.

Agradeço aos meus pais, Arlete e Evaldo (*in memoriam*) que nunca mediram esforços para que eu tivesse conhecimento de qualidade, do ensino fundamental ao doutorado, acreditando ser este o único caminho do crescimento pessoal.

Agradeço às minhas filhas, Amanda e Fernanda, razão da minha vida e motivadoras do meu crescimento profissional, a aceitação, sem questionar, das minhas tantas ausências.

Agradeço à Cristiane, minha esposa e companheira de todos os momentos, pela doação ininterrupta, sobretudo quando precisou ir a Belo Horizonte semanalmente, durante quatro meses, para me acompanhar, enquanto estava sob cuidados médicos; por ter abdicado comigo de vários momentos de lazer; pela compreensão da importância do doutorado para meu aprimoramento profissional e pessoal; pelo incentivo para nunca desistir, por maiores que fossem as dificuldades – compartilho essa vitória com você.

Obrigado a todos!

## RESUMO

A diversificação dos cenários de prática nos cursos de Odontologia surgiu como estratégia pedagógica, na qual os alunos tinham a oportunidade de experimentar o aprender/fazendo, no sentido da formação em serviço. Em um país com características bastante específicas e distintas, esta diversificação desenvolveu-se de forma desigual, sob influências dos fatores regionais e dos programas de fomento, que impulsionaram a adoção desta iniciativa pedagógica, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. A presente pesquisa buscou conhecer a diversificação dos cenários de prática na formação em Odontologia e o impacto que as ações subsidiadas pelo Pró-Saúde I e II promoveram nestes cenários de formação, enquanto política pública, e na sua contribuição para o processo de mudança pedagógica. O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10, desenvolveu-se em diferentes etapas. Inicialmente foi enviado questionário virtual estruturado aos responsáveis pelos 198 cursos de Odontologia implantados e regularmente em funcionamento no Brasil, e depois somente aos responsáveis pelos cursos contemplados com o Pró-Saúde I ou II. Foi feita a análise documental dos relatórios dos cursos contemplados com o Pró-Saúde I, onde as atividades de ensino na rede de serviços e a carga horária dos estágios foram os critérios de inclusão. Na etapa da abordagem qualitativa foram entrevistados cinco membros da Secretaria de Gestão e Educação para o Trabalho (SGTES), do Ministério da Saúde, envolvidos com o programa, sobre seu impacto na formação odontológica nos serviços de saúde. Verificou-se que 82,1% dos 67 cursos participantes adotavam os espaços da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) para formação, 91% reservavam no mínimo 20% de sua carga horária total ao estágio curricular na rede pública e 89,8% entendiam que essa rede de serviços favorecia a aprendizagem. Observou-se que o Pró-Saúde constituiu uma estratégia eficaz no reordenamento pedagógico, com adoção de cenários diferenciados de aprendizagem e incentivo à aproximação ensino/serviço, alavancando uma nova realidade na formação odontológica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aprendizagem, Serviços de saúde, Odontologia comunitária.

## **The National Reorientation of Vocational Training in Health Program (Pro-Saúde) and the diversification of practice settings in Dentistry**

### **ABSTRACT**

The diversification of practice settings in Dentistry courses emerged as a pedagogical strategy, in which students had the opportunity to experience learning and doing at the same time aiming the service training. In a country with very specific and different characteristics, this diversification has developed unevenly, under influences of factors and regional development programs have spurred the adoption of this educational initiative, such as the National Reorientation of Vocational Training in Health - Pro-Saúde. This research aimed to know the diversity of practice settings training in dentistry and the impact that actions subsidized by the Pro-Saúde I and II promoted in these training scenarios, as a public policy, and the contribution to the process of pedagogical change. The study was approved by the Ethics and Research of the Federal University of Minas Gerais, in the opinion ETIC 0532.0.203.000-10, developed in different stages. Initially virtual structured questionnaire was sent to those 198 responsible for Dentistry courses regularly deployed and in operation in Brazil, and then only to those 45 responsible for the courses included with the Pro-Saúde I or II. Document analysis was made of the reports of the courses included with the Pro-Saúde I, where the teaching activities in the service network and workload of the stages were the inclusion criteria. In step qualitative approach were interviewed five members of the Department of Management and Education for Labour (SGTES), the Ministry of Health, involved with the program, reaching its impact on dental education in health services. The study showed that 82.1 % of the courses adopted the spaces of Primary Health for training, 91% reserving at least 20% of their total workload to stage curriculum in public scenarios and 89.8% perceived that this network favored learning services. It was observed that the Pro-Saúde was an effective strategy in teaching reordering, adopting scenarios differentiated learning and incentive approach to teaching / service, leveraging a new reality in dental education.

**KY WORDS:** learning, health services, Community Dentistry

## SUMÁRIO

### PARTE I

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 A formação profissional na área de saúde.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 Reflexões sobre a formação profissional na área de saúde na atualidade e os métodos pedagógicos.....	18
2.1.2 O processo ensino aprendizagem e os ambientes de formação profissional na área de saúde: a valorização da Atenção Primária à Saúde como campo de atuação.....	24
2.1.3 O processo de ensino aprendizagem e a diversificação dos cenários de prática.....	28
<b>2.2 A formação profissional no campo da Odontologia.....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Aspectos históricos da formação odontológica e o exercício profissional.....	34
2.2.2 O ensino odontológico e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia.....	42
2.2.3 A diversificação dos cenários de prática nos cursos de Odontologia no Brasil	46
<b>2.3 As iniciativas de incentivo à formação profissional em saúde no Brasil.....</b>	<b>49</b>
2.3.1 A diversificação dos cenários de aprendizagem pelos programas de fomento e incentivo.....	49
2.3.2 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e a diversificação dos cenários de prática.....	61
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>71</b>
3.1 Objetivo geral.....	71
3.2 Objetivos específicos.....	71
<b>4 METODO.....</b>	<b>72</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

### PARTE II

<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>90</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>153</b>

### PARTE III

<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>177</b>
<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....</b>	<b>185</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de cursos, projetos, IES, secretarias de saúde e cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I e II.....	63
Tabela 2	Distribuição dos cursos de Odontologia no Brasil segundo localização geográfica.....	73



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABS	Atenção Básica à Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABP	Aprendizagem Baseada em Problematização
AIS	Programa de Ações Integradas em Saúde
ALAFO	Associação Latino Americana de Faculdades de Odontologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CAEM	Comissão de Avaliação do Ensino Médico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLATES	Centro Latino Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Gestora Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CNE	Conselho Nacional de Educação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Reforma Administrativa da Previdência Social
CH	Carga horária
CSAS	Ciências Sociais Aplicadas à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FOUFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
IES	Instituição de Ensino Superior
IDA	Integração Docente Assistencial
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde

MMMC	Melanka Manipal Medical College
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREPPS	Programa Estratégico de Preparação de Pessoal
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPP	Unidade Educacional de Prática Profissional
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
USP	Universidade de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual Campinas
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágio nas Realidades do SUS

## **PARTE I**

## 1 INTRODUÇÃO

O paradoxo entre a evolução tecnológica e as condições da saúde bucal da população brasileira é um dos fenômenos que demonstra a limitação e a inadequação da abordagem mecanicista e individualista do processo saúde-doença, pautada na consequência da doença e não em seus determinantes biológicos e sociais. Foram estas as características do ensino que acompanharam durante anos a formação profissional do graduando em Odontologia, até que as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, de 2002, sinalizassem para uma mudança de perfil do profissional desejado, incluindo novos e fundamentais aspectos em sua formação. Buscava-se um profissional generalista, humanista, crítico e com capacidade reflexiva sobre processos e métodos de atuação (TORRES, 2006).

Durante os últimos anos tenho acompanhado, enquanto docente responsável pelo Estágio Supervisionado dos alunos do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Valença e de Vassouras, localizadas no sul e no centro-sul do estado do Rio de Janeiro, respectivamente, a inserção dos acadêmicos nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) desde os períodos iniciais da formação, tendo a diversificação de cenários de prática sido adotada a partir da tímida mudança curricular pela qual os cursos passaram no ano de 2005.

A diversificação dos cenários de prática nos cursos de Odontologia surgiu como estratégia pedagógica, na qual os alunos tinham a oportunidade de experimentar o aprender/fazendo, no sentido da formação em serviço, aproximando teorias e práticas, e sobretudo, formando sujeitos capazes de interagir com os diferentes modos de vida da comunidade e suas demandas, exigindo dos supervisores docentes a ampliação dos conhecimentos, aproximando a prática formativa do cotidiano das pessoas.

As dificuldades resultantes desta mudança, vivenciadas na minha atividade acadêmica, geraram inquietações e questões, no que se refere à diversificação dos cenários de prática. Indaga-se como esse aspecto da formação se materializou nos diferentes centros brasileiros de ensino, e se houve avanço por meio do incentivo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

O Pró-Saúde, iniciativa conjunta entre o Ministério da Saúde e da Educação, é um programa de fomento e orientação, criado para proporcionar sustentação estrutural às propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área de saúde, fortalecendo as mudanças na formação acadêmica desses profissionais e possibilitando ao mesmo tempo intervenções nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007).

Dentre seus objetivos, explicitados na carta acordo que é assinada pelos participantes (Instituições de Ensino Superior e Serviços Públicos de Saúde) consta o compromisso acadêmico de ampliar a prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, habilitando os graduandos a responderem às necessidades da população local e à operacionalização do SUS, diminuindo assim, a crise estrutural do setor saúde e a prevalência dos problemas populacionais (BRASIL, 2007).

A mudança pedagógica, que desloca o olhar da aprendizagem para a realidade e para o aluno, acompanhada pela diversificação dos cenários de prática, quando implementada nas escolas onde tenho atuado, trouxe novidades para alunos e professores, ambos acostumados às práticas desenvolvidas exclusivamente nas clínicas da própria instituição, sem maiores exigências quanto à adequação à realidade, sobretudo nos serviços públicos de saúde, suas carências e limitações, seu contexto e as práticas diferenciadas que este desperta, os conflitos oriundos das relações interpessoais estabelecidas, contrapondo-se à prática pedagógica tradicionalmente adotada.

Na conformação do objeto deste estudo senti a necessidade de rever como essa aproximação entre os serviços de saúde e a academia historicamente aconteceu, abordando a formação profissional na área de saúde, no campo da Odontologia e as iniciativas de incentivo a essa nova realidade. Busquei ainda entender como o SUS tornou-se campo de formação acadêmica ao receber alunos como novo cenário para o ensino.

Minha experiência de vinte anos de atuação como cirurgião-dentista na rede básica de serviços públicos, incluindo uma coordenação municipal dos serviços de saúde bucal, levou-me a acreditar que sua lógica de funcionamento divergia da lógica da formação acadêmica, pressuposto comprovado posteriormente pelos autores consultados, necessitando assim, de um reordenamento para atender aos objetivos de ambas as instituições: o serviço e a academia.

Essa dupla experiência me ajudou a perceber durante o desenvolvimento deste trabalho que essa aproximação, embora recente, teve início pelas inúmeras tentativas feitas em diversos países e no Brasil, a partir da década de 1960. As IES enfrentaram dificuldades, inclusive logísticas, na adoção destes cenários nos serviços, enquanto esses foram muito exigidos para receber os alunos. Essas instituições tinham objetivos aparentemente conflitantes, mas na medida em que essa necessidade de aproximação se corporificou e se institucionalizou no âmbito das políticas de saúde, começou-se a observar o esforço das IES na consolidação de uma parceria com os serviços de saúde, alinhando-se os distintos interesses.

Minha experiência na inserção dos alunos de Valença e de Vassouras não foi diferente. De um lado predominavam práticas de formação que aconteciam exclusivamente em suas próprias clínicas, com pouca experiência de formação no serviço, e do outro lado, uma rede assistencial voltada exclusivamente para o tratamento e cura de seus usuários. Diante disso, vi que os profissionais e a estrutura não estavam preparados para acolher os alunos no ambiente de trabalho. As escolas de Odontologia precisariam criar estágios que os levassem, de forma organizada e didática, a vivenciarem na prática em serviços, o aprendizado necessário.

Acompanhei a estruturação desse caminho, com inúmeras reuniões entre docentes, gestores e profissionais da rede de serviços municipais, com evolução diferente entre as duas realidades, onde uma contou desde o início com o incentivo do Pró-Saúde, e com isso organizaram seus estágios na matriz curricular de forma que os mesmos complementassem a formação acadêmica, e a outra apenas negociou a presença dos alunos acompanhando a prática dos profissionais. Ambas montaram uma estrutura de estágio na rede de serviços onde o aluno começou a frequentar as unidades de saúde da família e lá permaneceu por quatro períodos acadêmicos.

No cenário brasileiro, as escolas de Odontologia, condicionadas por diferentes fatores sócio-políticos, fizeram sua aproximação com a rede de serviços de forma gradual e bastante desigual, sem que pudéssemos conhecer a evolução da formação profissional de seus alunos a partir da mudança, quais fatores a influenciaram e se os programas de fomento, como o Pró-Saúde, impulsionaram quanti e qualitativamente esta diversificação. Neste sentido, em um país com características bastante específicas e distintas, cabe uma reflexão sobre como esta diversificação de cenários se desenvolveu nos diferentes cursos de graduação em

Odontologia, considerando suas especificidades regionais e a influência ou não do incentivo do Pró-Saúde.

A presente pesquisa centra seu olhar sobre a diversificação dos cenários de prática na formação em Odontologia, ou seja, na aproximação academia-serviços públicos de saúde e no impacto que as ações subsidiadas pelo Pró-Saúde I e II promoveram, por meio dessa estratégia pedagógica, na formação de profissionais da Odontologia.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE**

#### **2.1.1 Reflexões sobre a formação profissional na área de saúde na atualidade e os métodos pedagógicos**

Refletir sobre as práticas de Saúde implica refletir sobre a formação e o desenvolvimento dos profissionais da área, através dos modos de ensinar e aprender nas academias e das formas de educar, cuidar, tratar e acompanhar as pessoas que necessitem de assistência à saúde. (FERREIRA, COTTA & OLIVEIRA, 2009, p. 241)

Abordar a formação profissional na área da saúde constitui um enorme desafio, em função da multiplicidade de aspectos e métodos envolvidos, como Ferreira, Cotta & Oliveira (2009) destacam, ao apontar a relação entre os modos de aprender e de ensinar e a forma como isso se reproduz na prática dos serviços.

Como a formação profissional proporcionada pelos cursos da área de saúde sofreu diferentes influências na sua história, não se pretendeu esgotar todos os seus aspectos, mas destacar aqueles que ajudaram a entender sua evolução. Para melhor compreender esse tema, optou-se por abordar os métodos pedagógicos adotados no processo ensino aprendizagem, os cenários diferenciados de prática e a aproximação com os serviços, e finalizar com considerações sobre as DCN para a Odontologia.

Em cada momento histórico, em cada sociedade, em cada realidade social, o processo educacional é portador de uma ideologia, e através de uma doutrina pedagógica leva o educando a integrar-se ao sistema em que vive (ANTUNES, SUIGUENO & MENEGUIN, 1999, p. 166).

Amaral (2008) afirmou que as pessoas foram treinadas, mesmo antes da universidade, para uma atitude passiva na relação pedagógica, e com isso se esquecem que a disposição para a aprendizagem e o desejo de aprender devam ser condições determinantes para a aplicação nos estudos, não se atendo exclusivamente, como tradicionalmente acontece, ao componente avaliativo.

Como pré requisito ao entendimento do processo ensino aprendizagem, o autor esclarece que se faz necessário a compreensão de alguns elementos fundamentais neste processo: o primeiro relaciona-se com a necessidade da ativação



de conhecimentos prévios que tenham relação com a nova informação a ser apreendida; o segundo refere-se à forma como o conhecimento se estrutura, podendo as proposições se sobrepor à realidade e não representá-la adequadamente, impedindo que o aluno aplique na prática o conhecimento apreendido, o que justifica proporcionar ao acadêmico, vivências na prática desde o início da formação; o terceiro diz respeito à possibilidade de elaboração da informação à medida que o processo ensino aprendizagem avance revertendo alguns pré conceitos, e por fim, não menos importante, a motivação do estudante com o processo pedagógico.

Contudo, esses princípios isoladamente não garantem o sucesso na aprendizagem, sobretudo quando se envolve adultos com inúmeras experiências acumuladas. Para favorecer o ensino e a aprendizagem nesta etapa, Batista et al. (2005) propuseram alguns elementos facilitadores:

[..] a diversificação de cenários que facilitem a construção de novos conhecimentos; o entendimento de que conhecer implica acesso e constante reconstrução das informações; a valorização da prática como estrutura para o aprender; a compreensão de que a motivação para aprendizagem produz-se no cruzamento dos projetos pessoais com as condições sócio-educativas (BATISTA et al., 2005, p. 233).

A condição apontada pelos autores destaca a diversificação dos cenários de aprendizagem como elemento estruturante da construção de um novo saber, onde o ambiente diferente agrega métodos e formas igualmente distintos, e motiva o aluno/aprendiz a buscar novas informações, criando um ciclo constante de renovação e busca do conhecimento.

Ainda considerada uma inovação na área do ensino, historicamente construída por métodos unilaterais de transmissão do conhecimento, a diversificação de métodos pedagógicos leva professores e alunos a adotar estratégias ativas no desenvolvimento de habilidades e atitudes conformadas pelo conhecimento. Porém, até chegar a essa etapa, o processo ensino aprendizagem passou por transformações que modificaram os papéis assumidos pelo aluno, pelo professor e pelo conhecimento, como Houssaye<sup>1</sup> (2007) explicou por meio do “triângulo pedagógico”, que por um lado, nas pedagogias clássicas o foco principal estava

---

<sup>1</sup> Jean Houssaye é professor da Université de Rouen, França, onde coordena o Laboratoire CIVIIC (Centre de recherches interdisciplinaires sur les valeurs, les idées, les identités et le competence en éducation et formation)

direcionado para a relação entre o professor e o conhecimento, excluindo-se o aluno, por outro, nas pedagogias não diretivas ou inovadoras, o elemento menos valorizado passava a ser o conhecimento e a relação acontecia fundamentalmente entre professor e aluno.

Contudo, o autor vislumbrava ainda uma nova etapa, a qual atribuía o genuíno “prazer” de ensinar:

O processo ‘aprender’, por fim, está baseado na relação privilegiada entre os alunos e o saber [...] Reconhece-se, aí, as pedagogias que estão baseadas nos métodos ativos, no ensino programado, no ensino com apoio do computador, na chamada ‘alternância’ [...] O prazer está ligado ao fato de que o professor, desta vez, representa um papel de acompanhador e de preparador de uma situação de aprendizagem (HOUSSAYE, 2007, p. 74).

Nesta etapa mais avançada do ensino, a atenção maior está voltada para o processo de aprendizagem, enquanto que nas situações anteriores valorizava-se a transmissão do conhecimento e depois o próprio aluno.

Quando se classifica as doutrinas pedagógicas em relação à função dos alunos no contexto do processo ensino aprendizagem, Antunes, Shigueno & Meneguín. (1999) apontaram três métodos principais de abordagem pedagógica utilizados pelas instituições de ensino: a transmissão do conhecimento, onde o aluno assumia um papel passivo, entendido como método tradicional de ensino; a tecnicista ou condicionante onde a proatividade do aluno estava na eficiência e na sua alta capacidade técnica no aspecto individual, e a problematizadora da realidade, onde o aluno tornava-se sujeito social ativo no processo de conquista do conhecimento. Esta última abordagem pedagógica permitiu desenvolver no grupo de alunos a capacidade de observar a realidade circundante e a realidade global, diagnosticando problemas, condicionamentos e limitações com a busca nos conhecimentos científicos das tecnologias para reorganizar o trabalho.

A aprendizagem baseada em problemas (ABP)<sup>2</sup> ou na investigação (*Inquiry Based Learning*) teve início em 1980, na Universidade do Havaí, como proposta metodológica que reorientava os currículos para os problemas, estabelecendo uma nova maneira pela qual os estudantes aprendiam e definiam quais habilidades

---

<sup>2</sup> Na problematização é feita uma aproximação crítica da realidade com a aprendizagem, onde as situações reais são registradas pelos estudantes/professores como relatos da prática. Em geral as situações problema previamente elaboradas, não necessariamente extraídas da realidade, de acordo com os objetivos, conteúdos e competências sustentam as unidades de aprendizagem

cognitivas e afetivas seriam adquiridas. Porém, a ABP já havia sido instituída primeiramente na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster (Canadá), na década de 1960, seguido pela Maastrich na Holanda e pela Universidade do Novo México nos EUA, e firmava-se na Teoria da Indagação, proposta por John Dewey<sup>3</sup>, enquanto que, no Brasil, as instituições precursoras na implantação desta modalidade de estrutura curricular foram a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997, e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1998, com base nos princípios da pedagogia libertadora de Paulo Freire<sup>4</sup>. A partir desses exemplos, desencadeou-se o movimento de expansão das metodologias problematizadoras, tanto para outros cursos de graduação em medicina, como para outros cursos da área da saúde (GOMES et al., 2010; MARIN et al., 2010; BATISTA et al., 2005).

Marin et al. (2010), em uma revisão de metodologias ativas, afirmaram que embora ainda predominassem métodos tradicionais de ensino aprendizagem, centrado no professor e nos conteúdos, ou um pensamento tecnicista na formação, que valorizava fortemente a tecnologia, e tornava o professor um mero especialista na aplicação de manuais, do ponto de vista teórico e político, surgiu uma nova proposta da pedagogia não diretiva, com métodos ativos de ensino aprendizagem em reação ao autoritarismo do professor da escola tradicional. Essa corrente teve como princípio norteador a valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social. Valorizam-se mais o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito, e materializa-se pelas diversas formas de ensino aprendizagem que superam os meios tradicionais. No entanto, apesar das potencialidades do método ativo de aprendizagem, que contribuía para a aproximação ensino/serviço e para uma compreensão ampliada e integrada da diversidade das necessidades encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde, emergiram algumas fragilidades no desenvolvimento do método, tais como: a insegurança causada nos alunos pela modificação abrupta do método tradicional para o método de problematização; e a

---

<sup>3</sup> John Dewey (1859-1952) filósofo, psicólogo e educador norte-americano deu origem à “cultura reflexiva” no ensino, com a Teoria da Indagação, que irá influenciar posteriormente a “reflexão na ação”, na qual o aluno aprende sempre amparado por um tutor de aprendizagem prática, numa relação mediada pelo diálogo que o leva a aprender a prática de um prático, praticando.

<sup>4</sup> Pedagogia libertadora - Termo baseado na obra “pedagogia do oprimido” do educador Paulo Freire, que propõe uma educação crítica a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas para a superação das desigualdades existentes no interior da sociedade. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira* - EducaBrasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2002, Disponível em: <http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=476>

dificuldade dos alunos em entender seu real papel no processo ensino aprendizagem e em buscar novas fontes do conhecimento à medida que se tornavam corresponsáveis pelo processo.

Alguns estudos demonstraram que os instrumentos pedagógicos adotados podiam melhorar o processo de ensino-aprendizagem, possibilitando aos estudantes estarem mais preparados para enfrentar os desafios da vida profissional, como o desenvolvido por Hill-Sakurai et al. (2008), professores do departamento de medicina da família e da comunidade da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos, sobre a abordagem do desenvolvimento profissional do currículo da escola médica. Este estudo foi realizado com alunos do terceiro ano, utilizando diferentes estratégias como ferramentas de aprendizagem, levando-os a destacarem os seguintes temas como os mais deficientes no seu processo de formação: (1) a transição para o estágio profissional de aprendizagem (2); os desafios do comportamento profissional, e (3) os erros médicos. Com base no relato dos alunos envolvidos, o tema sobre comportamento profissional gerou 185 comentários, que se desdobravam na dificuldade de comunicação entre profissional/paciente, no atendimento ao paciente movido pela compaixão, na responsabilidade e na pouca colaboração do trabalho em equipe. Concluíram que, uma instituição de ensino precisava adotar instrumentos de ensino-aprendizagem que valorizassem o educando, como o trabalho com grupos focais e a adoção de relatórios críticos, que promoviam o ensino reflexivo dos alunos objetivando melhorar o posterior comportamento profissional.

Batista et al. (2005) ajudaram a compreender as metodologias ativas de aprendizagem ao fazer uma distinção teórica entre os métodos problematizadores: a pedagogia da problematização e a ABP. O primeiro método alicerçava-se nas formulações de Paulo Freire, que faz uma dura crítica da realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens, onde os diferentes sujeitos aprendiam e ensinavam; e o segundo, por sua vez, constituía uma abordagem onde os estudantes lidavam com problemas, previamente elaborados, em pequenos grupos, com a supervisão de um tutor/facilitador. Para a análise dos problemas, partia-se de um conhecimento prévio que ajudava os estudantes a entenderem os processos subjacentes, surgindo as dúvidas. Essas constituiriam os objetivos do aprendizado e serviriam como conteúdo de estudo e matriz para a construção dos trajetos de aprendizagem até a elaboração das sínteses e a produção do novo conhecimento.

Há situações curriculares que conjugam os dois métodos: além do processo de aprendizagem incorporar o aluno como sujeito e o professor como mediador, este com postura crítica e comprometida com o aprendizado do estudante, o acompanhamento das turmas é feito em grupos de estudantes por professores tutores (AMARAL, 2008).

Alonso & Antoniazzi (2010) elencaram os métodos pedagógicos, tradicionais e ativos, mais usados pelos cursos no processo ensino aprendizagem:

- A aula magistral ou expositiva – na analogia com uma apresentação o professor ocupa integralmente o palco, expondo seus pontos de vista sobre determinado assunto de forma ativa, porém, destinando ao aluno um papel passivo ao receber os conhecimentos e memorizá-los para melhor exercício de sua profissão;
- A aprendizagem baseada em problemas - ABP (PBL – *problem based learning*) – confronta o aluno com a realidade e lhe dá a oportunidade de desenvolver destrezas que o método tradicional não permite, uma vez que o problema apresentado, antes do conhecimento permitirá a construção da solução a ser adotada, favorecendo o *aprender a aprender*;
- O estudo de casos – a partir de um caso escolhido e apresentado ao aluno, este expõe as idéias que o caso lhe sugere, e as discute até obter um possível diagnóstico, que será comparado com o diagnóstico correto. Parte-se de uma situação conhecida até chegar a uma solução adequada.
- A aprendizagem em grupo – posiciona docentes e alunos como seres sociais na busca da abordagem do conhecimento sob a perspectiva coletiva, valorizando a interação e a vinculação entre seus membros;
- A aprendizagem baseada em competências – combina a formação teórica com a aplicação dos conhecimentos na aquisição de destrezas no trabalho, no sentido de conectar o saber cotidiano ao científico, com vistas à formação integral que abrange conhecimentos, habilidades, destreza, atitudes e valores;
- *Practicum* – voltado para a aprendizagem de uma prática no contexto do aprender-fazendo, onde o tutor (e/ou professor) funciona como

referência do conhecimento e ajuda o aluno a refletir sobre a prática mais adequada para aquele paciente. Esta ferramenta aproxima o mundo das práticas e o mundo da vida diária do mundo acadêmico, onde a ênfase é deslocada do conteúdo para a prática.

Santos (2011) centrou sua reflexão em torno do método de ensino aprendizagem baseado na competência, definida como a capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional, o que conduz à elaboração de currículos integrativos no intuito de formar profissionais preparados não só para o mercado, mas para a vida.

### **2.1.2 O processo ensino aprendizagem e os ambientes de formação profissional na área de saúde: a valorização da APS como campo de atuação**

A preocupação mundial com a formação profissional na área de saúde abarca diferentes aspectos, que vão desde o conteúdo academicamente trabalhado em seu período de graduação, passando pelas estratégias pedagógicas utilizadas no processo formativo e nos espaços disponibilizados para a construção do conhecimento, até chegar à adequada valorização dos diferentes níveis de complexidade que compõem a atenção e a assistência à saúde.

Quando o ensino supera a metodologia tradicional da transmissão vertical de conhecimentos, com maior ênfase no ensino do que na aprendizagem, voltando-se para a missão de atuar na produção de serviços, ganham destaque, na contextualização da integração ensino-serviço, estratégias pedagógicas inovadoras e a discussão de redes como espaços de conformação de um novo ator.

Outro componente importante no processo ensino aprendizagem constitui o ambiente em que ele se dá, que quando motivador, contribui para determinar o sucesso acadêmico do aluno, conforme Abraham et al. (2008) demonstraram em estudo em Melaka Manipal Medical College (MMMC) (Manipal Campus - Índia), ao comparar as percepções de estudantes de primeiro ano de medicina com os que se encontravam na fase clínica da formação, sobre o ambiente de aprendizagem.

Embora os alunos do primeiro ano estivessem mais satisfeitos com o ambiente de aprendizagem no MMMC, em comparação com os estudantes do lote clínico, o estudo revelou áreas problemáticas no ambiente de aprendizagem da escola, a partir das quais foi possível adotar algumas medidas corretivas e vislumbrar a diversificação dos cenários de aprendizagem.

A representação do ambiente rural exerce influência no aprendizado do aluno, e foi tema da pesquisa desenvolvida por Mateen (2006) na Universidade de Saskatchewan, em Saskatoon (Canadá), onde foram coletadas, junto aos estudantes, suas informações sobre seu contexto sócioeconômico (para verificar se eles tinham origem rural), os planos para a prática profissional futura e as opiniões sobre suas experiências em ambientes rurais e em unidades de atenção primária. Verificou-se interesse daqueles que estavam ou estiveram na área rural pela medicina de família e a prática na Atenção Primária à Saúde (APS), sem que o grupo que estivesse em área urbana se interessasse pela prática rural, apontando ainda uma insuficiência do currículo de graduação em disponibilizar cenários diversificados para a aprendizagem discente, não o estimulando.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, acompanhando as mudanças na política de saúde e os desafios da assistência médica com novas propostas de ensino-aprendizagem, reelaborou seu projeto pedagógico centrado no aluno, destacando a influência dos cenários de prática no desempenho discente (SILVA & REZENDE, 2008).

Da mesma forma, na FAMEMA os processos de formação dos profissionais de saúde passaram por transformações, com a implementação de um currículo integrado, utilizando em sua metodologia de ensino a diversificação de cenários de aprendizagem. Análise feita por Ferreira, Silva e Aguera (2007) sobre a percepção dos acadêmicos das duas primeiras séries iniciais a cerca das ações em saúde que desenvolviam com a comunidade na Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP), no cenário da Atenção Básica de Saúde (ABS), permitiu categorizar suas ações em quatro grandes temas no primeiro ano: a construção do conhecimento no cotidiano das ações de saúde; a contribuição social do estudante; o aprimoramento das relações e o olhar para as diversidades; e em dois, no segundo ano: a formação de um novo olhar sobre o SUS e a ampliação dos cuidados a partir de necessidades de saúde. Evidenciaram-se, então, percepções comuns entre ambas as séries do curso em relação à aprendizagem na ABS, mostrando a importância que este cenário tinha

no processo ensino aprendizagem, notadamente na construção de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender com a realidade na qual se inseriam.

A experiência da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) reforçou a importância do aprendizado em cenários diversificados. Carvalho, Garcia e Rocha (2006) descreveram e analisaram os cenários de ensino/aprendizagem vivenciados por alunos do primeiro ano em uma unidade básica de saúde (UBS) de Campinas-SP, entre 2002 e 2004. A partir de vivências concretas e parcerias com os trabalhadores, os alunos tiveram a oportunidade de vincular-se, desde o início da graduação, aos serviços de saúde, onde a abordagem problematizadora contribuiu para intensificar a parceria entre a academia e o serviço de saúde. Ela possibilitou aos alunos atenderem às demandas da UBS e, por outro lado, induziu a criação de uma “rede docente” - constituída pelo gestor, pelos profissionais e docentes da UNICAMP, que deu inestimável contribuição à formação discente, fortalecendo, no processo, a capacidade de gestão dos serviços por parte dos profissionais envolvidos.

O processo ensino aprendizagem na área de saúde sofre assim, influência direta dos instrumentos pedagógicos adotados em sua prática e das condições do ambiente onde estas práticas acontecem. A formação profissional distante da realidade do serviço de saúde e das demandas assistenciais reais esgotou um modelo pedagógico tradicional, propondo medidas alternativas no processo de ensino, sobretudo com alusão ao aprendizado nas práticas extramurais.

Contribuiu para essa necessária mudança formadora nas instituições de ensino, a falência do paradigma que orientou por tanto tempo as práticas sanitárias, centradas no modelo biomédico, na super especialização dos profissionais e no uso intensivo de tecnologias duras. A reprodução acadêmica deste modelo desconsiderava sistematicamente as reais necessidades da população usuária do sistema público de saúde (CAMPOS, 2002).

A preocupação brasileira com a formação de recursos humanos na área de saúde mais qualificada para as demandas sociais e orientada pelo aprendizado no serviço é compartilhada mundialmente com diferentes centros de ensino, a exemplo do que Furler et al. (2008) descreveram em seus estudos sobre a qualidade das ações ofertadas ser resultado do maior investimento nos cuidados primários em saúde, com ações de mais alta qualidade, com resultados equitativos e profissionais melhor formados. Segundo os autores, para atender à demanda crescente na área de saúde, precisava investir em cuidados primários ou na APS desde a formação acadêmica do



profissional, buscando-se uma ampla revitalização da formação e respondendo às questões de relevância para os profissionais, pacientes, comunidades e governo.

A Grécia vivenciou o aumento do desinteresse dos profissionais pela APS, conforme Mariolis et al. (2007) descreveram em investigação dos interesses dos estudantes da área de saúde, ao analisar suas escolhas. Concluíram que apesar das grandes necessidades da população, a atenção primária não era a primeira opção de carreira entre os entrevistados, seja pela baixa autoestima do profissional que a escolhia ou pelo desconhecimento e despreparo do aluno que se formava para atuação neste nível. Por isso, tornou-se inegável a necessidade da inclusão de uma disciplina que fundamentasse e incentivasse a formação do profissional de atenção primária, tendo em vista a qualificação dos cuidados primários em saúde e a demanda por seus serviços.

O Canadá, berço do incentivo à APS na década de 70, enfrentou problema semelhante à Grécia, onde o número de estudantes que escolhiam este nível de atenção como opção de carreira havia diminuído. McKee et al. (2007) propuseram como forma de cultivar o interesse dos alunos, a criação de grupos de estudo, reunindo alunos de graduação, professores, residentes e profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Colocar os acadêmicos em contato direto com o trabalho desempenhado pelos profissionais, em um processo de troca de informação, iria auxiliá-los a perceber a importância de aprender/fazendo, levando-os a concluir ser este um mecanismo eficaz para despertar o interesse do aluno, devendo ser estimulado desde os primeiros anos de graduação.

Bethune et al. (2007), em estudo realizado na Memorial University of Newfoundland, campus St. John's (Canadá) confirmaram a tendência canadense de diminuição de interesse pela APS como área de atuação, pela falta de incentivo formador, produto da falta de diversificação dos espaços de aprendizagem ou da ausência deste componente no currículo da graduação. Dos estudantes pesquisados, muitos consideraram a APS como uma opção de carreira viável no início de sua experiência de graduação, quando entravam para a faculdade, caindo significativamente seu interesse durante os anos subsequentes, somente recuperando o fôlego nos períodos finais do curso. A atenção devia ser dirigida para a compreensão de como o currículo de graduação, nos primeiros anos de curso podia proteger e cultivar o interesse pela Estratégia de Saúde da Família, como uma escolha de carreira.

A escolha pela medicina da família como opção de atuação pelos acadêmicos, o conhecimento dos fatores que influenciam nesta escolha e o papel da instituição de ensino neste processo, são imperiosos na formação de uma rede de futuros profissionais qualificados e preparados para a atuação na APS. Scott et al. (2007), em abordagem qualitativa, com grupos focais e entrevistas, utilizando como cenário para coleta de dados três escolas da área de saúde no oeste do Canadá: a Universidade da Columbia Britânica, em Vancouver, a Universidade de Calgary, em Alberta, e da Universidade de Alberta, em Edmonton, entrevistaram 33 estudantes durante as suas primeiras duas semanas de aula, no final da sua formação pré-clínica; e novamente no final da sua formação clínica. Os estudantes relataram que as influências sobre a escolha pela APS como campo de atuação, ocorriam em distintos períodos de sua formação, mas que as escolas tinham o papel de oferecer experiências de alta qualidade clínica em medicina de família, e considerar a influência potencialmente positiva de ambientes rurais na modulação da aprendizagem discente, ajudando os estudantes a tomar decisões mais contextualizadas em sua vida profissional.

Para além dos instrumentos pedagógicos usados, do ambiente de aprendizagem adotado e da valorização da APS como campo de atuação desde os anos iniciais da graduação, Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentaram um conceito necessário à formação na área da saúde: a idéia do quadrilátero, que agregava o ensino, a gestão, a atenção e o controle social no paradigma formativo. Os autores buscaram, a partir de uma prática em experimentação como política de educação para o Sistema Único de Saúde (SUS), formular uma teoria, cujas ferramentas permitam a análise crítica do processo educativo no setor saúde, e apontavam a construção e organização de uma gestão da educação na saúde, integrada à gestão do sistema no qual se inseria, reconstruindo a imagem dos serviços associada à atenção em saúde resolutiva e ao controle social participativo.

### **2.1.3 O processo ensino aprendizagem e a diversificação dos cenários de prática**

Durante muitos anos questionou-se a inadequação e a insuficiência do conteúdo disciplinar na formação na área de saúde, que não permitia aos acadêmicos estarem preparados para a abordagem da clientela em ambiente extra-clínico e próximos da realidade de trabalho necessária à sociedade. Nos últimos anos, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm enfatizado a

necessidade de alinhar a prática e a formação profissional em saúde como ferramentas fundamentais para reverter este quadro.

A América Latina apresenta uma estrutura com extensos problemas de cunho social, epidemiológico e demográfico que impõem aos serviços de saúde novos e crescentes desafios ou demandas, tendo como agravante nesse panorama, uma formação profissional em geral fragmentada, centrada em aspectos biológicos, superespecializada, privilegiando o cenário clínico-curativo.

Dessa forma, impõe-se contemplar na formação acadêmica, a dimensão psicossocial do processo saúde/doença, para que o futuro profissional de saúde tenha despertada a sua sensibilidade e a sua consciência para as questões de ordem subjetiva e coletiva presentes em seu cotidiano de trabalho, tornando-se um agente promotor da elevação da qualidade de vida da população, que é, em última instância, um dos objetivos amplos das políticas públicas e, portanto, da educação (CABRAL et. al.,2008).

Com o apoio da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), dos Ministérios da Educação e da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) - no sentido de inserir as Escolas Médicas nas discussões em torno de um novo modelo de atenção à saúde, buscou-se uma integração entre as escolas formadoras e o SUS, por meio de sua rede de unidades de saúde, articulando ensino, pesquisa e extensão, igualmente proporcionando contato de professores e alunos com realidades sociais, o que posteriormente foi seguido pelos demais cursos da área de saúde (BULCÃO, 2004).

Alguns eventos internacionais contribuíram, historicamente, para impulsionar essa trajetória de Integração Ensino-serviço, com a diversificação dos cenários de aprendizagem discente, com destaque para a Trigésima Assembléia Mundial de Saúde, que aprovou a resolução da OMS, que estabelecia como meta principal, o alcance até o ano 2000, de um grau de saúde para todos os habitantes que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva.

Neste processo indutivo de melhoria da qualidade de vida da população, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, Cazaquistão, URSS) reafirma a resolução da Assembléia Mundial de Saúde, propondo investimento na APS e incentivo à formação acadêmica nos cenários de trabalho do serviço público (CURY & MELO, 2006).

No campo das práticas, os cursos de graduação da área de saúde comprovam a necessidade da interação ensino/serviço, quando seus estudantes realizando estágio em espaços diversificados, percebem a importância da reorientação do modelo assistencial e da consolidação dos princípios do SUS, permitindo assim, uma ampliação do desenvolvimento e do aperfeiçoamento de habilidades de cuidado, educação, gerência e pesquisa, junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidade, estabelecendo pontes concretas de comunicação com o mundo do trabalho (COLLISELLI et. al., 2009)

Esta interação busca ainda o fortalecimento das relações de parceria entre a Instituição formadora, os profissionais, gestores e usuários, que instituem estratégias dialógicas na proposição, implementação e na avaliação de ações inovadoras, com reflexos favoráveis à ampliação da capacidade crítica e criativa de todos os envolvidos.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357).

A definição adotada pelos autores não deixa dúvida quanto à extensão e à complexidade do processo de aprender-fazendo, onde o produto do processo dar-se-á em três frentes diferentes: na qualidade da ação em saúde ofertada, na formação profissional mais adequada ao serviço prestado e na satisfação dos trabalhadores do serviço.

No conjunto de ações que remodelaram o processo ensino aprendizagem, destaca-se a diversificação dos espaços de ensino, ultrapassando as barreiras físicas acadêmicas para os serviços de saúde do SUS onde, *in lócus*, o aluno teria a possibilidade de aprender e vivenciar os problemas de saúde onde de fato eles acontecem, com o respaldo técnico-científico dos profissionais que os acompanhassem em suas práticas.

Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) apontavam no início deste século algumas alternativas no processo de ensino-aprendizagem, utilizadas na formação acadêmica, com destaque para a diversificação dos cenários de prática discente, que propunha a incorporação e a inter-relação entre os métodos didáticos e pedagógicos;

a utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras nos processos de trabalho, considerando-se a dinâmica social da saúde e da doença, e a valorização de preceitos morais e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas. Compreende-se a diversificação dos cenários de aprendizagem como uma das estratégias para a transformação curricular e aproximação dos estudantes com a vida cotidiana das pessoas, desenvolvendo olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população, sem que estes cenários se restrinjam aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas, sim, que avancem para os espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas e possibilitem a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerem mudanças no processo de formação profissional.

Uma das opções dessa diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece, durante sua formação, inserido num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo conhecimento e serviço de saúde para a população. Esse tipo de educação requer envolvimento dos educandos com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola (FERREIRA, SILVA, AGUERA, 2007, p. 54).

Cabe uma reflexão sobre a compreensão conceitual e dialética em torno do trinômio ensino-serviço-comunidade, cujas afirmações de Cabral et. al. (2008) apontam para a complexidade de sua triangulação, com o qual estudantes e docentes devam interagir.

Primeiramente, há o estranhamento decorrente do confronto dos diferentes interesses postos em contato, e fazer confluírem pontos convergentes dos três universos distintos (docentes, acadêmicos e comunidade) é tarefa desafiadora, cujo roteiro de execução deve ser construído a partir de cada situação concreta, sem esquemas preconcebidos que possam prejudicar a percepção da realidade.

Outras dificuldades apontadas pelos autores referem-se primeiramente ao plano organizacional da interação, que congrega distintas instituições, com seus respectivos códigos, regimentos, finalidades e cultura institucional, nos quais as diferenças burocráticas e ideológicas podem desaguar em conflito, e na ausência de variáveis do fenômeno ensino-aprendizagem normativamente constituídas, pela

incipiência dos processos de interação ensino-serviço e de indicadores apropriados que permitam o adequado monitoramento e avaliação.

Contudo, a opção por diversificar os cenários da aprendizagem foi incorporada por diferentes instituições de ensino em diversos lugares, cuja importância, Ferreira, Cotta e Oliveira (2009) ressaltaram quando apontaram como estratégia necessária na formação em saúde. A diversificação do processo de ensino aprendizagem transpõe as fronteiras da sala de aula por meio de um modelo pedagógico que equilibra a excelência técnica e a relevância social, com métodos pedagógicos ativos, centrados nos alunos. Sugerem inserir a vivência prática, destinando parte da carga horária curricular às reflexões e atividades com e nos próprios serviços de saúde, com base na relação de parceria e integração da universidade com os mesmos, com a comunidade, com as entidades e com outros setores da sociedade civil.

Lobo (1985) afirmara que embora já houvesse uma tendência contrahegemônica em se deslocar o graduando dos cursos da área de saúde para o centro do processo de ensino, como sujeito das práticas, os serviços de saúde deveriam contribuir, apontando que tipo de recursos humanos seria necessário formar para atender às demandas do setor. Desta forma, os serviços de saúde ganhariam papel de destaque na orientação da formação profissional, não sendo apontado apenas como cenário das práticas, onde os alunos iriam aprender e depois não mais voltariam, mas orientador da própria prática - o ensino orientado pela necessidade apontada pelo serviço.

Mas, em uma retrospectiva temporal, a primeira vez que a disponibilização de espaços alternativos ao aprendizado discente na área de saúde aparece no cenário nacional data de 1974, com o Documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 1974)<sup>5</sup>, que propunha as bases para a integração docente-assistencial. A isto veio se somar o relatório da XIIª Reunião Anual da ABEM<sup>6</sup>, que admitia o ensino do internato realizado fora da escola médica, e a grande expansão da assistência médica previdenciária, que tem como

---

<sup>5</sup> Comissão de Ensino Médico (Documento nº 2): Ensino médico e instituições de saúde, 1974.

<sup>6</sup> XII Encontro Anual da Associação Brasileira de Ensino Médico, realizada em São Paulo, de 11 a 14 de setembro de 1974, cujo relatório propunha, dentre outros pontos, que o Internato poderia ser realizado fora dos serviços subordinados às escolas médicas, de preferência em instituições de saúde da região em que se situava a escola, e que suas atividades deveriam incluir projetos de extensão comunitária, áreas rurais e campos avançados. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/230877/0-internato-nas-escolas-medicas-brasileiras>

consequência o crescimento da rede ambulatorial de assistência, seguida sobremaneira pelos demais campos da área de saúde (CURY & MELO, 2006).

No Brasil, a utilização de diferentes cenários de prática na formação acadêmica foi sendo estimulada, e constantemente avaliada, por inúmeras escolas em seu processo de ensino-aprendizagem, como apresentaram Stella et al. (2009) em seu estudo sobre a auto-avaliação a que se submeteram 28 escolas brasileiras participantes do Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), da ABEM, com destaque para o eixo Cenários de Prática, um dos cinco eixos relevantes estabelecidos na formação profissional.

Este eixo foi composto por três vetores: locais de exercício da prática utilizado pela escola; prática proporcionada aos discentes com orientação docente; e oportunidades oferecidas aos estudantes para vivenciar as demandas espontâneas de atendimento em saúde (âmbito da prática). Constataram que em relação ao vetor Local de Prática, três quartos das escolas se colocaram como predominantemente utilizando unidades do sistema de saúde voltadas à atenção primária, secundária e terciária; outro quarto se percebeu utilizando exclusivamente o nível secundário da atenção à saúde. Quanto à Participação Discente, a maioria afirmou proporcionar ao estudante ampla participação, com orientação e supervisão docente nos diversos cenários de prática; e no vetor que trata o Âmbito da Prática, um quarto das escolas se limitou a oferecer práticas ligadas aos departamentos e especialidades/disciplinas: um terço ofereceu práticas que cobriam vários programas de forma estanque, e quase metade das escolas (43%) ofereceu prática ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção, de forma integral.

Colliselli et. al. (2009) fizeram um relato da experiência acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária Regional de Chapecó, apresentando a trajetória de implantação do estágio curricular supervisionado, visando a destacar as contribuições referentes à ampliação do papel do enfermeiro através da diversificação dos cenários de prática e as possibilidades de fortalecimento da integração ensino-serviço. A partir de 2006 houve uma ampliação significativa da inserção dos estudantes da referida escola de formação, com ações de cuidado, gerência e educação nos cenários da rede de atenção básica, escolas e espaços da comunidade, o que permitiu colocá-los em contato com o contexto social, possibilitando seu aprimoramento nas habilidades requeridas ao profissional enfermeiro generalista. Por outro lado, fortaleceu relações de parceria entre a

instituição formadora, profissionais, gestores e usuários, ampliando as possibilidades de integração ensino serviço.

## **2.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA ODONTOLOGIA**

### **2.2.1 Aspectos históricos da formação odontológica e o exercício profissional**

[...] por outro, entre os que se dedicam a ensinar odontologia tem prevalecido a convicção de que, para ensinar as disciplinas dessa carreira, basta conhecê-la bem. A chamada experiência docente pode medir-se, em geral, pelo número de anos de ensino [...] Consequência disso é que a maioria dos professores de odontologia, de todas as categorias, tem sido autodidata quanto à ciência e à arte de ensinar (OPAS, 1963, p.5).

A prática da Odontologia no Brasil remonta o século XVI, com a predominância das extrações dentárias e a utilização de instrumentos rudimentares e inadequados, com pouca ou nenhuma condição de higiene (FERNANDES NETO, 2002). Nesse período, o ofício era praticado por barbeiros ou sangradores, que para exercer esta atividade dependiam de uma licença especial conferida pelo “cirurgiãomor” da Corte Portuguesa. Em 1629, através da Carta Régia, foram introduzidos no Brasil os exames, específicos para licenciamento dos profissionais, precursores dos atuais cirurgiões-dentistas.

No Brasil ainda continuavam a se destacar profissionais licenciados, cujo exercício se embasava exclusivamente na prática, como Joaquim José da Silva Xavier (1746-1792), o Tiradentes que, em função de sua contribuição na histórica política do país, é considerado o patrono da Odontologia brasileira (ANACLETO & CUTOLO, 2007).

A partir daí, o exercício profissional se caracteriza pelo exercício ilegal, desenvolvido por dentistas práticos (ou simplesmente práticos) e exercício legal, exercido por profissionais da arte dentária (licenciados legalmente), ambos convivendo, à época.

Até 1881, o exercício legal da arte dentária, tanto por brasileiros quanto por estrangeiros, exigia a aprovação em um exame de habilitação realizado por uma Escola de Medicina sem nenhum pré-requisito (MOTT et al., 2008).

Maltagliati e Goldenberg (2007) descreveram a regulamentação da profissão no ano 1856. Os ‘práticos’ aprendiam seu ofício com o ‘mestre-artesão’ e atendiam



aos segmentos menos favorecidos da população. A elite da população era assistida por dentistas com formação universitária formal, principalmente franceses ou nativos formados no exterior, que recebiam o título de cirurgião dentista da Casa Imperial.

Tanto com relação à formação, quanto ao exercício profissional, os caminhos europeus estavam bem à frente. Em 1728, na França, Piérre Fauchard (1678-1761) revolucionou a Odontologia ao publicar a obra: *Le Chirurgien Dentiste au Traité des Dents*, inovando conhecimentos, criando técnicas e aparelhos (ANACLETO & CUTOLO, 2007).

A leitura feita por Queluz (2003) descreve a evolução da Odontologia, de ocupação indiferenciada a ocupação principal, quando o indivíduo começou a exercê-la como arte ou ofício, constituindo-se a provedora de seu sustento. O profissionalismo da área aconteceu, quando a arte de curar se distanciou do místico e do sobrenatural e as doenças passaram a ser compreendidas como decorrência de causas naturais, que resultou na abertura dos primeiros cursos de formação.

Ainda segundo a autora, à medida que começou a aumentar o grupo de pessoas com cursos formais, houve a necessidade de se criarem regras que orientassem o exercício da Odontologia como profissão, restringindo a forma de ingresso de novos profissionais, que passa a estar condicionado pela habilitação conseguida nos referidos cursos.

No mundo, o primeiro curso de Odontologia foi criado em Baltimore, Estados Unidos, em 1840. A formação se dava em dois anos de duração, com um período de ensino acadêmico e o restante de trabalho junto a um dentista em seu consultório, em uma relação mestre/aprendiz (QUELUZ, 2003). Esse curso marcou o início da transformação do primeiro modelo de formação, baseado na relação mestre/aprendiz, para um modelo baseado na formação regrada, com um longo período de instrução formal em instituições de ensino. Essa evolução continuou com a criação do primeiro departamento de Odontologia na Universidade de Harvard (1867), com o estabelecimento de dois anos de duração para cursos de formação (1891), com a publicação do relatório Flexner (1910) e do Relatório Gies (1926), específico para os cursos de Odontologia, que sofriam de problemas parecidos com os das escolas médicas. Foi proposto mais rigor no ensino e instrução médica e científica no saber odontológico geral aos estudantes de Odontologia por pelo menos dois anos de formação de nível universitário (ALONSO & ANTONIAZZI, 2010).

O ensino da Odontologia no Brasil começou em 1884, quando o Imperador do Brasil, Dom Pedro II, formalizou a profissão por decreto<sup>7</sup>, criando cursos de Odontologia nas escolas de Medicina, no Rio de Janeiro e na Bahia. A partir daí adotou-se, como exigência para o exercício da profissão, o diploma obtido nos cursos recém-criados, ou um exame de revalidação nas referidas faculdades para aqueles que tivessem obtido seu diploma no exterior (MOTT *et al.*, 2008; SALIBA *et al.*, 2009). Esses cursos inicialmente eram ministrados em três anos, sendo reduzidos para dois anos a partir de 1890, com conteúdos sobre química, física, anatomia, histologia, fisiologia, higiene, clínica e prótese dentária. Aos poucos foram incluídos conteúdos sobre patologia, terapêutica dentária, jurisprudência e deontologia dentária.

Em 1911, a disciplina chamada “Técnica Dentária” foi introduzida no Brasil, e envolvia treinamento em manequins para sua aprendizagem, o que representou um avanço nos aspectos formativos, trazendo grande valorização da técnica como habilidade pretendida. A partir de 1933, as escolas de Odontologia tornaram-se autônomas e a profissão começou a se diferenciar da Medicina, o que permitiu que algumas escolas avançassem na especialização, indo além da formação básica oferecida (SALIBA *et al.*, 2009).

A duração dos cursos passou a oscilar entre três e seis anos de formação, e passou a haver a exigência de ensino secundário para o candidato a cirurgião-dentista, agora profissão de nível superior. As primeiras escolas criadas desaparecem e são substituídas por escolas universitárias, autônomas em relação à Medicina e mais organizadas pedagogicamente (QUELUZ, 2003).

A representação social quanto aos frequentadores dessas escolas, lembrava os tempos de mística e magia, onde o profissional era considerado um semideus, agora por outras razões, como descrito no relato que se segue:

Nos intervalos da conversa, todos eles olhavam o novel dentista como se fosse um ente sobrenatural. Para aquela gente toda, Cavalcanti [dentista recém-formado] não era mais um simples homem, era homem e mais alguma coisa sagrada e de essência superior [...] a sua substância tinha mudado, era diferente deles e fora ungido de não sei que coisa vagamente fora da natureza

---

<sup>7</sup> Assinado em 25 de outubro de 1884, o Decreto nº 9311 alterava os estatutos das Faculdades de Medicina do Império, e em seu Artigo 1º criava oficialmente o curso de Odontologia nas Faculdades de Medicina, então localizadas em Salvador e no Rio de Janeiro.

terrestre, quase divina (CUNHA, 1986, p.164;165, citado em MOTT *et al*, 2008).

Os autores afirmaram que a Odontologia, ao se tornar acadêmica tornou-se privilégio de uma elite, que podia arcar com os custos de sua formação, sendo reservado a esses, além do direito de exercer a profissão de cirurgião-dentista, uma formação superior, uma especialidade em ciências biológicas e naturais, um passaporte para outros cursos e para outras profissões, um título valorizado que possibilitava o acesso a uma carreira ou a um cargo público de prestígio.

Internacionalmente, o Reino Unido (1859), Finlândia (1880), Suíça (1881) e Rússia (1891) foram os primeiros países a introduzir um plano de estudos em Odontologia, independente do currículo de Medicina, embora muitos países tivessem mantido durante anos, um currículo associado, onde a Odontologia era uma especialidade médica (ALONSO & ANTONIAZZI, 2010).

As novas exigências sociais do contexto político-econômico que se estruturou em torno da cultura do café e do desenvolvimento industrial no final do século XIX e o início do século XX impulsionaram a regulamentação da profissão no Brasil e a necessidade da formalização do ensino odontológico no país.

A primeira Faculdade de Odontologia do Estado de São Paulo foi criada em 11 de fevereiro de 1899. De iniciativa privada, a Escola Livre de Farmácia e Odontologia seria incorporada à Universidade de São Paulo na década de 1930 (MALTAGLIATI & GOLDENBERG, 2007). Outras escolas foram sendo criadas em cidades do interior paulista: Pindamonhangaba (1913), São Carlos (1914), Piracicaba (1915), Mococa (1916), Itapetininga (1921), Jaboticabal (1923), Araraquara (1923) e Ribeirão Preto (1924) (Campos, 1966). Em Minas Gerais também é surpreendente o número de escolas fundadas: Juiz de Fora (1904), Belo Horizonte (1907), Silvestre Ferraz, hoje Carmo de Minas (1911), Alfenas (1914); Ouro Fino e Leopoldina (1929) (MOTT *et al*, 2008), imprimindo novos contornos ao cenário do ensino da Odontologia no Brasil.

Maltagliati e Goldenberg (2007) destacaram que, no decorrer da república brasileira, o ensino da Odontologia, na década de 30, caracterizava-se pelo movimento “*contra a ignorância, a comercialização [do ensino] e o charlatanismo*” e preconizava a formação fundamentada na ciência, com adequado treinamento. Incluindo o ensino das áreas básicas, o curso de Odontologia comportava três anos de treinamento e abrigava mais um ano de formação opcional em áreas específicas, o

que daria condições para o desenvolvimento tecnológico e científico da prática profissional.

Na década de 60, Queiroz & Dourado (2009) destacaram três seminários ocorridos sobre o ensino odontológico e sua evolução, promovidos em parceria entre a OPAS, Fundação Kellogg e Associação Latino Americana das Faculdades de Odontologia (ALAFO) que, de certa maneira, serviram de matriz para a elaboração das DCN para os cursos de Odontologia no Brasil, em 2002. Os seminários ocorreram na Bolívia em 1962<sup>8</sup>, no México em 1964<sup>9</sup> e no Brasil em 1966<sup>10</sup>, e reuniram professores de Odontologia da América do Sul e Central com propostas para o ensino odontológico para a América Latina. Dentre as propostas, o cirurgião-dentista deveria ser um profissional apto a trabalhar nos serviços de saúde pública e a planejar e a executar ações coletivas de saúde bucal, e sua formação deveria ser conduzida de tal forma, que lhe permitisse adaptar-se à realidade, visando a sua transformação. Cientes de que havia diferenças na formação do profissional, conforme o local em que ele estava sendo preparado para atuar, optou-se por uma formação equilibrada, que contemplasse os diferentes aspectos da atuação profissional. Contudo o projeto da profissão à época era formar profissionais voltados para o exercício liberal da profissão, e não para atuar na saúde pública, como um dos aspectos defendidos na proposta apresentada.

Neste período, a duração dos cursos deveria ser de quatro anos, com currículo integrado e adoção de métodos pedagógicos variados, incluindo os “modernos” meios audiovisuais, entre eles a televisão, de modo a evitar as aulas expositivas. As escolas de Odontologia deveriam estar próximas às escolas de Medicina e aos hospitais de clínica e organizadas com um currículo que integrasse horizontal e verticalmente as disciplinas já existentes, que enfatizasse a prevenção e introduzisse novas disciplinas de caráter humanístico, superando a dimensão apenas técnica de atuação profissional existente.

---

<sup>8</sup> 1º Seminário Latino Americano sobre Ensino da Odontologia, realizado em Bogotá, recomendava a uniformização da duração mínima dos cursos de odontologia, bem como a de conteúdos e denominações das disciplinas, visando à integração dos mesmos, valorização do preventivismo, a criação de uma "clínica integrada"

<sup>9</sup> 2º Seminário Latino Americano sobre Ensino da Odontologia, discutiu a carga horária contratual do docente e a necessidade de exclusividade à docência, e propôs que as faculdades se organizassem em departamentos,

<sup>10</sup> 3º Seminário Latino Americano sobre Ensino da Odontologia, realizado em Petrópolis, discutiu os seguintes temas: desenvolvimento das bibliotecas e aumento do uso da literatura na odontologia; treinamento de pessoal auxiliar nas faculdades de odontologia; educação após a graduação na faculdade de odontologia; e o papel da investigação nas faculdades de odontologia.

Na prática, durante os anos 1960, uma discussão permeou fortemente o ensino da Odontologia no Brasil: a criação ou não de disciplinas específicas de Odontologia preventiva, embora houvesse forte influência norte americana para que isso acontecesse. Contudo, o Brasil só aderiu ao movimento preventivista odontológico no início dos anos 1970, seduzindo inicialmente apenas restritos setores universitários e sendo objeto de grande desinteresse pelos clínicos, superado apenas na década de 1980, com o desenvolvimento da cariologia nos países escandinavos e o êxito lá alcançado pelas estratégias de controle da cárie (NARVAI, 1994).

No período mais avançado do profissionalismo, de 1960 a 2000, o ensino odontológico além de organizar-se de forma mais equilibrada, valorizando os aspectos técnicos, biológicos, e mais adiante, os aspectos sociais, iniciou os primeiros cursos de pós-graduação tendo como resultado a criação de mais duas categorias de profissionais: os mestres e os doutores em odontologia (QUELUZ, 2003)

O ensino da Odontologia como uma ciência da saúde sofreu influência direta do modelo biomédico que reorientou toda a formação de profissionais no início do século passado. Os estudos de MENDES (1984) na década de 80 refletiam e confirmavam a influência do modelo da “Odontologia científica”<sup>11</sup> no ensino da Odontologia, cujas ações resultavam na fragmentação das funções clássicas de docência, serviço e pesquisa. Outros problemas foram apontados como: a estruturação do plano de curso baseado nas especialidades odontológicas; a organização em que obrigatoriamente a teoria antecedia à prática e o básico antecedia ao clínico; o currículo dirigido à doença ou à lesão, com ênfase no tratamento curativo/reabilitador; o ensino exclusivamente intramuros; a formação para o exercício de uma prática individual; o ensino comprometido com a difusão de tecnologia sofisticada; a metodologia de ensino baseada em aulas expositivas; e a relação professor-aluno autoritária ou paternalista.

Neste período, a clínica possuía intensa significação de primazia no ensino odontológico, como Botazzo (2003) apontou ao refletir sua importância na atividade profissional como ferramenta positivista para tratar um corpo positivo, ou seja, de modo correto e seguro, objetivo, de fácil reprodução, e externo ao mundo do

---

<sup>11</sup> A Odontologia Científica/cientificista ou flexneriana baseia-se no biologismo (exclusão da causa social); no mecanicismo; no individualismo, na centralização dos recursos, na especialização; na tecnificação do ato; com ênfase na prática curativa

profissional. Historicamente, o ensino odontológico centrou seu modelo pedagógico nas clínicas, tal como o autor as caracterizou, e esgotou nestas o objeto pretendido pela missão educadora, formando profissionais hábeis e tecnicamente preparados porém incapazes de resolver sociopatologias.

A partir da década de 1970, a corrente denominada de causalidade social ganhou importância pelo reconhecimento do caráter histórico dos fenômenos sociais na transformação da ação humana, influenciando modelos curriculares que buscavam a visão social como elemento primordial na missão educativa (ALONSO & ANTONIAZZI, 2010).

O ensino odontológico no Brasil carecia de transformações estruturais que modificassem o perfil de seus formandos e enfrentasse algumas dificuldades apontadas por Zanetti (2006), quando analisa a fragmentação do ensino na área de saúde:

[...] o dinamismo da totalidade da situação de adoecimento apresentada pelos pacientes (“a doença como objeto empírico”) é artificialmente suspenso e por esse artifício lógico, a totalidade é cartesianamente decomposta (fragmentada), tem a sua integralidade negada (racionalmente), atomizada (intencionalmente) e isolada (didaticamente). Assim o projeto pedagógico novecentista nas ciências da saúde foi instituído sem articulação íntima entre a teoria e a prática, entre disciplinas curriculares básicas e profissionalizantes (ZANETTI, 2006, p. 26).

A proposta de integração curricular para os cursos de Odontologia deveria vir acompanhada de profunda interação entre teoria e prática e entre disciplinas básicas e profissionalizantes, para que o rearranjo curricular não configurasse apenas agrupamento de conteúdo, mas construção coletiva e democrática do conhecimento.

Oliveira et al. (1999) enfatizavam a importância de propor modelos assistenciais em saúde bucal, estruturados a partir do reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença, tendo o SUS como base filosófica e programática para essa necessária mudança conceitual.

A almejada mudança dos centros formadores e dos serviços de saúde bucal da década de 90 conduziu à mobilização de várias instituições, no sentido de intensificar a aproximação das escolas de Odontologia com os serviços públicos de saúde, a

partir dos quais as práticas orientariam e compartilhariam o aprendizado discente, melhorando assim os serviços prestados à comunidade.

Em 1995, foi publicado o documento *Dental Education at the Crossroads, Challenges and Change*, pelo Instituto de Medicina norte americano, que influenciou o ensino odontológico nos demais países latino americanos e propunha algumas recomendações para o futuro do ensino odontológico, tais como: (a) a odontologia deve ser cada vez mais integrada à Medicina e aos sistemas de saúde em seus níveis de pesquisa, educação e atendimento aos pacientes; (b) as escolas de odontologia devem ensinar modelos de prática clínica científica, centrada em resultados, voltada para o paciente e para a comunidade, eficientes e interdisciplinares, baseados no trabalho em equipe; (c) deve haver intenso fluxo de informação e tecnologia cooperativada entre os centros de ensino, os serviços de saúde e a comunidade (ALONSO & ANTONIAZZI, 2010).

O grande avanço no ensino odontológico alcançado no final do século XX veio acompanhado de intensas preocupações. A primeira refere-se à qualidade da atuação docente. Inicialmente eram bem aceitos os profissionais conceituados no exercício profissional clínico, muito embora não estivessem preparados e nem mostrassem vocação para a prática do ensino, tendo início assim a fase de superação das primeiras décadas de funcionamento dos Cursos de Odontologia (NARVAI, 1994). A segunda relaciona-se com a forte influência das tecnologias vindas de outros países, trazidas pelos profissionais que iam aperfeiçoar-se e voltavam com a pretensão de aplicar os conhecimentos adquiridos na realidade brasileira, com características socioeconômicas muito diferentes do país de origem, o que historicamente distanciou a prática odontológica das necessidades da maioria da população (ANACLETO & CUTOLO, 2007).

Desta forma, pôde-se perceber que a formação profissional em Odontologia se desenvolveu de forma desigual, fruto do conhecimento alcançado em cada período histórico, e foi progressivamente se institucionalizando e sendo refinada à medida que novos saberes eram incorporados à lógica do ensino que começava a despontar.

O processo de formação acadêmica em Odontologia passou por inúmeras transformações nas últimas três décadas, acompanhando as orientações advindas dos serviços de saúde, como produto da demanda assistencial da população. Somem-se a isso, as iniciativas ministeriais e os programas de fomento criados para possibilitar a

interação da academia com os serviços do SUS local, que mudaram os caminhos do ensino odontológico no Brasil.

O movimento disparador que definiu as demandas do sistema de saúde bucal foi o processo de avaliação em saúde, constituindo um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, de caráter contínuo e sistemático, que contemplou em seus objetos a atenção básica com a complexidade e a abrangência que lhe são inerentes.

Esse processo consiste em uma estratégia capaz de diagnosticar e apontar as dificuldades dos sistemas de saúde, sobretudo aquelas oriundas da formação dos profissionais que o integram, gerando inúmeras vezes uma rotatividade profissional no nível da atenção básica, resultando na carência de recursos humanos permanentes no SUS (BRASIL, 2005).

A partir dos processos de avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde pôde-se perceber a carência de recursos humanos qualificados no setor, aliado e a já referida dificuldade formativa, expressa no campo da Odontologia pelo profissional individualista, com uma prática predominantemente curativa, descompromissado com o contexto social no qual seus usuários estão cotidianamente inseridos.

### **2.2.2 O ensino odontológico e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia (DCN)**

O aumento no número de Cursos de Odontologia implantados em vários estados brasileiros acentuou os debates sobre as necessárias reformas curriculares para o ensino odontológico. Na década de 1960, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) propõe a sistematização de um currículo mínimo e a organização de um calendário escolar em atendimento a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o que levou à formação de alunos com visões fragmentadas do ser humano, com foco somente na cavidade bucal (PERRI DE CARVALHO, 2004).

Vinte anos depois, o Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da Resolução n. 04/82, de 3 de setembro de 1982 padronizou o ensino odontológico no país, ao instituir um novo currículo para o Curso de Odontologia com conteúdos



mínimos a serem adotados, visando à formação de um profissional generalista, com uma carga horária mínima de 3600 horas, distribuídas por oito semestres de duração do curso. Foram introduzidas no currículo disciplinas da área de psicologia, antropologia, sociologia, metodologia científica e as clínicas integradas de ensino (BRASIL, 1982).

Em 1995, modificava-se o cenário educacional brasileiro com a promulgação da nova LDB, Lei nº 9.394, de 29 de fevereiro de 1996, que atribuía ao sistema educacional nacional a garantia dos padrões mínimos de qualidade do ensino e a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais. Extinguia os currículos mínimos dos cursos de graduação e estabelecia as diretrizes curriculares para nortear os rumos da formação superior no país (BRASIL, 1996).

As DCN para os cursos da área de saúde foram estabelecidas em 2002, como resultado das novas conjunturas previstas pela nova LDB e pela Reforma Sanitária Brasileira, que propunham uma flexibilização na organização dos currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) e uma base comum para os referidos cursos, sinalizando ainda, a necessidade de maior interação ensino-serviço-comunidade. Superando o currículo mínimo hegemônico, as DCN conferem às IES liberdade para elaborarem seus projetos político-pedagógicos, segundo sua realidade, adequando-os às demandas sociais e aos avanços técnico-científico (BRASIL, 2002).

Santos (2011) afirmou que se o objetivo das DCN era obter uma formação profissional humanista, crítica, reflexiva, com senso de responsabilidade social e atuação voltada para a assistência integral à saúde do ser humano, o conceito de competência a ser empregado no método de ensino aprendizagem adotado deveria integrar aspectos relativos aos atributos do aprendiz, às tarefas a serem desempenhadas e ao contexto da prática profissional, considerando suas dimensões socioculturais, político-econômicas e histórico-geográficas.

Amaral (2008) vinculou a coerência da formulação das DCN, que incluiu os princípios que nortearam a atenção à saúde no Brasil, à abertura para os avanços pedagógicos da formação profissional e à sensibilidade às demandas de setores organizados, destacando que sua compreensão estava diretamente ligada a uma visão ampla, coletiva e contextualizada de seu *modus operandi*. A proposta das DCN abriu espaço para o diálogo entre as áreas do conhecimento e destas com a sociedade, buscando a necessária interação da IES com o serviço de saúde, para juntas desenvolverem a integralidade no cuidado à saúde e nas relações humanas, a

valorização da autonomia, o trabalho em equipe e a aprendizagem contextualizada ao longo da vida.

As DCN propostas para os cursos de Odontologia estabeleceram, dentre seus princípios, a necessidade de encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada, contribuindo para o fortalecimento da articulação da teoria com a prática dos serviços, enaltecendo os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2002).

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a ***aprender a aprender*** que engloba ***aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2002, p. 4).

Com o compromisso de possibilitar o aprendizado do aluno a partir da sua vivência na prática profissional, o objetivo das DCN confere aos cursos de graduação uma identidade própria na organização da interação ensino/serviço, ancorada na necessidade de tornar o processo de aprendizagem contínuo e reflexivo sobre a adequação das práticas de saúde aos anseios da comunidade.

Dentre as habilidades gerais e competências comuns a todos os profissionais da área da saúde propostas pelas DCN, destacam a integralidade das ações de saúde e nas relações humanas, como princípio articulado de todo o processo de formação, contemplando esta, o próprio sistema de saúde do país; e o desenvolvimento de estágios curriculares e atividades complementares nestes espaços. A interação ensino/serviço contribui ainda para o desenvolvimento de habilidades específicas à medida que possibilita a atuação multiprofissional e o exercício da profissão articulado ao contexto social (BRASIL, 2002).

A superação epistemológica de um modelo assistencial em saúde fragmentado e inoperante corporificou-se com a adoção de novos rumos na formação acadêmica, por meio da implantação das DCN, padronizando um direcionamento no processo formativo voltado para as demandas do sistema de saúde. A formação do cirurgião-dentista deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, e para isso,

os cursos de formação precisariam introjetar essa realidade em seu contexto. Para essa mudança, Almeida (2003) destacou a necessidade de importantes modificações nos projetos pedagógicos institucionais dos cursos, nos novos ambientes de prática a serem disponibilizados e no fortalecimento das relações com os serviços de saúde e com as comunidades.

Contudo, Amaral (2008) chamou a atenção para o risco de deixar de formar o aluno para os interesses da sociedade brasileira, ocupando-se tão somente das diretrizes de forma burocrática e/ou com uma visão restrita da operacionalização. O importante, segundo o autor, era entendê-las com base em sua construção coletiva, envolvendo as áreas de educação e da saúde, cuja formulação baseou-se nos princípios que nortearam a atenção à saúde no Brasil, a abertura para os avanços na área pedagógica da formação profissional e a sensibilidade às demandas de setores organizados que, de alguma forma, representavam as aspirações de parcela significativa da sociedade.

As DCN apontaram o perfil desejado ao egresso do curso de Odontologia:

Cirurgião dentista, profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes. O cirurgião dentista deve atuar tendo como preocupação a promoção da saúde bucal da população, num contexto onde embora exista um trabalho preventivo, ainda é muito evidente a prevalência de cárie e doenças periodontais (BRASIL, 2002, p. 9).

Contudo, mesmo com a proposta de ampliação do escopo de atuação dos profissionais, legitimado pelas DCN, Alonso & Antoniazzi (2010) destacaram que 89% dos cursos de Odontologia latino americanos buscaram o perfil profissional generalista para seus graduandos, cuja prática encontrava-se baseada na solução dos problemas bucais, sem desconsiderar seus problemas socioculturais e econômicos; 80% dos cursos definiram no perfil profissional dos egressos o exercício ético da profissão e 73% dos cursos orientaram a formação voltada para a promoção de saúde e prevenção dos agravos, por meio da educação da população.

### **2.2.3 A diversificação dos cenários de prática nos cursos de Odontologia no Brasil**

Compartilhando a preocupação com a formação discente distante da realidade social e com sua contribuição para caracterização da rede de serviços básicos de saúde, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais iniciou um processo de reflexão sobre as práticas formadoras, alicerçado nas bases conceituais da Odontologia integral. Os arranjos curriculares, buscando uma aproximação entre o ciclo básico e o profissionalizante, possibilitaram ultrapassar os limites físicos da instituição de ensino, criando uma clínica odontológica de ensino extramuro, na comunidade da Barragem Santa Lúcia, tendo como objetivo principal, a integração docente-assistencial (FERREIRA et al., 2005).

Com a nova proposta pedagógica, implantou-se em 1992, na Faculdade de Odontologia da UFMG, uma Clínica Integrada de Atenção Básica, subsidiada pela experiência extramuro da comunidade da Barragem de Santa Lúcia, como porta de entrada e *locus* de realização da integralidade, com possibilidade de caminhada do paciente para os níveis crescentes de complexidade da atenção odontológica, segundo sua necessidade expressa; e a disciplina de Estágio Supervisionado que utilizou os cenários do SUS para complementar o aprendizado discente, ainda segundo os autores. Ambas as iniciativas reafirmaram a superação de um currículo mínimo na Odontologia, acompanhando as DCN, induzindo uma maior articulação da IES com a sociedade, e concretizando a relevância social da ação acadêmica.

Werneck (2008) recontou a mudança pedagógica pela qual o curso de Odontologia da UFMG passou para atender às propostas de flexibilização curricular das DCN, contextualizando a criação e o desenvolvimento do Estágio Supervisionado, e sua contribuição para vivência concreta do aluno, no mundo do trabalho em saúde, utilizando os espaços do SUS. A nova organização da disciplina, no formato de Internato Rural, permitiu aos alunos, desde o planejamento à implementação das ações, compreenderem como nascem, vivem, adoecem e morrem as pessoas em seus contextos sociais.

Com uma carga horária de 315 horas, o Internato Rural do curso de Odontologia da UFMG segue as diretrizes fixadas para o estágio obrigatório nos cursos de graduação, e utiliza espaços extramuro como cenário de prática profissional para suas atividades. Sua importância reside na aproximação da prática

apreendida intramuro pelo acadêmico, com os espaços do serviço público e o complexo sistema de saúde no qual se inserem; na segurança profissional que a prática desenvolve; e na compreensão abrangente do processo saúde-doença (SANTA ROSA, VARGAS & FERREIRA, 2007).

Santa Rosa (2005) confirmou em seu estudo a necessidade de expansão da aprendizagem discente, proposta pelas DCN, pela experiência dos Estágios Supervisionados implantados na Faculdade de Odontologia da UFMG, afirmando que as atividades extramurais (atividades realizadas fora dos limites físicos da Faculdade) foram de grande importância, por romperem com o caráter excessivamente individualista e tecnicista da profissão odontológica, permitindo a formação de um estudante que apresentará uma “mentalidade mais coletiva”, além de permitir ao acadêmico conhecer o funcionamento e planejamento dos serviços públicos de saúde, bem como compreender as políticas públicas de saúde bucal.

A experiência relatada teve como premissa viabilizar atividades de extensão e estágios que colocassem o aluno em contato direto com as necessidades da comunidade, instituindo estágio discente na rede municipal de primeiro grau de ensino, onde os alunos eram supervisionados pelos cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde e pelos professores universitários. Objetivava propiciar o contato dos estudantes com as reais condições de vida e saúde da população de uma favela a fim de despertar-lhes um sentimento de responsabilidade social.

Os estudos de Sanchez, Drumond & Vilaça (2008) reafirmaram a contribuição da diversificação dos espaços de aprendizagem na formação profissional dos futuros cirurgiões-dentistas, quando revelaram que a presença do internato rural no modelo de formação adotado por uma das Faculdades de Odontologia analisadas foi fortemente determinante na formação dos acadêmicos, gerando resultados expressivos do ponto de vista estatístico, quando comparado a outro centro de ensino no qual os alunos não vivenciaram o internato. O que os levou a concluir que o Estágio Supervisionado, ministrado sob a forma de internato rural, despertou o aluno para as questões sociais que permeiam a Odontologia e o incentivou a ter uma consciência aumentada em relação aos aspectos políticos e de cidadania.

Esses resultados ajudaram a compreender a necessidade das IES da área da saúde agregarem em seus currículos, iniciativas semelhantes ao Internato rural, pois o mesmo pareceu exercer potencial transformador sobre os acadêmicos, preparando-

os mais adequadamente não somente para o trabalho na Atenção Básica, mais principalmente para os desafios a nível social e político, que o setor saúde enfrentava no país.

O estágio dos estudantes dos cursos de graduação é regulamentado pela a Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008<sup>12</sup>, que o define como um procedimento didático-pedagógico de competência das Instituições de Ensino, necessário como ferramenta de transformação na formação do aluno. As escolas de graduação deverão recorrer aos serviços de integração entre instituições públicas e privadas, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade e governo, mediante convênios, devidamente acordados em instrumento jurídico, acompanhando o percentual mínimo de 20% da carga horária plena do curso para sua concretização, o que foi devidamente incorporado pelas escolas de Odontologia no processo de diversificação de seus cenários de prática (NETO et al., 2006; BRASIL, 2008b).

Essa modalidade de aprendizado no formato de estágio como proposto por Neto et al (2006) ancora-se na definição de estágio proposto pela ABENO nos relatos de Werneck et al (2010), que destacam que estágios *“devem também ser entendidos como o atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta à comunidade, intra e extra-muros, [...] o aluno pode cumpri-lo em atendimentos multidisciplinares e em serviços públicos e privados”*. Tal afirmação entra em conflito, conforme os autores, com as DCN que propõem uma aproximação com os serviços de saúde por meio dos estágios, pois o estágio intramuros, permitido pela ABENO, não contempla o contato do aluno com a realidade social, *“uma vez que essa realidade é mascarada pelo peso da estrutura institucional que limita e transforma a capacidade de expressão dos indivíduos, pela impossibilidade de se ver, perceber e sentir o ambiente, o meio físico de origem das pessoas que atende”*.

Essa inserção discente nos cenários de prática, operacionalizado pelos estágios supervisionados curriculares, permitiu ao futuro cirurgião-dentista inserido em uma equipe multidisciplinar de trabalho, aprender a valorizar o coletivo, com uma visão integral da saúde dos seus usuários, em um contra ponto com realidade ainda não encontrada, visto que os profissionais ainda vêm sendo formados, segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças, o trabalho autônomo, sem

---

<sup>12</sup> Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, publicada no DOU em 26/9/2008 dispõe sobre o estágio de estudantes e expõe obrigações das partes envolvidas: IES, parte concedente e estagiários.

experiência em trabalho de equipe e com pouca familiaridade com os preceitos do SUS (MORITA & KRIGER, 2004).

Estudo realizado na UFG com egressos do curso de Odontologia sobre a importância dos estágios apontou que os espaços de realização dos estágios curriculares supervisionados constituíram num lugar privilegiado para reflexão sobre as possíveis transformações na forma de se oferecer saúde, uma vez que, em contato com a realidade, os professores, os alunos e os profissionais de saúde dos serviços foram encorajados a repensar suas práticas. Essas práticas colaboraram com a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes na vivência de um mundo real, muitas vezes obstaculizado pelos muros acadêmicos (BADAN, MARCELO & ROCHA, 2010).

### **2.3 AS INICIATIVAS DE INCENTIVO À FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL**

#### **2.3.1 A diversificação dos cenários de aprendizagem e os programas de fomento e incentivo**

As universidades (centros de ensino) e os serviços de saúde caminham juntos no Brasil desde a década de 70, como conta o livro de memórias do Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70 (BRASIL, 2007a), quando faz um recorte histórico da integração ensino-serviço no Brasil, partindo do contexto político-social, onde as universidades brasileiras com os serviços de saúde tiveram papel decisivo no processo de democratização da política nacional.

O depoimento de Sérgio Arôuca relembrou o papel do departamento de medicina preventiva da UNICAMP, USP, UFF e UEL, entre outras, e dos trabalhos de campo realizados nos projetos de medicina comunitária em suas respectivas cidades, na proposta democrática para a saúde do país, em oposição à ditadura militar. Os referidos departamentos universitários construíram as bases teóricas e técnicas que deram sustentação à renovação do saber e das práticas na saúde, reorganizando os sistemas por meio de políticas descentralizadas.

Foi decisiva no processo de conformação da Reforma Sanitária Brasileira a participação dos movimentos sociais, dos centros de ensino e da própria esfera

municipal dos serviços de saúde, que incorporou o pensamento médico-social aos conceitos básicos da luta pela transformação da sociedade, especialmente as noções de descentralização político-administrativa e participação social no âmbito da construção das políticas públicas (BRASIL, 2007a).

Diversos foram os acontecimentos que pontuaram a participação da sociedade civil como força democrática no processo de abertura política no país nos anos 70, como o Congresso Metalúrgico de 1974, de São Bernardo do Campo, a atuação da Ordem dos Advogados do Brasil, da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, das Comunidades Eclesiais de Base, da Sociedade Brasileira de Pesquisas Científicas, do Movimento Democrático Brasileiro, da Associação Brasileira de Imprensa, e diretamente na saúde, daqueles empenhados pela democratização e melhora das condições de saúde no país, desencadeando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Como a saúde seguiu adquirindo importância política por toda a década de 80, quer por seus gastos aviltantes associados ao seu baixo potencial de resolutividade, quer pelas baixas condições de salubridade para seus funcionários e para a população brasileira, quer pela crise previdenciária que se instalou no país, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira ganhou força no cenário nacional, resultando na VIIIª Conferência Nacional de Saúde.

A VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco para as políticas públicas, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema de saúde, com desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, da descentralização e da participação comunitária (BRASIL, 2006).

A instituição do SUS representou o resultado do esforço conjunto da sociedade, das universidades, dos profissionais de saúde, em profunda interação, demonstrando que ensino-serviço-comunidade caminharam historicamente na busca por um sistema de saúde mais equitativo, universal, comprometido em responder as necessidades da população.



Cabe ressaltar que o enfoque integrado das mudanças organizacionais que tiveram lugar na academia, nos serviços de saúde e nas entidades comunitárias mostrou, com clareza, como pode ser fecunda a análise dos processos de transformação das práticas de saúde, quando assentados na interdisciplinaridade (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O surgimento do modelo de Integração Docente-Assistencial (IDA) deu-se pela implementação da medicina estatizada no país, que surgiu em consequência da crise do modelo liberal da prática em saúde: este modelo, conhecido como IDA, nascido de uma ideia racionalizadora que reatualiza a Escola Médica, ciclando-a com o serviço, assume por outro lado a perspectiva de colocar em um contato coletivo os estudantes – já não como aprendizes, mas como trabalhadores, em contato com uma população constituída basicamente por trabalhadores, distante do rígido controle laboratorial das escolas formadoras (CURY & MELO, 2006).

A partir de 1976, dois projetos do Ministério da Saúde vieram contribuir na reparação das distorções do ensino na área de saúde: o Programa Estratégico de Preparação de Pessoal (PREPPS<sup>13</sup>), que previa a implantação e o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS<sup>14</sup>), ambos comprometidos com a alocação de graduandos em espaços diferenciados de aprendizagem (BARBIERI, 2006).

Em 1978, por meio de Portaria Interministerial foi instituído um grupo de trabalho para estudar a situação dos recursos humanos na área de saúde, culminando, em 1979, com a elaboração do Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA<sup>15</sup>) (BRASIL, 1981).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Reforma Administrativa da Previdência Social (CONASP<sup>16</sup>), que propôs um plano de reorientação da Assistência Médica com o intuito de melhorar sua qualidade com modificações no

---

<sup>13</sup> PREPPS - Programa Estratégico de Preparação de Pessoal – iniciativa do Ministério da Saúde, da Educação e Cultura e da OPAS para promover a adequação da formação do pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, através de uma progressiva “integração” das atividades de formação na “realidade do Sistema de Serviços de Saúde”.

<sup>14</sup> PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – programa de extensão de cobertura assistencial para área rural, implantando uma rede básica de saúde regionalizada e hierarquizada.

<sup>15</sup> Programa de Integração Docente-assistencial (IDA) - "união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino".

<sup>16</sup> Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981

modelo de compra de serviços médicos, direcionando as ações para a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela. Esse novo desenho administrativo assentou as bases para o desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde, voltados para a prestação de serviços básicos, integrando recursos, hierarquizando-os e regionalizando-os (BRASIL, 1981a).

No decorrer da história, a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS<sup>17</sup>) contribuiu com a mudança proposta pelo CONASP, na medida em que seu objetivo consistia em integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma determinada região, promovendo assim a integração das ações de saúde pública com a assistência médica individual. A área acadêmica poderia se integrar ao programa, mas sua principal função era assistencial, em torno da qual a docência e a investigação poderiam se desenvolver (BARBIERI, 2006).

Em 1983, a Integração Docente-Assistencial passa a contar com o Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde (PAPPS), desenvolvido pela Fundação Kellogg e pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). A Fundação Kellogg, criada em 1930, por W. K. Kellogg, pioneiro na fabricação de cereais matinais, intencionava ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas, através da aplicação prática de conhecimentos e de recursos para melhorar a qualidade de vida desta e de futuras gerações, ainda segundo a autora.

Na América Latina, apoiou o surgimento e o desenvolvimento de idéias que marcaram profundamente a educação dos profissionais de saúde, sustentando atividades na área de saúde, educação e desenvolvimento rural. Uma das suas ações estratégicas era a formação de profissionais de saúde capazes de atender às necessidades da população, trabalhando em favor do direito à saúde, e a organização de serviço.

Suas atividades consistiam em subsidiar bolsas individuais para treinamento de pessoal de algumas instituições, intencionando preparar uma massa crítica para algumas áreas, dando prioridade, inicialmente, às disciplinas básicas de formação médica, permitindo com isso, que um grande número de latino-americanos tivesse

---

<sup>17</sup> AIS - Programa de Ações Integradas de Saúde, que tinha como objetivo integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio.

acesso à pós-graduação em Medicina, Odontologia, Enfermagem e Administração Hospitalar, segundo a autora.

Barbieri (2006) relembrou a história da Fundação Kellogg a partir da década de 50, quando esta apoiava o desenvolvimento de instituições para que tivessem um mínimo de condições e de recursos, que permitissem a essas pessoas treinadas, uma boa prática, fortalecendo as escolas de Saúde Pública, por meio do apoio direto à escola, ou do apoio aos programas desenvolvidos pela OPAS. Desta forma, a Fundação apoiou a criação de dois Centros Latino-Americanos de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES), sendo um na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e outro no México, os quais tiveram um papel importante no desenvolvimento de uma nova pedagogia para a formação desses profissionais.

Após a reunião de Alma Ata (1978), a Fundação apoiou vários projetos voltados para a atenção primária à saúde na América Latina e para a integração docente-assistencial, seja diretamente ou em colaboração com a OPAS. Amaral (2008) registrou a importante contribuição dada ao processo de inovação do ensino odontológico com a finalidade de formar profissionais para exercerem uma prática universal, com competência para atuação em diferentes realidades, em serviços públicos e na prática privada, em regiões de pobreza e já incorporando alguns elementos da simplificação. Criou-se um espaço de idéias para a descoberta de lideranças acadêmicas e dos serviços, que tiveram papel importante na construção das mudanças na Saúde, sustentando uma desejada aproximação ensino-serviço.

A simplificação das técnicas, no campo da Odontologia, despontou como uma prática profissional padronizada pela diminuição de passos e elementos e pela eliminação do supérfluo, com o objetivo de tornar mais simples e barata a Odontologia, sem contudo, alterar a qualidade dos trabalhos realizados. Duras críticas às limitações conceituais e ao caráter prático do modelo vigente conduziram à emergência de um novo modelo, superando a simplificação da prática, dando ênfase à atitude preventiva e às necessidades da sociedade (AMARAL, 2008).

Em 1991, a Fundação Kellogg convidou as universidades da área da Saúde a participar dos Projetos UNI<sup>18</sup> - *Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*, que discutiam as questões relacionadas à ABS, e

---

<sup>18</sup> O Projeto UNI, iniciativa da Fundação Kellogg, articula a implantação de uma prática pedagógica inovadora na formação de profissionais de saúde, uma mudança da prática de atenção à saúde no âmbito dos Serviços Locais de Saúde (SILOS) e um novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

que pretendiam uma relação mais próxima entre o serviço e a universidade, buscando as adequações no processo de formação e na organização dos serviços de saúde. Seus objetivos consistiam em integrar educação, prestação de serviços de saúde e comunidade; apoiar modelos de integração docente assistencial no âmbito do sistema local de saúde, com adoção do trabalho interdisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos; promover o aprimoramento da formação profissional com aproximação da prática dos serviços às necessidades da comunidade, e apoiar o desenvolvimento de lideranças na universidade, nos serviços de saúde e na comunidade (BARBIERI, 2006).

A autora destacou momentos importantes para o estabelecimento de uma rede de cooperação docente assistencial, começando pela *Reunión de programación del Proyecto Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Materno-Infantil*<sup>19</sup>, ocorrida em 1985, com o patrocínio da OPAS e da Fundação Kellogg, para discutir a APS na América Latina, para qual foram convocados os projetos ou as iniciativas relacionadas ao tema e que tinham financiamento da OPAS/Kellogg.

A reunião oportunizou o encontro de representantes dos projetos de integração docente-assistencial desenvolvidos em diferentes regiões brasileiras, que optaram por criar uma rede permanente de troca de informações entre as realidades, no sentido de propiciar aos estudantes dos cursos da área de saúde o convívio com as realidades que enfrentariam após se formarem e, ao mesmo tempo, oferecer serviços adequados às necessidades da comunidade.

Reuniões subsequentes permitiram o fortalecimento da rede IDA, cujo objetivo essencial era promover o intercâmbio de experiências entre seus membros, a avaliação das atividades desenvolvidas pelos projetos, e, dessa forma, propiciar a aproximação de universidades e sistemas de saúde. A Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial/Brasil (Rede IDA/Brasil) foi efetivamente implantada a partir de agosto de 1985, com a *I Reunião de Coordenadores de Projetos IDA*, financiada pela Fundação Kellogg e realizada em Belo Horizonte, na Faculdade de Medicina da UFMG, onde se reuniram participantes dos projetos de atenção comunitária e de atenção materno-infantil interessados em desenvolver a idéia de trabalho em rede (BARBIERI, 2006).

---

<sup>19</sup> Reunião ocorrida no Rio de Janeiro entre 20 e 24 de maio de 1985, financiada pela OPAS e pela Fundação Kellogg com o objetivo de reunir todas as iniciativas que envolviam a APS e seus campos de prática.

Os projetos da rede IDA deixavam áreas importantes de atuação sem participação, como era o caso das comunidades, e ainda não conseguia envolver as instituições de ensino como um todo. Esse cenário foi propício para o surgimento de um novo grupo de projetos que pudesse restabelecer uma ligação com a comunidade e abarcar integralmente as instituições de ensino na área de saúde.

A proposta UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade), ainda sob o apoio da Fundação Kellogg, começou a ser difundida, após muitas reflexões sobre os limites dos Projetos da rede IDA, objetivando a maior integração e articulação entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade; a superação da segmentação imposta por profissão, faculdade e/ou departamento e a ausência de participação da comunidade.

Ainda segundo Barbieri (2006), um dos principais objetivos dos projetos UNI foi o aprimoramento do ensino de graduação dos profissionais de saúde, a fim de formar recursos humanos que viessem a fortalecer os serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar o nível da saúde e a qualidade de vida da comunidade. O modelo pedagógico seria baseado na epidemiologia, na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe multiprofissional e no ensino/aprendizagem em serviço, utilizando os aspectos metodológicos da diversificação dos locais de ensino/aprendizagem, das metodologias ativas e das experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais.

Em 1993, em um Congresso Nacional da Rede IDA, levantou-se uma proposta de associação entre os projetos UNI e os da rede IDA, visto que uma articulação somente entre os projetos UNI, seria insuficiente, e a rede IDA, apesar de um tanto enfraquecida, pareceu-lhes uma parceira ideal, pois já existiam muitos projetos articulados e que também trabalhavam num ideário comum: a mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil. Desta associação surge uma massa crítica de pessoas, projetos e conhecimentos, que unem instituições, professores e a população, num esforço comum, criando uma rede única - a Rede UNIDA.

Barbieri (2006) afirmou que a Rede Unida atuou ativamente para promover o diálogo entre gestores do SUS e as universidades no sentido de inserir esses segmentos em um cenário que pudesse garantir a participação de todos os atores políticos na reformulação das diretrizes curriculares, por acreditar que as mudanças na organização do sistema de saúde e as mudanças na formação profissional devessem acontecer simultaneamente. Desta forma, a Rede Unida iniciou um

processo de mobilização de seus membros para construir, com base nas experiências dos projetos de mudança, uma proposta conjunta de diretrizes, a serem inseridas nas novas DCN para os cursos da área de saúde. Assim, a Rede Unida cumpriu o seu papel de agente articulador e promotor de ações políticas necessárias para a reformulação do ensino e, conseqüentemente, a melhoria dos serviços prestados à sociedade.

Uma das principais estratégias da Rede Unida para produzir mudanças foi o trabalho de forma articulada entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, por meio de sujeitos sociais desses segmentos, que pudessem cumprir um papel relevante na transformação da formação e do modelo de atenção à saúde (ALMEIDA, 1999).

Com a criação de uma estratégia de reorientação do modelo de atenção em saúde, por meio do Programa de Saúde da Família nos anos 90, o Ministério da Saúde estrutura Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para dar suporte formativo às equipes Saúde da Família implantadas, com o envolvimento de instituições de ensino e secretarias (estaduais e municipais) de saúde em todo o Brasil. Até 2002, os Pólos de educação permanente tiveram papel de destaque na integração ensino-serviço, com participação de mais de 90 instituições de ensino superior, cinco escolas estaduais de saúde pública, todas as SES e representantes municipais. No entanto, os referidos pólos apresentaram limites na efetiva mudança nos currículos dos cursos de graduação em saúde, e não havia ainda uma política própria que os regulamentasse e orientasse seu funcionamento (MACHADO, 2007).

No campo institucional, programas pioneiros do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação confirmavam a preocupação com a formação profissional, com destaque para o Profae (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem) no final da década de 90, e o Promed (Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) no final de 2001. Ambos buscavam a melhoria da formação profissional, seja por meio da qualificação técnica dos auxiliares de enfermagem, caso do Profae, ou da formação acadêmica dos graduandos de medicina – Promed (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002a).

O Profae buscava atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio do incentivo à qualificação dos auxiliares em enfermagem e do apoio e fortalecimento às instâncias

de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Sua concepção e seu desenho metodológico contemplavam ações capazes de interferir sobre o problema de saúde em várias dimensões e fatores determinantes (BRASIL, 1999).

O Promed tinha com objetivo principal incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira e, desta forma, contribuir para a consolidação do SUS (BRASIL, 2002a).

Stella et al. (2009) reafirmam que essa mudança paradigmática do currículo acadêmico só foi possível pelo incentivo do Ministério da Saúde, com projetos como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed e, mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, que enfatizam a importância da integração da escola com os serviços de saúde, chamando a atenção para os locais de prática.

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed possibilitou uma superação da aparente impossibilidade de mudança curricular, representando um passo significativo para se poder programar uma formação melhor orientada às necessidades de nossa sociedade, subsidiado pela Constituição Federal de 1988, que declara que “*ao sistema único de saúde compete [...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*”, sugerindo que o setor Saúde coordenasse com o setor Educação a iniciativa de reorientação da formação médica (FERREIRA, 2002).

O programa propunha uma nova abordagem para o profissional de saúde e para seu processo de formação, na qual ele teria que conviver com diferentes elementos da vida cotidiana, buscando o equilíbrio que impõe a pluralidade de situações para a qual o futuro médico devesse estar preparado, valorizando os determinantes da saúde no mesmo grau que as causas da enfermidade.

Afirmou ainda, que as ações do Promed materializavam-se em distintos eixos de formação, com destaque para o eixo dos cenários de prática, que historicamente vinha sendo trabalhado no sentido de qualificar a atuação profissional, qualificando assim a atenção à saúde.

Um bom número de escolas médicas, que utilizavam hospitais vinculados ao SUS, entendia que estavam desenvolvendo uma real integração docente-assistencial, sem considerar a não participação dos alunos na atenção ambulatorial ou comunitária, sem que eles estivessem em contato com uma diversidade adequada de

situações assistenciais e tão pouco vivenciando os processos de referência e contra-referência dos usuários.

No Promed, o que se buscava era a possibilidade de que a Escola pudesse estabelecer uma parceria com o SUS, interagindo na programação de atividades, na marcação de consultas e, em todas as etapas do processo assistencial (BRASIL, 2002a).

O Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (DEGES), vinculado ao Ministério da Saúde, lançou, em 2003, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/Brasil, destinado aos graduandos da saúde e desenvolvido a partir do reconhecimento do sistema de saúde como espaço diferenciado de ensino aprendizagem, capaz de aproximar a realidade acadêmica da experiência profissional. O projeto desenvolveu-se nos anos de 2004 e 2005 e se desdobrou em dois programas específicos: Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS, e suas ações possibilitaram imersão do acadêmico nas realidades do sistema de saúde de diferentes cidades e estados brasileiros, agregando ao currículo novos conhecimentos e novas ferramentas para a atuação profissional (TORRES, 2005).

O VER-SUS/Brasil envolveu inicialmente 10 cidades componentes da Rede de Municípios colaboradores de Educação Permanente em Saúde, com um total de 99 estudantes. No período seguinte, o projeto envolveu 50 municípios de 19 estados brasileiros, com a participação de milhares de estudantes, e em versão mais recente, criou estágios para 250 estudantes, em 10 municípios de seis estados (BRASIL, 2011; TORRES, 2005).

Em 2011 o VER-SUS foi reeditado, e embora os estágios de vivência não fossem novidade, nem mesmo no campo da saúde, pois tinha uma história consolidada e uma identidade construída com as experiências do VER-SUS/Brasil<sup>20</sup> em 2004 e 2005, e ainda diversas experiências locais após esse período, suas novas diretrizes convergiram para as atuais políticas prioritárias e previram a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado. Assim, nessa nova versão o projeto pretendeu qualificar os futuros profissionais do SUS num espaço de formação e

---

<sup>20</sup> VER-SUS/Brasil – o projeto piloto aconteceu em janeiro e fevereiro de 2004, em 10 municípios brasileiros, envolvendo 99 universitários. No segundo semestre abrangeu 50 municípios, envolvendo 1.067 estudantes. Em 2005 aconteceu em 10 municípios e envolveu 251 estudantes. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23208](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23208) Acesso em 21-02-12.



trabalho que dialogasse com os novos processos organizativos do SUS, possibilitando aos estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano das práticas (BRASIL, 2011)

A experiência do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005 motivou o Ministério da Saúde, por meio do SGTES, a complementar a aprendizagem em serviços, ao lançar a cartilha do AprenderSUS, com o objetivo central de orientar a formação para o princípio da integralidade em saúde, aspecto pouco abordado pelos cursos de graduação (DIAS, 2011). Esta iniciativa, além de sustentar a mudança no processo ensino aprendizagem, fortaleceu a orientação da formação em saúde, no nível de graduação, para a necessidade do currículo integrado, do construtivismo e das metodologias educacionais ativas e de educação à distância, e demonstrou o compromisso do Ministério da Saúde com a construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as IES (GONZALES & ALMEIDA, 2010; BRASIL, 2004a).

A cartilha (BRASIL, 2004a) lançava algumas estratégias que valorizavam e davam suporte à formação em serviço, ao propor a adoção da integralidade como eixo de mudança na formação de graduação, o trabalho conjunto com o MEC e a sistematização de experiências que trouxessem benefícios para a formação, para o serviço e para o exercício profissional.

Neste contexto, aconteceu também o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que possibilitou um novo espaço para o debate sobre as mudanças na formação profissional em saúde, destacando a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe como eixos essenciais ao novo paradigma da formação superior (GONZALES & ALMEIDA, 2010).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS<sup>21</sup>) ajudou a organizar as ações que envolviam a academia e o serviço, direcionando inclusive, as mudanças nos processos educacionais em saúde. Suas diretrizes, ao sistematizar os colegiados de gestão, denominados de “Pólo de Educação Permanente para o SUS”, articularam os interesses e objetivos de diversos atores, ligados aos serviços e à academia, na detecção coletiva dos problemas e na elaboração conjunta dos projetos voltados para a formação locorregional (BRASIL, 2004).

---

<sup>21</sup> Instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004

No entanto, a PNEPS passou por modificações a partir de 2007, quando se estabeleceram novas diretrizes e estratégias concomitantes com o desenvolvimento do Pacto pela Saúde, em suas dimensões pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. A condução da política de formação de recursos humanos, anteriormente atribuída aos Pólos de Educação Permanente foi transferida para os Colegiados de Gestão Regional (CGR) recém criados, no interior dos quais deverá funcionar comissões próprias que dêem sustentação à relação serviço/academia, chamadas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). As CIES se caracterizam como comissões intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que têm o compromisso de promover o apoio e a cooperação técnica aos CGR na elaboração, implantação e monitoramento das Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde, negociadas e discutidas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES) (BRASIL, 2007c).

O documento expõe de forma clara as atribuições das CIES:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;

III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007c, p. 4)

Esse novo desenho da integração ensino/serviço proposto pelas CIES, hierarquizado e regionalizado, garante à SGTES a governabilidade da formação permanente em saúde, porém, de forma descentralizada e organizada,

homogeneizando as iniciativas de formação em serviço das IES para um debate coletivo no âmbito dos próprios CGR, na tentativa de se evitar que cada unidade de ensino pactue regras individuais com os serviços de saúde, que lhes dão suporte e acolhida aos seus alunos (BRASIL, 2007c).

Dias (2011) destacou alguns avanços que a PNEPS, acompanhada pela instalação das CIES trouxe para a interação entre o ensino e o serviço, tais como: uma intensificação na articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS); uma valorização do profissional dos serviços de saúde e, por consequência, dos alunos de graduação dos cursos de saúde, na medida em que os ajuda a formar; melhores mecanismos de manutenção, acompanhamento e avaliação da capacitação profissional, que juntos, refletem o amadurecimento da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Embora a formação dos acadêmicos de odontologia nos cenários de prática não esteja inserida conceitualmente na PNEPS, visto que esta envolve os processos pedagógicos/formativos dos profissionais do SUS, toda relação ensino serviço foi deslocada para o âmbito das atribuições e pactuações das CIES, responsável por mediar todas as ações envolvendo a pretendida integração.

### **2.3.2 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e a diversificação dos cenários de prática**

Carvalho, Garcia e Rocha (2006) apontaram alguns elementos que contextualizaram a diversificação dos cenários de aprendizagem discente no Brasil: o AprenderSUS, que recomendava que a formação dos profissionais de saúde devesse englobar a “produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS”, visando à mudança das práticas profissionais e da organização do trabalho, que respondia às necessidades dos usuários; à valorização da rede básica de saúde como componente estratégico na prestação dos serviços; o Promed; e posteriormente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), como instrumentos de incentivo à formação que incorporam como princípio norteador o preceito constitucional que afirma a “saúde como um direito e um dever do Estado” e, como

diretriz, garantir uma atenção à saúde universal, integral e de qualidade a todos os brasileiros.

Partindo-se desses pressupostos, os autores sugeriram o desenvolvimento, por parte das IES, de programas de ensino que viabilizassem a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início do processo de formação, com o objetivo de proporcionar ao estudante a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais, “assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia”. Esperava-se, com isto, o ingresso, no mercado de trabalho, de profissionais melhor qualificados e com atuação voltada para uma assistência universal e integral à população.

A preocupação em garantir um serviço público de saúde de qualidade e sintonizado com as necessidades concretas da população brasileira, com profissionais detentores de conhecimentos contextualizados socialmente, levou o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, a criar mecanismos que pudessem reorientar a formação profissional dos recursos humanos, reestruturando seus eixos de formação acadêmica, adequando-os aos cenários de prática profissional (BRASIL, 2007).

O referido documento afirmou que o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. A proposta levou em conta a sustentação estrutural apontada pelas DCN, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para as profissões de saúde, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), possibilitando intervir nos cenários de prática do serviço público, tornando-os mais próximos da realidade dos futuros cirurgiões-dentistas, e mais atraentes à sua permanência.

Gonzalez & Almeida (2010) apontaram que a criação do Pró-Saúde, inspirado no modelo do Promed foi também motivada por mudanças ocorridas no DEGES e na SGTES, em virtude da substituição do Ministro da Saúde e de dirigentes do departamento e da secretaria, mantidos os elementos estruturais do Promed, “*mantendo como eixo central a integração ensino-serviço, com a*

*conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é o SUS, com ênfase na Atenção Básica, desde o início de sua formação”.*

Os cursos de Odontologia foram contemplados em 2005 e 2007, respectivamente, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, com o Pró-Saúde I, e por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, que instituiu o Pró-Saúde II, ambos com a perspectiva de que os processos de reorientação acompanhassem simultaneamente, distintos eixos, antevendo uma escola formadora integrada ao serviço público de saúde, fortalecendo assim, a capacidade gestora e resolutive do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2007b).

Dos 181 projetos enviados pelas IES ao MS no edital do Pró-Saúde I, 90 foram contemplados, dos quais 24 eram de cursos de Odontologia, e dos 68 projetos de IES aprovados no Pró-Saúde II, contemplando 265 cursos da área de saúde, 21 representaram cursos de Odontologia (BRASIL, 2008). A tabela 1 mostra a relação entre as IES, secretarias de saúde e os cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I e II.

Tabela 1 – Número de cursos, projetos, IES, secretarias de saúde e cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I e II

	<b>Cursos contemplados</b>	<b>Projetos contemplados</b>	<b>IES contempladas</b>	<b>Cursos de Odontologia contemplados</b>	<b>Secretarias de Saúde envolvidas</b>
Pró-Saúde I	90	90	62	24	49
Pró-Saúde II	265	68	68	21	77

Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26639](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639) Acesso em outubro, 2011.

O processo de adesão ao primeiro edital do Programa Pró-Saúde I, em 2005, era realizado por meio da submissão de um projeto único por curso de graduação, cujo compromisso de desenvolvimento era firmado entre o dirigente máximo da IES, junto ao MS e ao MEC. Os projetos deveriam estar acompanhados de uma carta-compromisso da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e a comissão assessora nacional avaliava sua conformidade com as DCN para os cursos de graduação e a viabilidade de sua execução, e selecionava aqueles que atendiam aos dois parâmetros, que, por meio de divulgação oficial, tomavam conhecimento dos resultados e se organizavam para assinarem as cartas-acordo das ações planejadas nos respectivos períodos orçamentários de execução (BRASIL, 2007).

Já o processo de submissão e análise do Pró-Saúde II, em 2007, acompanhou orientações diferentes, onde o conteúdo do projeto poderia contemplar diversos cursos da área de saúde de uma mesma IES, desde que integradas suas ações e objetivos entre si e com os respectivos serviços públicos de saúde, que juntos com as IES, assumiam o compromisso de formalização com o MS e com o MEC. No processo de seleção, foram contemplados os projetos que assumiam o compromisso de implementação em parceria e enfatizavam como se materializaria o eixo “Cenários de prática” (BRASIL, 2007b).

Dias (2011) apontou os mecanismos de condução nacional, acompanhamento e avaliação do Pró-Saúde I por meio da constituição de um conselho consultivo e das comissões assessora e executiva, no qual o conselho consultivo era composto por significativo número de órgãos e instituições governamentais, além daquelas representativas do movimento estudantil, e conselhos e associações profissionais; a comissão executiva era composta por quatro membros, indicados pelos MS e MEC, ficando a sua coordenação a cargo da SGTES, e a comissão assessora era composta por gestores do SUS e profissionais ligados ao ensino médico e ao ensino da enfermagem e da Odontologia”, indicados também pela SGTES. À comissão executiva cabia a administração do programa, apoio técnico e avaliação dos projetos executados; e à comissão assessora, atribuiu-se o comando das ações de seleção, acompanhamento e avaliação do “desenvolvimento dos projetos dos cursos de graduação” participantes do programa.

Para o acompanhamento e a avaliação do Pró-Saúde II, foi constituída uma Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde, composta por representantes da SES, do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), das IES e dos municípios; e uma Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, composta por coordenadores dos projetos, do gestor municipal de saúde, do CMS, dos docentes e dos discentes participantes. As comissões existentes (comissões assessora e executiva e o conselho consultivo) foram mantidas, com alguns ajustes na quantidade de membros e na redefinição de seus papéis (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007b; DIAS, 2011).

Colliselli et al. (2009), em sua referência ao Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, enfatizaram sua proposta de interagir o estudante com a população e com os profissionais da saúde desde o início de sua formação, por meio de uma interação ativa, onde ele poderia “trabalhar sobre

*problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia*". Neste sentido, os autores salientaram que os cenários de ensino deviam ser diversificados, *"agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários"*.

O documento oficial (BRASIL, 2007) mostrou que o objetivo geral do programa era a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

Haddad & Morita (2006) afirmaram que o objetivo central do Pró-Saúde em apoiar as mudanças curriculares nos cursos de graduação da área de saúde, fazendo a necessária aproximação academia-serviço, traduz-se em práticas sanitárias mais adequadas às necessidades manifestas, refletindo diretamente em uma atenção à saúde de melhor qualidade.

Dentre os objetivos específicos do programa, o documento (BRASIL, 2007) destaca:

- reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;
- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS.

Configuram-se três eixos orientadores para as ações a serem desenvolvidas pelo Programa Pró-Saúde, cada qual com seus vetores específicos, assim constituídos:

- Eixo A – Orientação teórica
  - A1 - determinantes de saúde e doenças
  - A2 – Pesquisa ajustada a realidade local
  - A3 – Educação permanente
- Eixo B – Cenários de Prática
  - B1 – Integração ensino-serviço
  - B2 – Utilização dos diversos níveis de atenção
  - B3 - Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde
- Eixo C – Orientação pedagógica
  - C1 - Integração básico-clínica
  - C2 - Análise crítica dos serviços
  - C3 - Aprendizagem ativa

O eixo de orientação teórica propõe trabalhar os aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções. Busca-se ainda pesquisar os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando a alimentar os processos de tomada de decisão e a estimular a conformação de redes de cooperação técnica.

O documento ministerial (BRASIL, 2008) destaca como objetivos deste eixo:

- Priorizar os determinantes de saúde e os biológicos e sociais da doença;
- Pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do processo de Atenção Básica;
- Orientação sobre melhores práticas gerenciais que facilitem o relacionamento;
- Atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada.

O eixo de cenários de prática propõe a progressiva desinstitucionalização das práticas dos futuros profissionais de saúde (muitas práticas assistenciais poderão desenvolver-se em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios), contrapondo-se à tendência hegemônica realizada em ambientes sofisticados e de mais cara utilização. Os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação



profissional, devem, portanto, ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários.

Propõe ainda que a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deva ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, e assumir responsabilidades crescentes, compatíveis com seu grau de autonomia.

O documento ministerial (BRASIL, 2008) destaca como objetivos deste eixo:

- Utilização de processos de aprendizado ativo (nos moldes da educação de adultos);
- Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica;
- O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços;
- Ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas;
- Avaliação formativa e somativa.

O eixo da orientação pedagógica aponta a necessidade de utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, e lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção do conhecimento, tendo o professor como facilitador e orientador desse processo. Um conceito-chave do modelo pedagógico conseqüente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da clássica seqüência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação.

O documento ministerial (BRASIL, 2008) destaca como objetivos deste eixo:

- Diversificação, incluindo vários ambientes e níveis de atenção;
- Maior ênfase no nível básico com possibilidade de referência e contra-referência;
- Importância da excelência técnica e relevância social;
- Ampla cobertura da patologia prevalente;
- Interação com a comunidade e alunos, assumindo responsabilidade crescente mediante a evolução do aprendizado;
- Importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais.

O referido documento orienta sobre a necessária auto-avaliação, que deverá acompanhar o processo de mudança na formação pedagógica e de incorporação de novas tecnologias, embora centrada esta avaliação na evolução curricular acadêmica.

Busca-se a organização do serviço, dos processos de trabalho, das equipes interdisciplinares, da gestão colegiada, e se constrói uma capacidade de gestão apta a responder aos desafios da dinâmica complexa, indeterminada e pouco estruturada dos processos de trabalho em saúde (CARVALHO, GARCIA & ROCHA, 2006).

Santos (2009) avaliou as dificuldades enfrentadas pelos municípios em participar de forma colegiada das decisões que envolviam a interação ensino-serviço, ao abordar a temática da gestão do Trabalho e da Educação em Saúde a partir da análise das propostas do Ministério da Saúde para formação de profissionais de saúde. O estudo promoveu uma análise do Estágio de Vivência na Realidade do SUS (VER-SUS), do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Programa Nacional de Reorientação da formação profissional em Saúde (Pró-Saúde) e da Residência Multiprofissional em Saúde, como estratégias de educação permanente em saúde, que expressavam não somente uma opção didático-pedagógica, mas uma opção político-pedagógica. Ao entender a importância da articulação das três esferas de governo para a viabilização desse processo, buscou-se destacar o papel dos municípios e questionar em que medida eles estão devidamente instruídos e articulados para a gestão e operacionalização da política e qual a sua capacidade de vocalização nas arenas de negociação da Política Nacional de Educação em Saúde. Ao final, a autora destacou a importância dos municípios no processo de construção das propostas de educação permanente em saúde e sua adesão aos programas de reorientação da formação profissional em saúde

Análise exploratória de Casotti, Nespoli & Ribeiro (2007) sobre os dados da auto-avaliação das escolas de Odontologia contempladas com o Pró-Saúde, a cerca de dois vetores, o “Integração ciclo básico/ciclo profissional” e “Mudança metodológica”, apontou ainda a dificuldade das escolas em empreenderem mudanças internas, mesmo após a aprovação das DCN, em 2002, prevalecendo a resistência à mudança pela herança da conformação do campo de ensino da saúde e pelos valores éticos e humanos da produção do conhecimento e do cuidado predominantes.

O trabalho desenvolvido por Morita et al. (2007) sobre a avaliação do Pró-Saúde na UEL, na Universidade Estadual de Maringá (UEM) e na Pontifícia Universidade Católica de Londrina (PUC) identificou importantes indicadores capazes de dimensionar a eficácia do projeto na perspectiva do eixo dos cenários de prática, dentre os quais destacaram-se: a constatação da necessidade de maior sensibilização dos preceptores; a necessidade de incentivo aos módulos de educação

continuada para preceptores; a constatação de que os alunos iam para o estágio extra muro desconhecendo os princípios que regulamentavam o SUS, a atenção integral e os mecanismos de referência e contra referência; a existência de poucas pesquisas que utilizassem os espaços do SUS; a ineficácia de protocolos que regulavam a inserção discente no serviço e a persistência conceitual de estarem os alunos sendo formados unicamente para os serviços odontológicos privados.

O relato de experiência de Batista et al. (2010) sobre a contribuição do Pró-Saúde na aprendizagem dos alunos da Faculdade de Odontologia da UNICAMP apontou alguns pontos positivos na sua percepção, tais como: a compreensão do funcionamento das USF e do SUS; a importância do trabalho em equipe; a importância do relacionamento com a comunidade, o papel do cirurgião-dentista na equipe de trabalho. Os autores concluíram que a experiência de integração de Graduandos, Pós Graduandos, Docentes e Equipe de Saúde da Família (ESF), proporcionada pelo Pró-saúde em Piracicaba, foi positiva e enriquecedora para todas as partes envolvidas.

O estudo realizado por Junqueira (2009) na Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP) para compreender a atenção integral oferecida aos usuários no âmbito da formação em Odontologia discutiu o significado da reestruturação curricular, da contribuição do docente e da Bioética para a formação integral do aluno. O estudo de natureza qualitativa utilizou a análise etnográfica e a análise temática de conteúdo para trabalhar seus dados, os quais foram coletados por meio de observação-participante (imersão da pesquisadora por três anos na instituição), da análise de dados documentais, de entrevistas com docentes e de informações obtidas de alunos da graduação. A autora concluiu que, em razão da participação da instituição no Pró-saúde, grandes avanços foram percebidos a partir desse processo de reformulação do currículo, como a capacitação pedagógica dos docentes, a diversificação dos cenários de práticas, e a reestruturação do ensino da clínica na referida unidade de ensino.

Na Faculdade de Odontologia da UFMG (FOUFMG) o Pró-Saúde potencializou os esforços que vinham sendo implementados na readequação curricular, no sentido de aproximar o aluno dos espaços de formação do SUS, ao remodelarem a disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde (CSAS), alocada no 2º período acadêmico e com 45 hs, tornando-a mais vivencial, pela inserção do discente no início da formação nos espaços do SUS. Com o Pró-Saúde foi possível estabelecer diálogo permanente com a coordenação municipal de saúde bucal e abrir

novos cenários à inserção dos alunos na rede de serviços. Concluíram que o rearranjo na disciplina de CSAS incorporou os três eixos de trabalho propostos pelo Pró-Saúde: orientação teórica, ao focar o processo saúde/doença; cenários de prática, ao integrar ensino-serviço e diversificar os cenários de aprendizagem; e orientação pedagógica, ao incorporar metodologias ativas de ensino aprendizagem e análise crítica da atenção primária (LUCAS et al., 2011).

Na universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), o estudo realizado por Silva et al. (2011) com acadêmicos do curso de Odontologia sobre sua percepção a cerca da contribuição do Pró-Saúde para sua formação profissional, demonstrou que 99% dos alunos entrevistados apontaram que o programa trouxe benefícios para sua formação. Destes, 53% afirmaram que o maior benefício do programa estava na dimensão profissional, enquanto 35,2% localizavam os benefícios na dimensão social, e 11,8% na dimensão pessoal. O estudo apontou ainda que 60,9% dos entrevistados pretendiam iniciar sua vida profissional preferencialmente na rede pública, 19% somente na rede pública contra 37,2% que citaram o ambiente privado como espaço para início da carreira. Segundo os autores, atribui-se ao Pró-Saúde a responsabilidade contra hegemônica em formar profissionais para o serviço público de saúde.

A experiência do Pró-Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), relatada por Carcereri et al. (2011) destacou que o programa ministerial direcionou as mudanças com vistas à integração ensino-serviço e à adoção de novas metodologias de ensino aprendizagem, voltadas para a atenção básica, com grande impacto no processo formativo, tradicionalmente direcionado para o mercado de trabalho regido pela iniciativa privada. As atividades realizadas foram planejadas conforme os três eixos propostos pelo Pró-Saúde e impulsionaram o movimento de reforma curricular, suscitando avanços tanto no serviço, quanto no ensino. Essa importância estava atrelada aos recursos financeiros disponíveis, mas também à estrutura ordenadora proposta pelo programa, enquanto política pública, e nesse contexto, alavancou processos interdisciplinares de condução e debate.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Conhecer a contribuição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde na diversificação dos cenários de prática dos cursos de Odontologia no Brasil.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Identificar a situação dos cursos de Odontologia do Brasil quanto à diversificação dos cenários de prática;

Identificar as dificuldades e facilidades enfrentadas pelas escolas de Odontologia do Brasil na diversificação dos cenários de prática

Analisar a implementação e avaliação do Programa Pró-Saúde sob o ponto de vista de seus gestores, idealizadores, avaliadores e instituições contempladas, com relação à diversificação dos cenários de prática;

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, que utiliza a abordagem quanti-qualitativa, organizado em quatro etapas de desenvolvimento, aliando o potencial do rigor da análise estatística ao aprofundamento proporcionado pela abordagem qualitativa na busca de respostas aos problemas que se apresentam à sociedade, neste caso, a diversificação dos cenários de prática na formação do aluno de Odontologia.

O estudo trabalhou durante todas as suas etapas com um universo formado por coordenadores e/ou responsáveis pedagógicos pelos Cursos de Graduação em Odontologia de IES públicas e privadas (Coordenadores de Colegiado de Curso, Diretores de Faculdades ou representantes legais, dependendo da organização administrativa da instituição). Ainda compôs esse universo, gestores do Programa Pró-saúde, vinculados ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Educação, na função de planejador, e avaliadores do Programa. Além disso, foram submetidos à análise, os documentos (projetos e relatórios) produzidos pelas instituições de ensino, que foram contempladas com os projetos Pró-saúde I ou II e que estavam disponíveis para consulta pública.

O estudo foi devidamente encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, como determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, e aprovado sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10.

As informações somente passaram a ser coletadas após prévia autorização dos participantes da pesquisa, por meio do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, incluindo as resposta *online*, devidamente aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo assim, o sigilo e o anonimato do depoimento dos participantes, visando proteger sua privacidade e de suas instituições.

Buscando minimizar perdas ao longo do processo, foi feito previamente contato virtual e telefônico com as pessoas envolvidas como voluntários da pesquisa, no sentido de incentivar sua participação.

A pesquisa se desenvolveu em quatro etapas:

## Etapa 1

A primeira etapa de coleta de dados da pesquisa utilizou uma abordagem quantitativa, de tipo *survey*, com uso de um questionário (APÊNDICE A), elaborado a partir do instrumento de avaliação dos Programas de Residência Médica (BRASIL, 2008a), aplicado aos responsáveis pedagógicos pelos 198 cursos de Odontologia implantados, e regularmente em funcionamento no Brasil (BRASIL, 2011), com o objetivo de conhecer as diferentes realidades das instituições de ensino brasileiras, na diversificação dos cenários de aprendizagem de seus alunos, acompanhando a distribuição regional dos cursos (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição dos cursos de Odontologia no Brasil segundo localização geográfica, 2011

Regiões brasileiras	Unidades da Federação	Número de cursos de Odontologia
Região Norte	AC	1
	AM	7
	AP	2
	RR	1
	RO	3
	PA	3
<b>Subtotal</b>		<b>17</b>
Região Nordeste	MA	4
	PI	4
	CE	4
	RN	3
	PB	5
	PE	8
	AL	2
	SE	2
BA	11	
<b>Subtotal</b>		<b>43</b>
Região Sul	PR	15
	SC	9
	RS	12
<b>Subtotal</b>		<b>36</b>
Região Sudeste	MG	22
	ES	4
	RJ	16
	SP	39
<b>Subtotal</b>		<b>81</b>
Região Centro-oeste	DF	5
	GO	5
	TO	5
	MT	3
	MS	3
<b>Subtotal</b>		<b>21</b>
<b>Total Brasil</b>		<b>198</b>

Fonte: <http://emec.mec.gov.br/Odontologia>, 2011

O *survey* é considerado um tipo particular de investigação social que se aplica nas pesquisas de mercado, eleitorais, epidemiológicas, entre outras, que objetiva descrever, explorar e explicar os fenômenos levantados em amostras criteriosamente selecionadas, cujos resultados são passíveis de generalização para toda a população. Os *surveys* vão permitir uma primeira leitura do desenvolvimento da diversificação de cenários, nas unidades de ensino odontológico brasileiras, permitindo ainda a incorporação de outras abordagens na população estudada (AMARAL, 2008).

Esse instrumento usado para coleta de dados constituiu-se de um questionário, composto por um conjunto de questões, sistematicamente articuladas, buscando conhecer o perfil institucional quanto à diversificação dos cenários de prática, o desempenho e a organização da equipe e dos serviços neste processo e a avaliação desta iniciativa na formação do aluno de Odontologia (Apêndice A).

Foi feito um estudo piloto, aplicando o questionário a 10 professores da UFMG por meio eletrônico, dos quais todos retornaram, tendo sido necessário ajuste na redação de duas questões propostas, tornando-as mais claras ao entendimento.

A primeira pergunta do questionário buscava a permissão do respondente, que só avançava para as demais questões, uma vez que concordasse em participar do estudo, segundo os aspectos éticos explícitos no cabeçalho do questionário.

O questionário enviado por meio virtual aos gestores de ensino odontológico, permitiu o preenchimento *on line* e o reenvio automático para o próprio endereço eletrônico que o enviou. O documento autoaplicável foi elaborado virtualmente, utilizando-se o banco de documentos do Google® (Google docs) em um correio eletrônico do gmail®, exclusivo para esse fim. Foi estabelecido um prazo de 30 dias, a contar da data do primeiro envio do questionário, para proceder ao reenvio àquelas instituições que não responderam no período definido. No prazo inicial, 35 IES responderam ao *survey*, tendo sido necessário novo contato telefônico e reenvio para aquelas instituições que não o haviam respondido. Após o segundo envio *on line*, mais 15 questionários foram respondidos. Foi feito ainda um terceiro e último contato telefônico com as IES, que ainda não haviam respondido ao questionário em nenhum dos envios anteriores, e com isso, outros 17 questionários retornaram, compondo uma amostra final de 67 IES, cujas informações alimentaram um banco de dados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)®, procedendo ao tratamento estatístico necessário à caracterização dos dados.



Para a análise, foi definida como variável dependente: a qualificação dos ambientes de prática clínica, categorizada como *atenção primária* (quando qualquer parte do estágio era realizada em uma Unidade Básica de Saúde – UBS) e *outros* (quando não havia nenhum estágio em UBS). A opção se deu em função de ser o local ideal para a formação de habilidades e competências definidas nas DCN.

As variáveis independentes foram organizadas em dois grupos, com o fim exclusivo de facilitar a apresentação em tabelas. No primeiro grupo, características da instituição de ensino foram consideradas: tipo de instituição, localização geográfica, duração do curso, projeto pedagógico incluindo estágio, alunos no serviço por semestre (curricular), alunos no serviço por semestre (projetos). No segundo grupo, características da organização e funcionamento dos estágios em serviço, foram consideradas: carga horária do estágio em serviços de saúde e em outros cenários de prática, relação aluno/preceptor, existência de capacitação para preceptores, existência de critérios para escolha dos preceptores, existência de critérios para escolha do local do estágio, modalidade de supervisão, maior titulação dos supervisores, influência dos cenários de prática na formação generalista.

Os dados foram analisados, inicialmente, por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, para estabelecer a associação entre a variável dependente e as independentes. As variáveis que apresentaram valores de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, acima citada, foram inseridas no modelo de Análise de Componentes Principais (ACP), uma técnica de análise multivariada. Essa análise é uma técnica exploratória utilizada para análise de dados categóricos (binários e multinominais), que permite identificar padrões nos dados, para expressá-los, salientando as similaridades e diferenças entre eles, além de permitir uma imagem gráfica de grupos com perfis semelhantes (HAIR et al., 2009).

## **Etapa 2**

Na segunda etapa, foram consideradas fontes de pesquisa os projetos das diferentes instituições de ensino odontológico/secretarias municipais de saúde, submetidos e selecionados pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 (Pró-Saúde I) e os relatórios das atividades realizadas pelas instituições contempladas, no primeiro ano de execução das referidas cartas acordo firmadas, publicamente disponíveis para consulta nos sites oficiais do Ministério da

Saúde, da Educação e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) ou das próprias instituições de ensino participantes.

O processo de documentação registra e sistematiza os dados, colocando-os em condições de análise pelo pesquisador, subsidiando com informações necessárias o alcance do objeto pretendido com o estudo. Neste sentido, o cruzamento e o confronto das fontes é uma operação indispensável para que a leitura hermenêutica da documentação se constitua em operação importante do processo de investigação, já que possibilita uma leitura não apenas literal das informações contidas nos documentos, mas uma compreensão real, contextualizada das informações.

Embora sofra críticas sobre sua validade e representatividade, a análise documental consiste em uma etapa de elaboração e organização do conteúdo pesquisado em fontes oficiais (VICTORA, KNAUTH & HASSEN, 2000), que ganha complementaridade e aprofundamento com as outras etapas do processo de pesquisa.

O processo de análise de conteúdo dos documentos tem início quando o pesquisador analisa o contexto da elaboração do documento, as intenções do autor, a autenticidade, a confiabilidade e a natureza do texto, e por fim, os conceitos-chave e sua lógica interna.

Contudo, será a decisão sobre a unidade de análise pelo pesquisador que definirá a forma de apropriação da informação: na unidade de registro importam os segmentos específicos do conteúdo, determinando, por exemplo, a frequência com que aparece no texto uma palavra, um tema, ou um determinado item (neste estudo, o item relativo à atividade de ensino na rede de serviços e sua correspondente carga horária semestral); enquanto que para unidade de contexto pode ser mais importante explorar o contexto em que um determinado fenômeno ocorre, e não apenas sua frequência (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANE, 2009).

Neste estudo optou-se pela análise a partir da unidade de registro, cuja apresentação dos dados na forma de uma tabela de distribuição de frequência foi capaz de demonstrar a situação da aprendizagem em cenários diferenciados de prática, por meio de suas cargas horárias semestrais, considerando as 3 categorias de análise avaliadas: carga horária de estágio em Hospitais/CEO, em USF/UBS e em projetos comunitários, a partir dos itens referentes à “atividade de ensino na rede de serviços” e a carga horária (CH) de estágio supervisionado, disponíveis nos relatórios.

Inicialmente foram incluídos 20 relatórios de um universo de 24 cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I, por estarem publicamente disponíveis no site oficial do Programa Pró-Saúde, mantido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Deste total, foram excluídos 2 relatórios que não contemplavam o item “atividade de ensino na rede de serviços” e nem fazia menção à distribuição de alunos em cenários diferenciados de aprendizagem.

A partir do item escolhido como critério de inclusão no estudo, foram analisados 18 relatórios oficiais, para os quais se construiu uma tabela com as cargas horárias de aprendizagem em espaços diferentes das clínicas da IES e das salas de aula, o que permitiu delinear a situação de diversificação dos cenários de aprendizagem adotados pelos referidos cursos de Odontologia, tendo sido preservado o anonimato das IES, garantindo assim a privacidade das informações.

### **Etapa 3**

O aprofundamento qualitativo das questões levantadas nas etapas iniciais foi feito em uma terceira etapa, por meio de entrevista com cinco informantes-chaves no processo de elaboração, monitoramento e acompanhamento do Programa Pró-Saúde nacional, permitindo conhecer a percepção gestora do que foi proposto e do que foi executado.

As entrevistas foram feitas utilizando como instrumento de coleta de dados um roteiro semi estruturado individual (apêndice B), elaborado a partir dos dados coletados no *survey* e durante a análise documental, e foi aplicada pelo pesquisador, que norteou o aprofundamento do tema, onde os entrevistados puderam discorrer livremente, sem contudo, perder de vista o foco central da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por meio de correio eletrônico, conforme sugestão dos entrevistados, para facilitar e agilizar o processo, em função de sua agenda de trabalho complexa, mesmo ciente dos limites no debate sobre o assunto que essa forma de coleta de dados traria para a pesquisa qualitativa. Foi solicitado aos informantes que retornassem com as respostas no prazo de uma semana, o que foi prontamente atendido.

As informações apreendidas nas falas dos sujeitos foram organizadas, tomando-se como referência o método de análise de conteúdo proposta por Bardin

(1979). O objetivo amplo da análise é procurar sentidos e compreensão nas falas, buscando temas de conteúdo comum, estruturando-os a partir do *corpus* do texto, produto de sucessivas releituras do material transcrito.

Segundo Bardin (1979), a análise do conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise de comunicação que objetivam descrever o conteúdo das mensagens, permitindo reprodução de conhecimento a partir desta realidade relatada. Seu ressurgimento na década de 60, no plano epistemológico reconfigura o modo de interpretação das comunicações, focalizando não somente na quantidade das palavras, mas em seus significados e sentidos.

Destaca-se nesta reinterpretação da análise de conteúdo, a frequência com que as palavras aparecem nos discursos aliada à sua relevância no contexto da fala, onde operacionalmente serão construídas categorias que expressam conteúdos semelhantes, visando facilitar a compreensão e interpretação dos fatos.

O uso da análise de conteúdo para interpretar os dados levantados abarcou a modalidade da análise temática, que representa por meio de um tema – unidade de significação, o pensamento expresso na fala dos sujeitos. Sua análise percorrerá as etapas cronologicamente propostas por Bardin (1979):

- **Pré-análise** - que consiste na organização do material com o objetivo de delimitar o corpus da investigação, que se desdobra em leitura flutuante (primeiro contato direto do pesquisador com material de campo); em seguida a constituição do *corpus* (busca da representatividade do material) e reformulação de hipóteses e objetivos (etapa do confronto entre o material pesquisado e os objetivos propostos, sendo estes passíveis de mudança);
- **Descrição analítica ou exploração do material** - consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas - na codificação, classificação e categorização dos temas, por meio de aprofundamento do *corpus* da investigação;
- **Interpretação referencial ou tratamento dos resultados obtidos** - sustentação científica das informações colhidas por meio de análise dos significados em interrelação com o quadro teórico desenhado.

#### **Etapa 4**

Na quarta etapa de coleta de dados foi aplicado outro questionário fechado aos coordenadores dos cursos de Odontologia, neste momento, somente para os contemplados com o programa Pró-Saúde. Este questionário foi elaborado a partir dos dados levantados na etapa do *survey* inicial, da análise documental e das entrevistas com os informantes-chaves, buscando compreender a contribuição do programa na diversificação dos cenários de prática em suas realidades (Apêndice C).

O instrumento foi testado por 10 professores, integrantes do departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG, da Universidade Severino Sombra e da Faculdade de Odontologia de Valença, cujo retorno demonstrou a necessidade de ajuste em apenas duas questões, tornando-as mais claras ao entendimento dos respondentes.

No sentido de minimizar perdas ao longo do processo, foi feito, previamente ao envio do instrumento virtual, contato telefônico com as IES para incentivar sua participação.

Foi estabelecido um prazo de 30 dias, a contar da data do primeiro envio do instrumento, para proceder ao reenvio àquelas instituições que não respondessem no período definido. Na primeira tentativa houve retorno de 13 questionários; na segunda houve retorno de mais oito; e na última tentativa retornaram mais 10 (n=31). Entre as tentativas foi feito contato telefônico no sentido de reforçar a participação dos cursos no estudo.

As respostas compuseram um banco de dados armazenado no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>®</sup> e sua análise seguiu uma orientação descritiva das variáveis consideradas.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ABRAHAM, R; RAMNARAYAN, K; VINOD, P; TORKE, S. Students' perceptions of learning environment in an Indian medical school. *BMC Med Educ*, v. 8, n. 20, 2008.
2. ALBUQUERQUE, VS; GOMES, AP; REZENDE, CHA; SAMPAIO, MX; DIAS, OV; LUGARINHO, RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev. bras. educ. méd*, v. 32, n.3, p. 356–362, 2008.
3. ALMEIDA, MJ. Diretrizes curriculares para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: rede Unida, 2003.
4. ALMEIDA, MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1999. 196p.
5. ALONSO, MS; ANTONIAZZI, JH (coord.). Livro do projeto latino americano de convergência em educação odontológica (PLACEO). São Paulo: Artes Médicas, 2010.
6. AMARAL, JHL. Avaliação do currículo do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais tendo em visita a percepção de egressos. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Doutorado), 2008. 187 p.
7. ANACLETO, KL; CUTOLO, LRA. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 4, p. 76-83, 2007.
8. ANTUNES, MJM; SHIGUENO, LYO; MENEGUIN, P. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.33, n.2, p. 165-74, 1999.
9. BADAN, DEC; MARCELO, VC; ROCHA, DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, supl.1, 2010.
10. BARBIERI, FB. A Rede Unida e o movimento da mudança na formação de profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, 2006. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Fernanda/Fernanda/fernanda\\_completo.pdf](http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Fernanda/Fernanda/fernanda_completo.pdf). Acesso em 12-01-10.

11. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979.
12. BATISTA, N; BATISTA, SH; GOLDENBERG P; SEIFFERT O; SONZOGNO, MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.
13. BATISTA, MJ; GIBILLINI, C; KOBAYASHI, HM; FERREIRA, LL; GONÇALO, CS; SOUSA, MLR. Relato de experiência da interação entre universidade comunidade Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arquivos em Odontologia*, v. 46, n. 03, p. 144-51, 2010.
14. BETHUNE, C; HANSEN, PA; DEACON, D; HURLEY, K; KIRBY, A; GODWIN, M. Family medicine as a career option: how students' attitudes changed during medical school. *Can Fam Physician*, v. 53, n. 5, p. 881-5, 2007.
15. BOTAZZO, C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. IN: PEREIRA, AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, p 17-27, 2003.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. VER-SUS/Brasil. *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde*. 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23208](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23208) Acesso em 21-02-12.
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)*, 2008. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/index.php> Acesso em: 09/12/09.
18. \_\_\_\_\_(a). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Conselho Nacional de Residência Médica. *Instrumento de Avaliação de Programas de Residência Médica*. 2008. Disponível em: [http://www.portal.mec.gov.br/.../cnrm/instrumento\\_de\\_avaliacao\\_apenas\\_para\\_credenciamento\\_e\\_recredenciamento.doc](http://www.portal.mec.gov.br/.../cnrm/instrumento_de_avaliacao_apenas_para_credenciamento_e_recredenciamento.doc) Acesso em 25/04/10.
19. \_\_\_\_\_(b). Presidência da República. *Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008*. Dispõe sobre o estágio de estudantes e revoga as leis anteriores. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2008/11788.htm> Acesso em 21-02-2012
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. – (Série C Projetos, Programas e Relatórios).

21. \_\_\_\_\_.(a). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios. Distrito Federal. Brasília, 2007.
22. \_\_\_\_\_.(b). Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: 2007.
23. \_\_\_\_\_.(c). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: 2007
24. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. CONASS, 2006, 164 p.
25. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof.º Fernando Figueira. Brasília, 2005, 36 p.
26. \_\_\_\_\_.(a).Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101 DE 3 de novembro de 2005. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim\\_virtual/volume\\_10/portaria\\_pro\\_saude.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_10/portaria_pro_saude.pdf) Acesso em: 09/12/09.
27. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. Brasília: 2004.
28. \_\_\_\_\_.(a).Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação na área de saúde. Brasília: MS, 2004.
29. \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf> Acesso em 10-02-2010.



30. \_\_\_\_\_.(a). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. Portaria Interministerial GM nº. 610 de 26 de março de 2002.
31. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, denominado PROF AE. Portaria nº1262/GM em 15 de outubro de 1999. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_1262.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf) Acesso em 15-01-2012.
32. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. Institui a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf> Acesso em: 21 de fevereiro de 2012.
33. \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Educação. Resolução 04/82 de 3 de setembro de 1982. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Odontologia.
34. \_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial IDA. Brasília, MEC/SESU/CCS, 1981. 32 p. Cadernos da Ciência da Saúde, n.3.
35. \_\_\_\_\_.(a). Ministério da Previdência e Assistência. Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981. Cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP.
36. \_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento nº 2: ensino médico e instituições de saúde. Brasília: MEC; 1974.
37. BULCÃO, Lúcia Grando. O ensino médico e os novos cenários de ensino aprendizagem. Rev. bras. educ. méd, v. 28, n.1, p. 61-72, 2004.
38. CABRAL, PE; MACHADO, JLM; MACHADO, VMP; POMPÍLIO, MA; VINHA, JM; AYASH, W; MATTOS, MCI. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. Rev. bras. educ. méd, 375, v. 32, n. 3, p. 374 – 382, 2008.
39. CARCERERI, DL; AMANTE, CJ; REIBNITZ, CR; MATTEVI, GS; SILVA, GG; PADILHA. ACL; RATH, IBS. Formação em odontologia e interdisciplinaridade: O Pró-Saúde da UFSC. Revista da ABENO, v. 11, n. 1, p. 62-70, 2011.
40. CAMPOS, GWS. Reforma da reforma. Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 2002.

41. CARVALHO, SR; GARCIA, RA; ROCHA, DC. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. Botucatu: Interface – Comunicação, saúde e educação, v. 10, n. 20, 2006.
42. CASOTTI, E; NESPOLI, G; RIBEIRO, VMB. Mudança no ensino de graduação em Odontologia na perspectiva do Pró-saúde, 2007.
43. CECCIM, RB; FEUERWEKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v.14, n.1, 2004.
44. COLLISELLI, L; TOMBINI, LHT; LEBAL ME; REIBNITZ, KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço Rev Bras Enferm, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf> Acesso em 01/03/10.
45. CURY, GC; MELO, EM. Ensino baseado em pessoas - a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Cadernos ABEM, v. 2, 2006. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos\\_abem/pdf\\_historia/ensino\\_baseado\\_pessoas.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf_historia/ensino_baseado_pessoas.pdf). Acesso em 05-01-10.
46. DIAS, HS. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.
47. FERNANDES NETO, AJF. A evolução dos cursos de odontologia no Brasil. Rev ABENO, v. 2, n.1, p. 55–6, 2002.
48. FERREIRA, EF; VARGAS, AMD; AMARAL, JHL; VASCONCELOS, M; MATTOS, FF. O caminho da integralidade: reflexões de professores da Faculdade de Odontologia da UFMG. IN: GARCIA, DV (org.) Rumos da Saúde Bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: SN, 2005. 120 p.
49. FERREIRA, JR. PROMED – da utopia à realidade, 2002. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos\\_abem/pdf/art\\_jose\\_roberto\\_completo.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_jose_roberto_completo.pdf). Acesso em 17-01-10.
50. FERREIRA, MLSM; COTTA, RMM; OLIVEIRA, MS. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 2: p. 240–246; 2009.
51. FERREIRA, RC; SILVA, RF; AGUERA, CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Rev brasil educ med., v. 31, n. 1: p. 52 – 59; 2007.

52. FEUERWERKER, L; COSTA, H; RANGEL, ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade Divulg. saúde debate, v. 22: p. 36-48, 2000.
53. FURLER, J; CLELAND, J; DEL MAR, C; HANRATTY, B; KADAM, U; LASSERSON, D; McCOWAN, C; MAGIN, P; MITCHELL, C; QURESHI, N; RAIT, G; STEEL, N; VAN DRIEL, M; WARD, A. Leaders, leadership and future primary care clinical research. BMC Fam Pract, v. 9, n. 52, 2008.
54. GOMES, AP; ARCURI, MB; CRISTEL, EC; RIBEIRO, RM; SOUZA, LMBM; SIQUEIRA-BATISTA, R. Avaliação no Ensino Médico: o Papel do Portfólio nos Currículos Baseados em Metodologias Ativas. Rev bras educ med.,v. 34, n. 3: p. 390 – 396; 2010.
55. GONZALES, AD; ALMEIDA, MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis (Rio Janeiro), v. 20, n. 2: p. 551-570, 2010.
56. HADDAD, AE; MORITA, MC. O ensino da Odontologia e as políticas de saúde e de educação. IN: CARVALHO, ACP; KRIGER, L. (Org.). Educação Odontológica. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas, v. 01: p. 105-117, 2006.
57. HAIR, JF; BLACK, WC; BABIN, JB; ANDERSON, RE; TATHAN, RL. Multivariate Data Analysis. Prentice-Hall: Copyright, 2009.
58. HILL-SAKURAI, LE; LEE, CA; SCHICKEDANZ, A; MAA, J; LAI, CJ. A professional development course for the clinical clerkships: developing a student-centered curriculum. J Gen Intern Med, v. 23, n. 7: p. 964-8, 2008.
59. HOUSSAYE, J. Prazer. Currículo sem Fronteiras, v.7, n.2: p. 71-77, 2007.
60. JUNQUEIRA, CR. A atenção à pessoa humana e o paciente e aluno e no âmbito da formação em odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da bioética. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2009.
61. LOBO, LC. Tecnologia educacional na formação de recursos humanos para a saúde. R Brás. de Educ. Méd. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3: p. 159-161, 1985.
62. LUCAS, SD; PALMIER, AC; AMARAL, JHL; WERNECK, MAF; SENNA, MIB. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. Revista da ABENO, v. 11, n. 1: p. 29-34, 2011.
63. MACHADO, CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora Museu da República, 2007.

64. MALTAGLIATI, LA; 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, 2007.
65. MARIN, MJS; LIMA, EFG; PAVIOTTI, AB; MATSUYAMA, DT; SILVA, LKD; GONZALES, C; DRUZIAN, S; ILIA, M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. *Rev bras educ med*. v. 34, n. 1: p. 13 – 20, 2010.
66. MARIOLIS, A; MIHAS, C; ALEVIZOS, A; GIZILIS, V; MARIOLIS, T; MARAYIANNIS, K; TOUNTAS, Y; STEFANADIS, C; PHILALITHIS, A; CREATSAS, G. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ*, v.7, n. 15, 2007.
67. MATEEN, FJ. Future practice location and satisfaction with rural medical education: survey of medical students. *Can Fam Physician*, v. 52, n. 9: p. 1106-7, 2006.
68. McKEE, ND; McKAGUE, MA; RAMSDEN, VR; POOLE, RE. Cultivating interest in family medicine: family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Can Fam Physician*, v. 53, n. 4: p. 661-5, 2007.
69. MENDES, EV. *Odontologia Integral. Bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.
70. MORITA, MC; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, v. 4, n. 1: p. 17-21, 2004.
71. MORITA, MC; KRIGER, L; GASPARETTO, A; TANAKA, EE; HIGASSI, ME; MESAS, AE; IWAKURA, MLH; ALVANHAM, D. Projeto Pró-saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v.8, n.2: p.53-57, 2007.
72. MOTT, ML.; ALVES, OSF; MUNIZ, MA; MARTINO, LVS; SANTOS, APF; MAESTRINI, K. ‘Moças e senhoras dentistas’: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, Supl., p.97-116, 2008.
73. NARVAI, PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec. 1994.
74. NETO, AJF; CARVALHO, ACP; KRIGER, L; MORITA, MC; TOLEDO, OA. *Odontologia*. IN: Haddad, AE (org.). *A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991 a 2004 – textos de referência*, 2006. Brasília: Ministério da Educação – INEP.

75. OLIVEIRA, AGRC; ARCIERI, RM; UNFER, B; COSTA, ICC; MORAES, E; SALIBA, NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. 2, n. 1: p. 9-14, 1999.
76. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Primer Seminario Latinoamericano Sobre la Enseñanza de la Odontología*. Bogotá, Colômbia. Washington D.C.: Opas. (Publicaciones Científicas, 77) 1963.
77. PERRI DE CARVALHO. A.C. O Ensino de Odontologia em tempos de LDB. *Revista da ABENO*, v. 4, n.1: p. 7-13, 2004.
78. QUEIROZ, MG; DOURADO LF. O ensino da odontologia no Brasil: uma leitura com base nas recomendações e nos encontros internacionais da década de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4: p. 1011-1026, 2009.
79. QUELUZ, DP. Recursos humanos na área odontológica. IN: PEREIRA, AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, p 140-159, 2003.
80. SALIBA, NA; MOIMAZ, SAS; GARBIN, CAS; DINIZ, DG. Dentistry in Brazil: Its History and Current Trends. *Journal of Dental Education*, v. 73, n.2: 2009.
81. SANCHEZ, HF; DRUMOND, MM; VILAÇA, EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2: p. 523-531, 2008.
82. SANTA ROSA, TTA. A influência do estágio supervisionado na formação de estudantes do curso de odontologia da UFMG. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Minas Gerais, 2005.
83. SANTA ROSA, TTA; FERREIRA, EF; VARGAS, AMD. O Internato Rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 23: p. 451-66, 2007.
84. SANTOS, FMD. A esfera municipal da reorientação da formação profissional em saúde: contribuições ao debate. [Monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca, 2009.
85. SANTOS, WS. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Rev bras educ med.*, v. 35, n. 1: p. 86-92, 2011.
86. SÁ-SILVA, JR; ALMEIDA CD; GUINDANI, JF. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, ano. I n. I, 2009.

87. SCOTT, I; WRIGHT, B; BRENNEIS, F; BRETT-MACLEAN, P; McCAFFREY, L. Why would I choose a career in family medicine? Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician*, v. 53, n. 11: p. 1956-7, 2007.
88. SILVA, MC; MARQUES, BB; REIS, MS; MORAES, RB. Pró-Saúde – Odontologia/UNISC: experiências e contribuições na formação profissional. *Revista da ABENO*, v. 11, n. 1: p. 47-50, 2011.
89. SILVA, RMFL; REZENDE, NA. O Ensino de Semiologia Médica sob a Visão dos Alunos: Implicações para a Reforma Curricular. *Rer bras educ med.*, v. 32, n. 1: p. 32-38, 2008.
90. STELLA, RCR; ABDALLA, IG; LAMPERT, JB; PERIM, GL; AGUIAR-DASILVA, RH; COSTA, NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, Supl. 1: p. 63-69, 2009.
91. TORRES, MCMB. Interdisciplinaridade Contemplada no Projeto Pedagógico no Ensino da Odontologia: uma necessidade. IN: RANGEL, JNM (org.) *Caminhos Interdisciplinares na Odontologia*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006, 72 p.
92. TORRES, OM. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do Ver-SUS/Brasil. [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2005
93. VICTORA, CG; KNAUTH, DR; HASSEN, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
94. WERNECK, MAF. Internato em saúde coletiva. A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova *práxis* na graduação, na UFMG. IN: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, MA (org.). *Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora Gráfica, 2008, 292 p.
95. WERNECK, MAF; SENNA, MIB; DRUMOND, MM; LUCAS, SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1: p. 221-231, 2010.
96. ZANETTI, C. A formação do Cirurgião-dentista. IN: ANGELIM DIAS, A. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, p. 21-42, 2006.

## **PARTE II**

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Artigo 1:

#### **O PRÓ-SAÚDE E O INCENTIVO À INCLUSÃO DE ESPAÇOS DIFERENCIADOS DE APRENDIZAGEM NOS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL<sup>22</sup>**

#### **THE PRO-SAÚDE AND ENCOURAGE THE INCLUSION OF DIFFERENT SCENARIOS OF LEARNING IN THE COURSE OF DENTISTRY IN BRAZIL**

#### **EL PRO-SALUD Y FOMENTO DE LA INCLUSIÓN DE DIFERENTES ÁREAS DE CURSOS DE APRENDIZAJE EM ODONTOLÓGIA EM BRASIL**

(Publicado na **Revista Interface** (Botucatu. Impresso), v. 16, n. 42, p. 707-717, 2012)

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300010&script=sci_arttext)

Autor:

Marcos Alex Mendes da Silva – Docente do Curso de Odontologia, Universidade Severino Sombra

Endereço: Rua Leon Mouffron, 101 – Centro – Valença – RJ – 27600-000

Telefones: (24) 2453 3062 – (24) 8182 2336

Email: [marcosalexmendes@uol.com.br](mailto:marcosalexmendes@uol.com.br)

Co-autores:

João Henrique Lara do Amaral – Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais – email [jhamarall@gmail.com](mailto:jhamarall@gmail.com)

Maria Inês Barreiros Senna – Faculdade de Odontologia – UFMG – email: [mibsenna@gmail.com](mailto:mibsenna@gmail.com)

Efigênia Ferreira e Ferreira - Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – UFMG – email: [efigeniaf@gmail.com](mailto:efigeniaf@gmail.com)

#### **O PRÓ-SAÚDE E O INCENTIVO À INCLUSÃO DE ESPAÇOS DIFERENCIADOS DE APRENDIZAGEM NOS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL**

Este estudo objetivou conhecer a situação dos cursos de Odontologia no Brasil envolvidos com Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, em relação aos diferentes espaços de aprendizagem. Foi realizada análise documental dos

---

<sup>22</sup> Este estudo compôs a etapa inicial do projeto de doutorado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMG, aprovado pelo COEP/UFMG sob o parecer número ETIC 0532.0.203.000-10, sem gerar conflitos de interesse e ainda inédito. Todos os autores participaram de todas as etapas da elaboração do manuscrito.



relatórios dos cursos contemplados com o Pró-Saúde I, como etapa inicial do projeto de doutorado aprovado pelo COEP/UFMG sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10. O item “atividade de ensino na rede de serviços” e a carga horária (CH) de estágio foram os critérios de inclusão, e dos 20 relatórios, 18 foram incluídos. Verificou-se uma diversidade entre as CH das IES destinadas ao estágio nos serviços da rede básica, embora todas apresentassem alunos neste cenário, 5 cursos incluíssem ainda os Hospitais/CEO e 11 agregassem os projetos comunitários. Varia a incorporação dos serviços de saúde como cenário diversificado de aprendizagem, refletindo as diferentes interpretações dadas a sua importância, com consenso na expectativa gerada pelo incentivo do Pró-Saúde.

Palavras-chave: aprendizagem, serviços de saúde, odontologia comunitária.

### **THE PRO-SAÚDE AND ENCOURAGE THE INCLUSION OF DIFFERENT SCENARIOS OF LEARNING IN THE COURSE OF DENTISTRY IN BRAZIL**

This study aimed to know the status of dentistry programs in Brazil involved with the National Reorientation of Vocational Training in Health - Pro-Health, in relation to different learning spaces. Documentary analysis was performed of the reports of the courses included with the Pro-Health I, as an initial stage of the doctoral program approved by the COEP / UFMG in the opinion 0532.0.203.000-10 ETIC. The item "teaching activity in the service network" and the "hours in stage (HS)" were the inclusion criteria, and from 20 reports, 18 were included. There was a diversity among graduation education institutions (GEI) for HS at basic network services, although all students are present in this scenario, five courses also include Hospitals/CEO and eleven aggregate community projects. Varies the incorporation of health services to diverse learning scenarios, reflecting the different interpretations given to its importance, with consensus expectations generated by the encouragement of Pro-Health.

Keywords: learning, health services, community dentistry.

### **EL PRO-SALUD Y FOMENTO DE LA INCLUSIÓN DE DIFERENTES ÁREAS DE CURSOS DE APRENDIZAJE EM ODONTOLÓGIA EM BRASIL**

Este estudio tuvo como objetivo conocer lo programa de reorientación Nacional de Formación Profesional en Salud - Pro-Salud, en relación con los espacios de aprendizaje diferentes. Análisis documental se realizó de los informes de los cursos de odontología, como una etapa del programa de doctorado aprobados por el COEP/UFMG, en opinión 0532.0.203.000-10. El tema "la actividad docente en la red de servicios" y la fase de carga fueron los criterios de inclusión, con 18 incluidos. Hubo una gran diversidad entre las carga en la etapa de los servicios de red básica, a pesar de todos los estudiantes en este escenario, el curso también incluye 5 Hospitales/CEO y el agregado de los 11 proyectos de la comunidad. Varia la incorporación de servicios de salud a diversos escenarios de

aprendizaje, lo que refleja las diferentes interpretaciones dadas a su importancia, con las expectativas del consenso generado por el fomento de la Pro-salud.

Palabras clave: aprendizaje, servicios de salud, comunidad odontológica.

## **INTRODUÇÃO**

A preocupação mundial com a formação profissional na área de saúde abarca diferentes aspectos, que vão desde o conteúdo academicamente trabalhado em seu período de graduação, passando pelas estratégias pedagógicas utilizadas no processo formativo e nos espaços disponibilizados para a construção do conhecimento, até chegar à adequada valorização dos diferentes níveis de complexidade que compõem a atenção e a assistência à saúde. Quando o ensino supera a metodologia tradicional da transmissão vertical de conhecimentos, com maior ênfase no ensino do que na aprendizagem, voltando-se para a missão de atuar na produção de serviços, ganha destaque, na contextualização da integração ensino-serviço, estratégias pedagógicas inovadoras e a discussão de redes como espaços de conformação de um novo ator (Stella et al, 2009).

Nesse sentido, destaca-se a dimensão problematizadora do processo ensino-aprendizagem, que assume a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem. A problematização se ancora no postulado de Paulo Freire, que busca um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção à própria aprendizagem. Os conhecimentos são construídos a partir da rede de determinantes contextuais, das implicações pessoais e das interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam (Batista et al, 2005).

Estudos apontam que os instrumentos pedagógicos adotados podem melhorar o processo de ensino-aprendizagem, possibilitando aos estudantes estarem mais preparados para enfrentar os desafios da vida profissional, como o desenvolvido por Hill-Sakura et al. (2008), professores do departamento de medicina da família e da comunidade da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos, sobre a abordagem do desenvolvimento profissional do currículo da escola médica. Este estudo foi realizado com alunos do terceiro ano, utilizando diferentes estratégias como

ferramentas de aprendizagem, levando-os a destacarem os seguintes temas como os mais deficientes no seu processo de formação: (1) a transição para o estágio profissional de aprendizagem (2); os desafios do comportamento profissional, e (3) os erros médicos. Com base no relato dos alunos envolvidos, o tema sobre comportamento profissional gerou 185 comentários, que se desdobravam na dificuldade de comunicação entre profissional/paciente, no atendimento ao paciente movido pela compaixão, na responsabilidade e na pouca colaboração do trabalho em equipe. Concluíram que, uma instituição de ensino precisa adotar instrumentos de ensino-aprendizagem que valorizem o educando, como o trabalho com grupos focais e a adoção de relatórios críticos, que promovem o ensino reflexivo dos alunos, objetivando melhorar o posterior comportamento profissional.

Outro componente importante no processo ensino aprendizagem constitui o ambiente em que ele se dá, que, quando motivador, contribui para determinar o sucesso acadêmico do aluno. Esse fato foi demonstrado em estudo realizado em Melaka Manipal Medical College (MMMC) (Manipal Campus - Índia), por Abranan et al. (2008), ao comparar as percepções de estudantes de primeiro ano de medicina com os que se encontravam na fase clínica da formação, sobre o ambiente de aprendizagem. Embora os alunos do primeiro ano estivessem mais satisfeitos com o ambiente de aprendizagem no MMMC, em comparação com os estudantes dos períodos mais avançados, o estudo revelou áreas problemáticas no ambiente de aprendizagem da escola, a partir das quais foi possível adotar algumas medidas corretivas e vislumbrar a diversificação dos cenários de aprendizagem.

Na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), no Brasil, os processos de formação dos profissionais de saúde vêm passando por transformações, com a implementação de um currículo integrado, utilizando em sua metodologia de ensino a diversificação de cenários de aprendizagem. Foi avaliada a percepção dos acadêmicos das duas primeiras séries iniciais a cerca das ações em saúde que desenvolvem com a comunidade na Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP), no cenário da Atenção Básica de Saúde (ABS). O estudo permitiu categorizar suas ações em quatro grandes temas no primeiro ano: a construção do conhecimento no cotidiano das ações de saúde; a contribuição social do estudante; o aprimoramento das relações e o olhar para as diversidades. No segundo ano foram categorizados dois temas: a formação de um novo olhar sobre o SUS e a ampliação dos cuidados a partir de necessidades de saúde. Evidenciam-se, então, percepções comuns entre ambas as

séries do curso em relação à aprendizagem na ABS, mostrando a importância que este cenário tem no processo ensino aprendizagem, notadamente na construção de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender com a realidade na qual se inserem (Ferreira, Silva, Aguera, 2007).

O processo ensino aprendizagem na área de saúde sofre assim, influência direta dos instrumentos pedagógicos adotados em sua prática e das condições do ambiente onde estas práticas acontecem. A formação profissional distante da realidade do serviço de saúde e das demandas assistenciais reais esgotou um modelo pedagógico tradicional. Desse esgotamento originaram-se medidas alternativas no processo de ensino, sobretudo com alusão ao aprendizado nas práticas extramurais.

Durante muitos anos questionou-se a inadequação e a insuficiência do conteúdo disciplinar na formação na área de saúde, que não permitia aos acadêmicos estarem preparados para abordagem da clientela em ambientes diferentes dos consultórios e próximos da realidade de trabalho necessária à sociedade. Nos últimos anos, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm enfatizado a necessidade de alinhar a prática e a formação profissional em saúde como ferramentas fundamentais para reverter este quadro.

A América Latina apresenta uma estrutura com extensos problemas de cunho social, epidemiológico e demográfico que impõem aos serviços de saúde novos e crescentes desafios ou demandas, tendo como agravante nesse panorama, uma formação profissional em geral fragmentada, centrada em aspectos biológicos, superespecializada, privilegiando o cenário clínico-curativo.

Dessa forma, impõe-se contemplar na formação acadêmica, a dimensão psicossocial do processo saúde/doença, para que o futuro profissional de saúde tenha despertada a sua sensibilidade e a sua consciência para as questões de ordem subjetiva e coletiva presentes em seu cotidiano de trabalho, tornando-se um agente promotor da elevação da qualidade de vida da população, que é, em última instância, um dos objetivos amplos das políticas públicas e, portanto, da educação (Cabral et al., 2007).

Compreende-se a diversificação dos cenários de aprendizagem como uma das estratégias para a transformação curricular e aproximação dos estudantes com a vida cotidiana das pessoas, desenvolvendo olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população, ainda conforme os autores.

Ratificam ainda que os cenários de aprendizagem não devam se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas, sim, representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas e possibilitem a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerem mudanças no processo de formação profissional.

Uma das opções dessa diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece, durante sua formação, inserido num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo conhecimento e serviço de saúde para a população. Esse tipo de educação requer envolvimento dos educandos com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola (Ferreira, Silva, Aguera, 2007, p. 54).

Cabe uma reflexão sobre a compreensão conceitual e dialética em torno do trinômio ensino-serviço-comunidade, que aponta para a complexidade de sua triangulação, com a qual estudantes e docentes devam interagir. Primeiramente, há o estranhamento decorrente do confronto dos diferentes interesses postos em contato. Fazer confluírem pontos convergentes dos três universos distintos (docentes, acadêmicos e comunidade) é tarefa desafiadora, cujo roteiro de execução deve ser construído a partir de cada situação concreta, sem esquemas preconcebidos que possam prejudicar a percepção da realidade. Outras dificuldades apontadas referem-se primeiramente ao plano organizacional da interação, que congrega distintas instituições, com seus respectivos códigos, regimentos, finalidades e cultura institucional, nos quais as diferenças burocráticas e ideológicas podem desaguar em conflito, e na ausência de variáveis do fenômeno ensino-aprendizagem normativamente constituídas, pela incipiência dos processos de interação ensino-serviço e de indicadores apropriados que permitam o adequado monitoramento e avaliação (Cabral et al., 2007).

Contudo, a opção por diversificar os cenários da aprendizagem foi incorporada por diferentes instituições de ensino em diversos lugares, como estratégia necessária na formação em saúde. A diversificação do processo de ensino aprendizagem transpõe as fronteiras da sala de aula por meio de um modelo pedagógico que equilibra a excelência técnica e a relevância social, com métodos

pedagógicos ativos, centrados nos alunos. Sugerem inserir a vivência prática, destinando parte da carga horária curricular às reflexões e atividades com e nos próprios serviços de saúde, com base na relação de parceria e integração da universidade com os mesmos, com a comunidade, com as entidades e com outros setores da sociedade civil (Ferreira, Cotta, Oliveira, 2009).

No campo da Odontologia, o processo de formação acadêmica passou por inúmeras transformações nas últimas três décadas, acompanhando as orientações advindas dos serviços de saúde, como produto da demanda assistencial da população. Some-se a isso, as iniciativas ministeriais e os programas de fomento criados para possibilitar a interação da academia com os serviços do SUS local, que mudaram os caminhos do ensino odontológico no Brasil.

A matéria-prima que definiu as demandas do sistema de saúde bucal foi o processo de avaliação em saúde, constituindo um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, de caráter contínuo e sistemático, que teve em seu objeto – a atenção básica, a complexidade e a abrangência que lhe são inerentes.

Pelo pressuposto, avaliação em saúde consiste em uma estratégia capaz de diagnosticar e apontar as dificuldades dos sistemas de saúde, sobretudo aquelas oriundas da formação dos profissionais que o integram, gerando inúmeras vezes uma rotatividade profissional no nível da atenção básica, resultando na carência de recursos humanos permanentes no SUS (Brasil, 2005).

A partir dos processos de avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde pôde-se perceber a carência de recursos humanos qualificados no setor, aliado a já referida dificuldade formativa, expressa no campo da Odontologia pelo profissional individualista, com uma prática predominantemente curativa, descompromissado com o contexto social no qual seus usuários estão cotidianamente inseridos.

As intensas críticas ao ensino da odontologia e ao sistema de saúde onde os profissionais egressos se instalavam, por volta dos anos 80, apontaram a necessidade de repensar a formação e principalmente o destino do conhecimento produzido, e embora não conseguissem gerar mudanças na forma de organização do ensino na época, impulsionaram o reordenamento curricular dos cursos de graduação de Odontologia nas décadas seguintes, sem, contudo conseguir se libertar da primazia da produção intensiva dos artefatos odontológicos sofisticados (Garrafa, Moysés, 1996).

O ensino odontológico no Brasil carecia de transformações estruturais que modificassem o perfil de seus formandos e enfrentasse algumas dificuldades apontadas nesta afirmação, quando analisa a fragmentação do ensino na área de saúde:

[...] o dinamismo da totalidade da situação de adoecimento apresentada pelos pacientes (“a doença como objeto empírico”) é artificialmente suspenso e por esse artifício lógico, a totalidade é cartesianamente decomposta (fragmentada), tem a sua integralidade negada (racionalmente), atomizada (intencionalmente) e isolada (didaticamente). Assim o projeto pedagógico novecentista nas ciências da saúde foi instituído sem articulação íntima entre teoria e prática, entre disciplinas curriculares básicas e profissionalizantes [...] (Zanetti, 2006, p. 26)

Zanetti (2006) afirma ainda que a proposta de integração curricular para os cursos de Odontologia deveria vir acompanhada de profunda interação entre teoria e prática e entre disciplinas básicas e profissionalizantes, para que o rearranjo curricular não configurasse apenas agrupamento de conteúdo, mas construção coletiva e democrática do conhecimento.

Na mesma medida da reestruturação da formação acadêmica da década de 90, houve a necessidade de se propor modelos assistenciais em saúde bucal estruturados a partir do reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença, tendo o SUS como base filosófica e programática para essa necessária mudança conceitual (Oliveira et al., 1999).

A almejada mudança dos centros formadores e dos serviços de saúde bucal da década de 90 conduz à mobilização de várias instituições, no sentido de intensificar a aproximação das escolas de Odontologia com os serviços públicos de saúde, a partir dos quais as práticas orientariam e compartilhariam o aprendizado discente, melhorando assim os serviços prestados à comunidade, ainda segundo os autores.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, estabelecidas em 2002, como resultado das novas conjunturas previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 e pela Reforma Sanitária Brasileira, propunham uma flexibilização na organização dos currículos pelas IES e uma base comum para os referidos cursos, sinalizando a necessidade de maior interação ensino-serviço-comunidade. Superando o currículo mínimo hegemônico, as DCN conferem às IES liberdade para elaborarem seus projetos político-pedagógicos,

segundo sua realidade, adequando-os às demandas sociais e aos avanços técnico-científicos (Brasil, 2002).

O documento abre espaço para o diálogo entre as áreas do conhecimento e destas com a sociedade, buscando a necessária interação da IES com o serviço de saúde, para juntas desenvolverem a integralidade no cuidado à saúde e nas relações humanas, a valorização da autonomia, o trabalho em equipe e a aprendizagem contextualizada ao longo da vida.

Essa mudança paradigmática do currículo acadêmico tornou-se possível pelo incentivo do Ministério da Saúde, com projetos como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED e, mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, que enfatizam a importância da integração da escola com os serviços de saúde, chamando a atenção para os locais de prática de ensino (Stella et al., 2009).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. A proposta levou em conta a sustentação estrutural proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões de saúde, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), possibilitando intervir nos cenários de prática do serviço público, tornando-os mais próximos da realidade dos futuros cirurgiões-dentistas e mais atraentes à sua permanência (Brasil, 2007).

Os cursos de Odontologia foram contemplados por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, com o Pró-Saúde, com a perspectiva de que os processos de reorientação acompanhassem simultaneamente distintos eixos, antevendo uma escola formadora integrada ao serviço público de saúde, fortalecendo assim, a capacidade gestora e resolutiva do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2005a).

O documento (Brasil, 2007) oficial mostra que o objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na



atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

O objetivo central do Pró-saúde em apoiar as mudanças curriculares nos cursos de graduação da área de saúde, fazendo a necessária aproximação academia-serviço, traduz-se em práticas sanitárias mais adequadas às necessidades manifestas, refletindo diretamente em uma atenção à saúde de melhor qualidade (Haddad, Morita, 2006).

Dentre os eixos de trabalho propostos pelo programa, o eixo de cenários de prática aponta para a progressiva desinstitucionalização das práticas dos futuros profissionais de saúde (muitas práticas assistenciais poderão desenvolver-se em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios), conforme Brasil (2007), contrapondo-se à tendência hegemônica realizada em ambientes sofisticados e de mais cara utilização. Os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação profissional, devem, portanto, ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários.

Propõe ainda que a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deva ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, e assumir responsabilidades crescentes, compatíveis com seu grau de autonomia.

O objetivo desse estudo consistiu em conhecer a situação dos cursos de Odontologia no Brasil em relação à diversificação dos cenários de aprendizagem discente, acompanhando a proposta do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, em seu eixo de cenários de prática, por meio da análise da carga horária destinada à prática de estágio dos alunos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, que utilizou como fontes de pesquisa os relatórios do primeiro ano de execução do Pró-Saúde I, das diferentes instituições de ensino odontológico/secretarias municipais de saúde no Brasil.

A estratégia adotada para avaliação das informações contidas nos relatórios foi a análise documental, que consiste na organização do conteúdo pesquisado em

fontes oficiais, porém não cientificamente trabalhadas (Victora, Knauth, Hassen, 2000) com possibilidade de complementaridade e aprofundamento de análise por meio da triangulação de métodos como a entrevista e os levantamentos *survey*.

A pesquisa com uso de documentos também necessita da elaboração de um questionamento inicial – o problema da pesquisa, que orientará a análise de suas informações. Desta forma, o pesquisador poderá fazer uma leitura hermenêutica, e não apenas literal da documentação, com uma compreensão real e contextualizada do que se intencionou estudar (Corsetti, 2006).

A análise documental passa pela etapa de localização das fontes e sua catalogação, criando arquivos individualizados, e sua organização significa processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio, resultando em quadros, ou banco de dados de informações, que sintetizem todo conteúdo de interesse (Pimentel, 2001).

O processo de análise de conteúdo dos documentos tem início quando o pesquisador analisa o contexto da elaboração do documento, as intenções do autor, a autenticidade, a confiabilidade e a natureza do texto, e por fim, os conceitos-chave e sua lógica interna (Sá-Silva, Almeida, Guindane, 2009).

Contudo, será a decisão sobre a unidade de análise pelo pesquisador que definirá a forma de apropriação da informação: na unidade de registro importam os segmentos específicos do conteúdo, determinando, por exemplo, a frequência com que aparece no texto uma palavra, um tema, ou um determinado item (neste estudo, o item relativo à atividade de ensino na rede de serviços e sua correspondente carga horária semestral); enquanto que para unidade de contexto pode ser mais importante explorar o contexto em que um determinado fenômeno ocorre, e não apenas sua frequência, ainda segundo os autores.

Neste estudo optou-se pela análise a partir da unidade de registro, cuja apresentação dos dados na forma de uma tabela de distribuição de frequência foi capaz de demonstrar a situação da aprendizagem em cenários diferenciados de prática por meio de suas cargas horárias semestrais, considerando as 3 categorias de análise avaliadas: carga horária de estágio em Hospitais/CEO, em USF/UBS e em projetos comunitários.

Este estudo compôs a etapa inicial do projeto de doutorado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMG, aprovado pelo COEP/UFMG sob o parecer número ETIC 0532.0.203.000-10.

Inicialmente foram incluídos 20 relatórios de um universo de 25 cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I, por estarem publicamente disponíveis no site oficial do Programa Pró-Saúde, mantido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Deste total, foram excluídos 2 relatórios que não contemplavam o item “atividade de ensino na rede de serviços” e nem fazia menção à distribuição de alunos em cenários diferenciados de aprendizagem.

A partir do item escolhido como critério de inclusão no estudo, foram analisados 18 relatórios oficiais, para os quais se construiu uma tabela com as cargas horárias de aprendizagem em espaços diferentes das clínicas da IES e das salas de aula, o que permitiu delinear a situação de diversificação dos cenários de aprendizagem adotados pelos referidos cursos de Odontologia, tendo sido preservado o anonimato das IES, garantindo assim a privacidade das informações.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise documental dos relatórios permitiu construir a tabela 1, na qual as instituições de ensino superior são avaliadas segundo os cenários diversificados de aprendizagem adotados pelos respectivos períodos acadêmicos, com a correspondente carga horária. Foram desconsideradas as clínicas dos próprios cursos e as salas de aula, por entender que estes cenários compõem os espaços tradicionalmente usados no ensino odontológico.

Tabela 1 – Distribuição das IES segundo os períodos acadêmicos e a carga horária destinada aos cenários diversificados de aprendizagem

IES	CENÁRIOS DIVERSIFICADOS DE APRENDIZAGEM (Períodos acadêmicos/cenários/carga horária por aluno)			
	Periodos	Carga horaria		
		Hospitais e CEO	ESF (USF/UBS)	Projetos Comunitarios
<b>IES 1</b>	todos	160	72	72
<b>IES 2</b>	1 e 2		70	
<b>IES 3</b>	7		30	
<b>IES 4</b>	4, 5, 8 e 9	72	72	
<b>IES 5</b>	todos		34	119
<b>IES 6</b>	1, 2 e 5-10		63,5	48
<b>IES 7</b>	2, 3 e 8	72	72	72
<b>IES 8</b>	2 e 6		24	70
<b>IES 9</b>	2, 3 e 7-10		178	8
<b>IES 10</b>	2 e 9		363	
<b>IES 11</b>	5, 7 e 9		60	80
<b>IES 12</b>	6-8		60	
<b>IES 13</b>	Todos	450	147	90
<b>IES 14</b>	4, 5 e 7		190	
<b>IES 15</b>	7 e 10		720	
<b>IES 16</b>	1e 7-9	6	94	50
<b>IES 17</b>	1-8		180	30
<b>IES 18</b>	5-8		216	162

Observa-se uma variação de cenários adotados, com cursos de Odontologia que inserem seus alunos somente em cenários próprios da Atenção Básica e outros que ainda os inserem nos módulos de referência do sistema local de saúde, como o Centro de Especialidades Odontológicas e as unidades hospitalares. E ainda, dentro do mesmo cenário, cargas horárias que variam de 4 a 720 horas semestrais de prática em serviços de UBS e/ou ESF (Mean = 76,81 ± 96,54)(95% CI 44,14-109,47).

Embora as médias de horas nos cenários diversificados de aprendizagem dos alunos matriculados nos cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I apontem forte inserção dos alunos nas ESF/UBS e em projetos comunitários (64,5% da carga horária total), remanescem ainda duas instituições (IES 1 e 13) nas quais seus alunos ainda passam mais tempo em Centros de Especialidades e Hospitais (52,6% do total de horas semestrais na IES 1 e 65,5% do total de horas semestrais na IES 13) do que em módulos de Atenção Primária e comunidades (47,4% na IES 1 e 34,5% na IES 13).

Esta diferença em apenas dois dos dezoito relatórios analisados remete às diferentes interpretações dadas à diversificação de cenários de aprendizagem, sobretudo aqueles apontados pelas DCN e reafirmados pelo Pró-Saúde, que juntos,

buscam uma formação profissional mais contextualizada com as necessidades da sociedade e inserida nos locais onde elas despontam. Esse remanescente dos espaços da atenção especializada na formação, no nível de graduação, em momento de reversão do modelo pelo incentivo do programa, leva à suposição ainda da predominância de uma visão hospitalocêntrica na resolução dos problemas de saúde nestas instituições de ensino, contrária às DCN e ao Pró-Saúde.

A flexibilidade curricular, trazida com as DCN, permite que cada instituição defina a carga horária mais apropriada às suas necessidades pedagógicas, modificando assim, o tempo de permanência do aluno em contato com a rede de serviços local, embora todos os cursos esforcem-se para atingir os 20% mínimos exigidos de sua carga horária total.

Além da reflexão sobre o cenário adotado para a aprendizagem, surge ainda a reflexão sobre as diferentes cargas horárias nos próprios cenários da Atenção Primária à Saúde, no sentido de entender como 24 horas semestrais definidos por uma instituição (IES 8) proporcionam o mesmo aprendizado que 720 horas (IES 15), ambas distribuídas em dois períodos acadêmicos.

A partir daí, qual a carga horária mínima necessária de uso de cenários diferenciados de aprendizagem para promover a desejada mudança formadora, considerando ainda os fatores loco regionais? E em que medida estão os cursos fazendo seu dever de casa, promovendo sua transformação gradual?

A análise deste relatório inicial pode muito bem estar dimensionando o período de transição pelo qual as instituições estavam passando, e, em estágios diferentes, estar cada uma buscando transpor seus limites necessários à adequação metodológica, saindo da lógica curativa e caminhando para o promocional.

As instituições, nas quais a mudança segue mais vagarosamente, enfrentam algumas dificuldades, e em alguns relatos sobressaem as arestas da relação entre a academia e os serviços de saúde, que se não se comunicavam, precisaram dialogar e estabelecer parcerias, com responsabilidades definidas. E como estabelecer consenso entre instituições com diferentes interesses e múltiplos atores, convergindo para um mesmo objetivo?

Está posto o grande desafio, onde o relato de experiência de uma IES na qual a Secretaria Municipal de Saúde local recusou-se a assumir responsabilidades na inserção dos alunos na rede pública de serviços levou a instituição de ensino a buscar

ajuda em um município vizinho, e somente diante deste aceite, o primeiro município recuar e absorver a demanda inicialmente apontada.

Diante das dificuldades enfrentadas na obtenção do consenso no poder decisório, as instituições – IES e SMS depositam suas expectativas na capacidade do Pró-Saúde de equacionar os problemas, sem se darem conta de que o programa traz as diretrizes, mas as ações foram planejadas pelos próprios atores e sua execução dependerá exclusivamente dos mesmos. Os conflitos que surgem durante o desenvolvimento das ações programadas não poderiam ser minimizados, se tivessem sido previstos no período do planejamento conjunto?

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em maior ou menor grau, todas as escolas avaliadas demonstraram adotar os espaços do SUS local como cenários diversificados de aprendizagem, embora com diferentes cargas horárias, fruto da concepção que cada unidade de ensino tem da importância de se diversificar estes cenários, e para onde diversificar.

Definir uma carga horária mínima a ser dedicada ao contato do aluno com a Atenção Primária à Saúde ao longo de sua formação, as DCN já o fizeram, restando às instituições de ensino entender onde os problemas básicos de saúde bucal prevalecem e lá inserir seus alunos com a disponibilidade necessária para a real aprendizagem em serviço – aprendendo a aprender no chamado “mundo do trabalho”. Não basta que todas as disciplinas converjam para os cenários da Atenção Primária com micro cargas horárias, mas sim, devido a toda complexidade que o trabalho neste nível requer, é necessário que o aprendizado estruture-se para acontecer na própria realidade local.

O primeiro ano de mudança fomentado pelo Pró-Saúde corresponde ao desatar os nós de uma amarra feita há muito tempo atrás, que privilegiava a formação do cirurgião-dentista voltado exclusivamente para a técnica, e desta forma, exigirá tempo e esforço, cujos resultados começarão a aparecer à medida que o novo modelo de formação proposto, começar a se consolidar, cabendo uma nova avaliação dos relatórios do Pró-Saúde no seu terceiro e último ano de execução da presente carta acordo.

Esta análise preliminar mostra a disposição dos cursos em formar melhor seus graduandos, preparando-os para de fato responder às demandas da população,

carecendo ainda avançar na diversificação dos cenários de prática centrados nos cuidados primários de saúde, distanciando da prática mutiladora do ambiente hospitalar e, na escala de complexidade da atenção à saúde, diminuir as necessidades secundárias e terciárias pela resolução dos problemas primários.

Projeta-se uma imagem-objetivo de que no futuro essas escolas analisadas distribuirão melhor seus tempos de aula nas unidades de saúde da família, na comunidade, nos domicílios, reafirmando um conceito tradicional de que a Odontologia é um curso prático, mas não no sentido da técnica somente, mas da vivência da realidade baseada em evidências.

O maior consenso a que se chega pela análise dos relatórios é a expectativa gerada pela criação do Programa Pró-Saúde no fortalecimento do ideário pensado pelos docentes, e aceito pelos gestores municipais de saúde, em se ter um ambiente de saúde de qualidade, com profissionais aprendendo e sendo formados para a resolutividade e para a efetividade do sistema.

#### **RESPONSABILIDADE DOS AUTORES:**

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABRAHAM, R et al.. Students' perceptions of learning environment in an Indian medical school. **BMC Med Educ**; v. 8, n. 20, p. 1-5, 2008.

BATISTA, N et al.. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-237, São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf> Acesso em 10/02/10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof.º Fernando Figueira. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. (a). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.101 DE 3 de novembro de 2005**. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim\\_virtual/volume\\_10/portaria\\_pro\\_saude.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_10/portaria_pro_saude.pdf) Acesso em: 09/12/09

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. – (Série C Projetos, Programas e Relatórios).

CABRAL, PE et al. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 32, n. 3, p. 374 – 382, 2008.

CORSETTI, B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: um abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. **UNIrevista** - v. 1, n. 1, 32-46, 2006.

FERREIRA, MLSM; COTTA, RMM; OLIVEIRA, MS. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. **Revista bras. educ. méd.**, v. 33, n. 2, 240–246, 2009.

FERREIRA, RC; SILVA, RF; AGUERA, CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista bras. educ. méd.**. v. 52, n. 1, p. 52 – 59, 2007.

GARRAFA,V; MOYSÉS, SI. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Saúde para Debate**. n. 13, 6-17, 1996.

HADDAD, AE; MORITA, MC. O ensino da Odontologia e as políticas de saúde e de educação. IN: CARVALHO, ACP; KRIGER, L. (Org.). **Educação Odontológica**. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006, p. 105-117.

HILL-SAKURA, LE et al.. A professional development course for the clinical clerkships: developing a student-centered curriculum. **J Gen Intern Med**; v. 23, n. 7, 964-968, 2008.

OLIVEIRA, AGCR et al.. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, 9-14, 1999.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, 179-195, 2001. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf> Acesso em 18/04/11.

SÁ-SILVA, JR; ALMEIDA, CD; GUINDANE, JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n.1, 2009



STELLA, RCR et al.. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Revista bras. educ. méd.**, v. 33 (1 Supl. 1), 63-69, 2009.

VICTORA, CG; KNAUTH, DR; HASSEN, MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZANETTI, C. A formação do Cirurgião-dentista. IN: ANGELIM DIAS, A. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2006, 21-42.

## Artigo 2:

### **O Sistema Único de Saúde como escola e o desafio da formação profissional em Odontologia para o mundo do trabalho**

SILVA, Marcos Alex Mendes da  
CAMPOS, Ana Cristina Viana  
AMARAL, João Henrique Lara do  
SENNA, Maria Inês Barreiros  
FERREIRA, Efigênia Ferreira e

**A ser submetido à Revista Brazilian Oral Research – Dental Education**

#### **RESUMO**

O presente estudo objetivou descrever e analisar a inserção dos alunos de cursos de Odontologia em cenários diferenciados de prática, considerando a aprendizagem acadêmica vivencial em preparação para a vida profissional. O estudo, aprovado pelo COEP/UFMG, sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10 utilizou o *survey* como estratégia de coleta de dados, por meio do qual foi enviado virtualmente um questionário estruturado aos responsáveis pedagógicos pelos 198 cursos de Odontologia do Brasil, dos quais 67 responderam, após três tentativas. Os dados foram analisados estatisticamente por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, para estabelecer a associação entre a variável dependente (qualificação dos ambientes de prática) e as independentes (características das IES e da organização dos estágios). As variáveis que apresentaram valores de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada foram inseridas no modelo de Análise de Componentes Principais (ACP), que permitiu a observação de que, cursos de instituições públicas relatam mais atividades em UBS, com melhor relação aluno/preceptor ( $\leq 10/1$ ), não prescindindo de outras práticas profissionais, já que consideram o estágio como auxiliar para a formação profissional. O outro grupo, composto na grande maioria de cursos de instituições privadas, apesar de considerarem o estágio como imprescindível para a formação profissional, não depositam a mesma importância na atenção primária. Concluiu-se que as instituições de ensino odontológico no Brasil percebem o serviço como espaço imprescindível de aprendizagem, mas com dificuldade em definir quais seriam esses cenários do SUS que favoreçam a desinstitucionalização do saber, para a vivência do acadêmico no mundo do trabalho.

Palavras-chave: aprendizagem, serviços de saúde, Odontologia comunitária.

## INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais da área de saúde sem um diagnóstico concreto das necessidades do setor gerou um descompasso entre a formação do aluno e a ação profissional no serviço, transferindo ao setor saúde a responsabilidade de investir em treinamentos e capacitações para complementar as lacunas da formação acadêmica. Foi preciso que se articulasse o processo educacional de formação profissional com as demandas e necessidades da sociedade. Isso implicou repensar a inserção desse profissional na sociedade e construir sua participação partindo da reflexão, questionamentos e formulação de propostas, fundamentadas na sua realidade vivencial, visando à transformação dessa realidade<sup>1</sup>.

Nessa nova dinâmica, o profissional deveria diagnosticar, solucionar problemas, ser capaz de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho e de trabalhar em equipe. Os pontos dessa dinâmica estão explicitados nas competências e habilidades esperadas para um profissional de saúde, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, aprovadas pela Sesu/MEC em 2002<sup>2</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para os cursos de Odontologia, implantadas em 2002, estabeleceram dentre seus princípios, a necessidade de encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiam à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada, contribuindo para o fortalecimento da articulação da teoria com a prática dos serviços, enaltecendo os estágios em diferentes cenários e a participação em atividades de extensão<sup>2</sup>.

Os estudos de Sanchez, Drumond e Vilaça<sup>3</sup> apontaram a contribuição da diversificação dos espaços de aprendizagem na formação profissional de futuros cirurgiões-dentistas, quando relataram que, a presença do internato rural (estágio curricular com imersão no serviço) foi fortemente determinante na formação dos acadêmicos, gerando resultados expressivos, quando comparado a outro centro de ensino, no qual os alunos não vivenciaram essa prática. Ressaltaram que o estágio em serviço ministrado sob a forma de internato rural, despertou o aluno para as questões sociais que permeiam a Odontologia, incentivando o desenvolvimento da consciência política e cidadã.

Werneck et al.<sup>4</sup>, propuseram uma reflexão sobre o entendimento de estágio proposto pela Associação Brasileira de Odontologia – ABENO, em 2002, que destacava que estágios devem ser entendidos como o atendimento integral ao paciente, podendo ocorrer intra e extramuros, em atendimentos multidisciplinares e em serviços públicos e privados. Segundo os autores, tal afirmação entra em conflito com as DCN que propõem uma aproximação com os serviços de saúde por meio dos estágios, acreditando que o estágio intramuros, não contempla o contato do aluno com a realidade social, *“uma vez que essa realidade é mascarada pelo peso da estrutura institucional que limita e transforma a capacidade de expressão dos indivíduos, pela impossibilidade de se ver, perceber e sentir o ambiente, o meio físico de origem das pessoas que atende”*.

O tema foi se mantendo em pauta e, durante a 38ª Reunião da ABENO, novas discussões foram feitas sobre o “estágio supervisionado”, com a participação de representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde, diretores de faculdades, coordenadores de cursos e docentes das várias regiões do país. Neste evento, com as DCN já definidas, passou-se a considerar estágio como *“o atendimento multiprofissional e em serviços assistenciais públicos e privados”*<sup>5</sup>.

Este conflito, que não se esgota com a elaboração de conceitos, permeou a implantação dos estágios curriculares nos diferentes cursos de graduação, apesar das orientações das DCN. Com o compromisso de possibilitar o aprendizado do aluno a partir da sua vivência na prática profissional, o objetivo das DCN confere aos cursos de graduação uma identidade própria na organização da interação ensino/serviço, ancorada na necessidade de tornar o processo de aprendizagem contínuo e reflexivo sobre a adequação das práticas de saúde aos anseios da comunidade<sup>2</sup>.

Dentre as habilidades gerais e competências propostas pelas DCN, comuns a todos os profissionais da área da saúde, destacam-se a integralidade das ações de saúde e as relações humanas como princípios articulados de todo o processo de formação. Incluem os espaços do sistema de saúde do país (Sistema Único de Saúde - SUS) para o desenvolvimento de estágios curriculares e atividades complementares, considerando que a interação ensino/serviço contribui para o desenvolvimento de habilidades específicas à medida que possibilita a atuação multiprofissional e o exercício da profissão articulado ao contexto social<sup>2</sup>.

Como parte fundamental da matriz curricular proposta pelas DCN, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) deve possibilitar a consolidação de conhecimentos

adquiridos no transcorrer do curso e se apresenta como uma estratégia pedagógica que precisa ir além da relação professor-aluno e se efetivar nas relações humanas, envolvendo diferentes atores que participam do contexto da prática, ou seja, do mundo do trabalho, intensificando a relação entre teoria e prática<sup>6</sup>.

O estágio dos estudantes dos cursos de graduação foi regulamentado pela a Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, que o define como um procedimento didático-pedagógico de competência das Instituições de Ensino, necessário como ferramenta de transformação na formação profissional. Entre as recomendações explicitadas na lei, é destacado o percentual mínimo de 20% da carga horária plena do curso para concretização do estágio<sup>7</sup>.

Face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever e analisar a inserção dos alunos de cursos de odontologia em cenários diferenciados de prática, considerando a aprendizagem acadêmica vivencial em preparação para a vida profissional.

## **METODOLOGIA**

O estudo de natureza transversal e exploratória, aprovado pelo COEP/UFMG, sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10, utilizou o *survey* como estratégia de coleta de dados, para caracterizar as Instituições de Ensino Superior - IES em relação à inserção dos alunos em ambientes diferentes das próprias clínicas de ensino.

O universo de respondentes do estudo foi formado por coordenadores e/ou responsáveis pedagógicos pelos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil - Coordenadores de Colegiado de Curso, Diretores de Faculdades ou representantes legais, dependendo da organização administrativa da instituição. No sentido de minimizar perdas ao longo do processo, foi feito, previamente à aplicação do questionário virtual, contato telefônico com as IES para incentivar sua participação.

O instrumento adotado foi um questionário elaborado a partir do instrumento de avaliação dos Programas de Residência Médica<sup>8</sup>, e enviado aos responsáveis pedagógicos pelos 198 cursos de Odontologia implantados, e regularmente em funcionamento no Brasil<sup>9</sup>, no ano de 2011.

As questões do instrumento utilizado procuraram abordar: local onde se situava a instituição; tempo, período e local do estágio; número de alunos por semestre; natureza curricular ou projetos, e outras.

O questionário enviado por meio virtual aos gestores de ensino odontológico, permitiu o preenchimento *on line* e o reenvio automático para o próprio endereço eletrônico que o enviou. O documento foi elaborado virtualmente, utilizando-se o banco de documentos do Google® (Google docs) em um correio eletrônico do gmail®, exclusivo para esse fim. Foi estabelecido um prazo de 30 dias, a contar da data do primeiro envio do questionário, para proceder ao reenvio àquelas instituições que não responderam no período definido.

No prazo inicial, 35 IES responderam ao *survey*, tendo sido necessário novo contato telefônico e reenvio para aquelas instituições que não o haviam respondido. Após o segundo envio *on line*, mais 15 questionários foram respondidos. Foi feito ainda um terceiro e último contato telefônico com as IES, que ainda não haviam respondido ao questionário em nenhum dos envios anteriores, e com isso, outros 17 questionários retornaram, compondo uma amostra final de 67 IES (n=67). As informações obtidas alimentaram um banco de dados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)®, procedendo ao tratamento estatístico necessário à caracterização dos dados.

Para a análise, foi definida como variável dependente: a qualificação dos ambientes de prática clínica, categorizada como *atenção primária* (quando qualquer parte do estágio era realizada em uma Unidade Básica de Saúde – UBS) e *outros* (quando não havia nenhum estágio em UBS). A opção se deu em função de ser o local ideal para a formação de habilidades e competências definidas nas DCN<sup>2</sup>.

As variáveis independentes foram organizadas em dois grupos, com o fim exclusivo de facilitar a apresentação em tabelas. No primeiro grupo, características da instituição de ensino, foram consideradas: tipo de instituição, localização geográfica, duração do curso, projeto pedagógico incluindo estágio, alunos no serviço por semestre (curricular), alunos no serviço por semestre (projetos). No segundo grupo, características da organização e funcionamento dos estágios em serviço, foram consideradas: carga horária do estágio em serviços de saúde e em outros cenários de prática, relação aluno/preceptor, existência de capacitação para preceptores, existência de critérios para escolha dos preceptores, existência de

critérios para escolha do local do estágio, modalidade de supervisão, maior titulação dos supervisores, influência dos cenários de prática na formação generalista.

Os dados foram analisados, inicialmente, por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, para estabelecer a associação entre a variável dependente e as independentes. As variáveis que apresentaram valores de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, acima citada, foram inseridas no modelo de Análise de Componentes Principais (ACP), uma técnica de análise multivariada. Essa análise é uma técnica exploratória utilizada para análise de dados categóricos (binários e multinominais), que permite identificar padrões nos dados, para expressá-los, salientando as similaridades e diferenças entre eles, além de permitir uma imagem gráfica de grupos com perfis semelhantes<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

Das 198 instituições com cursos de Odontologia no Brasil (2012), 67 responderam ao questionário, perfazendo uma taxa de resposta de 33,98%, variando de 20,9% no Nordeste, a 44,4% no Sul. Das instituições respondentes, 42 (62,7%) são de natureza privada. Todos os respondentes declararam que o projeto pedagógico do curso prevê o estágio.

A tabela 1 apresenta a distribuição dessas escolas por região, considerando o total de escolas regularmente em funcionamento no Brasil e o total de escolas participantes do estudo.

Tabela 1. Distribuição dos cursos de Odontologia no Brasil segundo localização geográfica, existentes em 2012 e os participantes do estudo.

<i>Macrorregiões brasileiras</i>	<i>Cursos de Odontologia</i>			
	Existentes *		Participantes do estudo	
	n	%	n	%
Norte	17	8,6	5	7,5
Nordeste	43	21,7	9	13,4
Sul	36	18,2	16	23,9
Sudeste	81	40,9	32	47,8
Centro-oeste	21	10,6	5	7,5
TOTAL	198	100	67	100

\* Fonte: <http://emec.mec.gov.br/Odontologia>, 2012

Observa-se que a amostra guarda relação com a distribuição das escolas, entre o total e as que participaram do estudo, apesar da taxa de resposta de aproximados

34%. A tabela 2 apresenta a associação entre a variável dependente (ambientes de prática) e o grupo das variáveis independentes relacionadas às características da Instituição de Ensino Superior (IES), mas nenhuma associação foi estatisticamente significativa.

Tabela 2. Associação entre ambientes de prática e características da instituição de ensino, cursos de Odontologia, Brasil, 2012.

Variáveis	Categorias	Ambientes de prática				p-valor
		Atenção Primária		Outros		
		n	%	n	%	
Tipo de instituição	Pública	23	92,0	2	8,0	0,093*
	Privada	32	76,2	10	23,8	
Localização geográfica	Norte	3	60,0	2	40	0,230**
	Nordeste	8	88,9	1	11,1	
	Sudeste	24	75,0	8	25,0	
	Sul	15	93,8	1	6,5	
	Centro-oeste	5	100,0	0	0	
Duração do curso	4 anos	14	70,0	6	30,0	0,232**
	4 anos e meio	11	84,6	2	15,4	
	5 anos	30	88,2	4	11,8	
Alunos no serviço por semestre (curricular)	≤ 50%	27	90,0	3	10,0	0,665*
	> 50%	27	90,0	3	10,0	
Alunos no serviço por semestre (projetos)	≤ 50%	39	84,8	7	15,2	0,611*
	> 50%	16	84,2	3	15,8	

\*Exato de Fisher \*\*Qui-quadrado

A tabela 3 expõe a associação entre os ambientes de prática e o grupo de variáveis independentes relacionadas à organização e ao funcionamento dos estágios em serviço, observando-se significância estatística somente com relação à variável “relação aluno preceptor”, apontando um melhor resultado em estágios cujo cenário é a atenção primária.



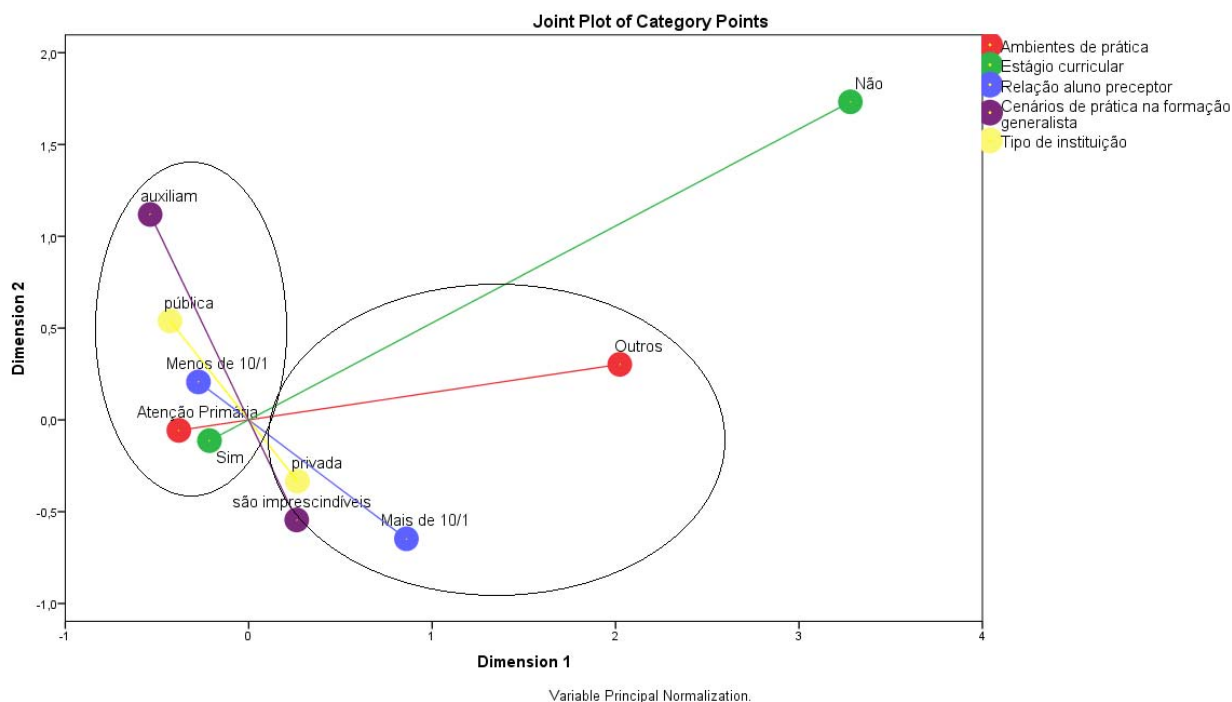
Tabela 3. Associação entre ambientes de prática e características da organização e funcionamento dos estágios em serviço, cursos de Odontologia, Brasil, 2012.

Variáveis	Categorias	Ambientes de prática				p-valor
		Atenção Primária		Outros		
		n	%	n	%	
Estágio em serviços de saúde	≤ 20% CH total	27	93,1	2	6,9	0,255*
	> 20% da CH total	27	84,4	5	15,6	
Estágio em outros cenários de prática	≤ 80% CH total	34	87,2	5	12,8	0,582*
	> 80 % CH total	18	85,7	3	14,3	
Relação aluno/preceptor	Menos de 10/1	45	91,8	4	8,2	0,041*
	Mais de 10/1	8	66,7	4	33,3	
Existência de capacitação para preceptores	Sim	42	91,3	4	8,7	0,289*
	Não	8	80,0	2	20,0	
Existência de critérios para escolha dos preceptores	Sim	34	87,2	5	12,8	0,613*
	Não	16	88,9	2	11,1	
Existência de critérios para escolha do local do estágio	Sim	52	83,9	10	16,1	0,601*
	Não	3	100,0	0	0	
Modalidade de supervisão	Quinzenal	46	85,2	8	4,8	0,466**
	Mensal	7	100,0	0	0	
	Esporádica	2	100	0	0	
Maior titulação maioria supervisores	Doutores	30	90,9	3	,1	0,244**
	Mestres	23	76,7	7	23,3	
	Especialistas	2	100	0	0	
Cenários de prática auxiliam formação generalista	Imprescindíveis	34	77,3	10	2,7	0,058*
	Auxiliares	21	95,5	1	,5	

\*Exato de Fisher \*\*Qui-quadrado

As variáveis que apresentaram valores de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada das tabelas 2 e 3 foram inseridas no modelo de Análise de Componentes Principais (ACP), sendo elas a relação aluno/preceptor, tipo de instituição, duração do curso, localização geográfica e maior titulação dos supervisores, incluindo na análise a variável dependente (qualificação do ambiente de prática). A figura 1 apresenta uma representação gráfica dos resultados dessa análise, e a formação de grupos por similaridade/diferenças.

Figura 1. Representação gráfica dos grupos e cursos de odontologia, formados a partir da análise de componentes principais – ACP, cursos de Odontologia, Brasil, 2012.



Observa-se a formação de dois grupos, sendo um formado em sua maioria pelos cursos com estágio curricular em UBS (APS), funcionando em instituições públicas, com a relação aluno/preceptor de  $\leq 10/1$ , e que consideram os cenários de prática um auxiliar para a formação profissional. No outro grupo se situam em sua maioria, os cursos sem estágio curricular em UBS, funcionando em instituições privadas, com a relação supervisor aluno  $>10/1$ , mas que consideram os cenários de prática imprescindíveis para a formação profissional.

## DISCUSSÃO

A participação das regiões Sul e Sudeste apresentou número de respondentes proporcional ao número de escolas existentes. Já a região Nordeste, que concentra o segundo maior número de cursos instalados (21,7%) apresentou um percentual de resposta (13,4%), menor do que a região Sul (23,9%), que concentra menor número de cursos de Odontologia (18,2%). A região Centro Oeste que apresenta número maior de cursos instalados (10,6%) do que a região Norte (8,6%), apresentou o mesmo padrão de resposta (7,5%). Quanto à dependência administrativa, também se

observou uma similaridade entre a amostra e o total de cursos no Brasil (73% de cursos em instituições privadas).

Quanto á presença dos alunos no serviço, na tabela 2 se observa que a grande maioria declara atividades em atenção primária (tabela 2), mas ao se examinar o dado do percentual de alunos que se encontra em atividade no serviço, por semestre,

a maioria ( $\cong 60\%$ ) relatou menos de 50%, independente de ser uma prática curricular

ou por projetos.

A tabela 3 apresenta quantos cursos de Odontologia utilizam os 20% de sua CH total para formação em serviço, seja em ambientes de APS ou nos demais, o que implica analisar o art. 7º das DCN<sup>2</sup>: “ *A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto [...]*”. Dos cursos analisados, 47,7% cumprem o determinado pelas DCN, dos quais 87,2% utilizam os cenários da APS e 12,8% utilizam outros ambientes de formação; e dos 43,4% dos cursos que não atingem o mínimo preconizado, considerando ainda 8,9% de perdas, 93,1% utilizam os espaços da APS e apenas 6,9% inserem seus alunos em outros ambientes, o que demonstra a valorização da APS na formação acadêmica como cenário de aprendizagem.

Na relação aluno/preceptor, é possível observar que a maioria dos cursos (49 – 73,1%) mantém no máximo dez alunos em aprendizagem com um preceptor, independente do cenário onde essa aprendizagem se dá, acompanhando o art. 9º da Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008<sup>7</sup>, que dispõe sobre o estágio de estudantes e expõe obrigações das partes envolvidas: “*III – indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente*”. A relação numérica ideal é respeitada pelas instituições, pois entendem que o aumento no número de alunos acima do recomendado prejudica o processo de aprendizagem, na medida em que divide a atenção dos preceptores e os torna responsáveis por um número maior de problemas de saúde.

A tabela 3 ainda mostra como as escolas percebem a importância dos cenários diferenciados de prática na formação de um profissional generalista, como propõem as DCN<sup>2</sup>, para as competências e habilidades requeridas ao futuro profissional de Odontologia<sup>1,11</sup>. 65,7% dos cursos consideram esses cenários imprescindíveis à formação generalista, dos quais 77,3% relacionam os cenários da APS como sendo os espaços mais adequados; e 34,3% consideram esses cenários como ferramentas que auxiliam na formação generalista, sem, contudo, esgotá-la<sup>4,5,6</sup>.

Há uma heterogeneidade nas características das IES participantes do estudo, a qual a análise estatística pretendeu minimizar ao agrupar as variáveis por similaridades. No entanto, essa imprecisão da amostra assemelha-se aos resultados encontrados por Finkler, Caetano & Ramos<sup>12</sup> ao analisar como ocorre a integração dos cursos de Odontologia com a rede pública de saúde, em um estudo de caso do qual participaram 15 cursos de diferentes regiões. No referido estudo, os vínculos com o sistema de saúde não são caracterizáveis como integração efetiva, e praticamente inexistente integração ensino – atenção – gestão. Os autores concluíram que os cursos precisam avançar nas alianças e ações estratégicas, com base na educação permanente em saúde, a fim de que as novas mudanças curriculares sejam efetivamente capazes de colaborar com o aperfeiçoamento do SUS, que na mesma medida, ratificam os dados deste estudo.

Embora não tenha sido objetivo desse estudo analisar essas diferenças, não se pode deixar de considerar os fatores externos que poderão influenciar a aproximação com os serviços: a instabilidade política das relações estabelecidas entre os diferentes atores; a organização dos serviços voltada para sua lógica assistencial, diferente dos objetivos das IES, voltados para a formação e para a construção do conhecimento; a estrutura física da rede de atenção à saúde, pouco adaptada ao acolhimento dos alunos; o número total de alunos a serem distribuídos nas unidades de saúde, inúmeras vezes superior à sua capacidade operacional; os conflitos das relações público/público ou público/privado, o conflito entre os ambientes urbanos e rurais, entre outros<sup>6,12,13,14</sup>.

O estudo realizado com cirurgiões-dentistas do serviço público do Rio Grande do Norte aponta as dificuldades enfrentadas por eles no cotidiano do trabalho, sem que sua formação em nível de graduação tivesse lhes preparado para vencer: dificuldade de trabalhar em equipe, falta de compromisso dos gestores com a continuidade das ações, despreparo profissional para enfrentar problemas coletivos,

além da precarização do trabalho. Considerando o perfil profissional sugerido pelas novas diretrizes curriculares, os resultados sinalizam para mudanças no currículo, fundamentadas nas diretrizes, formando profissionais compatíveis com as exigências do mercado de trabalho, incluindo as competências saber, saber-fazer, saber-ser, com visão questionadora da própria prática<sup>1</sup>.

Uma avaliação em relação a essas mudanças dos cursos de Odontologia no Brasil, realizada em 2005, indicou que a aderência média das graduações às DCN foi de 77% (regular), e entre aquelas com menor aderência, observou-se a ausência da integração dos projetos político-pedagógicos (PPP) com a rede de serviços. Já nos cursos com maior aderência, verificou-se uma maior diversificação dos cenários de ensino, considerados essenciais para o desenvolvimento do perfil profissional voltado para o SUS, uma vez que é no mundo do trabalho que devem acontecer as maiores experiências educativas<sup>15</sup>.

Não se trata apenas de transformar o espaço dos serviços e a comunidade em extensões dos hospitais e das clínicas dos cursos, como acontece de forma recorrente na relação entre ambas as instituições, mas sim, de construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes envolvidos com a produção de serviços em cenários reais, nos quais os docentes tornam-se parte dos serviços e os profissionais corresponsáveis pela formação acadêmica<sup>12</sup>.

Mas a transformação assistencial envolve a questão conceitual, com enraizamento cultural, que se evidencia no estudo quando se observa que 65,7% dos cursos consideram os cenários diferenciados de aprendizagem (sobretudo os espaços da APS – 77,3%) imprescindíveis para a formação generalista, mas remanescem 34,3% dos cursos que os consideram ferramenta auxiliar na formação, fruto das concepções tradicionais nas quais a clínica intramuro e/ou hospitais permanecem como espaço primordial de formação<sup>12,16,17</sup>. O debate trazido por Werneck et al.<sup>4</sup> continua muito atual ao questionar quais ambientes de fato propiciam a mudança formativa pretendida.

A inserção discente nos cenários de prática da rede de serviços do SUS foi operacionalizada, na maioria dos cursos, pelos estágios supervisionados curriculares, que permitiram ao futuro cirurgião-dentista aprender a valorizar o coletivo, com uma visão integral da saúde dos seus usuários, em um contra ponto com a realidade hegemônica, visto que os profissionais ainda vinham sendo formados, segundo um modelo que privilegiava o tratamento de doenças, o trabalho autônomo, sem

experiência em trabalho de equipe e com pouca familiaridade com os preceitos do SUS<sup>18</sup>, conforme o ambiente das clínicas integradas de ensino da própria IES possibilitavam<sup>4</sup>.

Por si só, esta realidade já sinalizava a necessidade de incorporação de novos cenários de aprendizagem na formação profissional, o que foi confirmado posteriormente com as DCN. O estudo mostra que a maioria dos cursos utiliza os serviços de saúde do SUS como cenários de aprendizagem (91,1%), entretanto, a maior dificuldade está em entender que cenários as escolas de Odontologia consideram como campos de estágio para seus alunos e para a compatibilização dessa CH apontada pelas DCN (Art. 7º) – tornando esse, o campo controverso e contraditório para a compreensão do estágio supervisionado curricular. Para “cumprir a lei” alguns cursos consideram as práticas clínicas nas próprias IES, principalmente as chamadas clínicas integradas, como estágios, o que não permite avaliar a inserção dos alunos nos serviços por meio unicamente do parâmetro do percentual de CH, destinada pelo curso a essa prática<sup>2,4,7</sup>. Os dados mostram que menos de 50% dos cursos atingiu os 20% de carga horária previstos nas DCN para cumprimento de estágios (tabela 3).

As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados da análise de associação entre a variável dependente (ambiente de prática) e as variáveis relacionadas à instituição e sua organização (Tabela 2) e à organização propriamente dita da vivência em serviços de saúde (Tabela 3). Somente se mostrou associada à variável dependente, com significância estatística, a relação aluno/preceptor ( $p=0,041$ ), sugerindo que a relação entre o número de alunos, distribuído pelo número de preceptores, está associada à qualidade dos ambientes de prática, se pensarmos a UBS (atenção primária) como *locus* ideal para o aprendizado. Os cursos nos quais os alunos atuam em UBS apresentam a relação aluno/preceptor mais fortemente associada do que os outros. Essa associação apontada pelo estudo reforça a importância da proporção estabelecida pela legislação do estágio e, no presente estudo, imprime qualidade ao ambiente formativo<sup>7</sup>.

A variável *influência dos cenários de prática na formação generalista* ( $p=0,058$ ) mostrou uma tendência de associação. Os cursos que declararam não ter estágio na UBS (atenção primária), em sua quase totalidade consideram que o cenário é imprescindível na formação do profissional generalista, contudo, sem que

haja sua adoção. Como entender a concepção teórica de sua importância para a mudança na formação, sem que isso se materialize?

A análise de componentes principais (ACP) permitiu a observação de que, cursos de instituições públicas relatam mais atividades em UBS, com melhor relação aluno/preceptor ( $\leq 10/1$ ), não prescindindo de outras práticas profissionais, já que consideram o estágio como auxiliar para a formação profissional. O outro grupo, composto na grande maioria de cursos de instituições privadas, apesar de considerarem o estágio como imprescindível para a formação profissional, não depositam a mesma importância na atenção primária.

Esses cursos podem estar adotando como campos de estágios as clínicas da própria IES e/ou hospitais, mas entendem que os espaços do SUS são imprescindíveis à formação do generalista, que exprime, ou uma aparente dificuldade em transpor os limites da formação para os cenários do SUS, mesmo considerando-os importantes e necessários, ou os entendem como ferramentas para a formação profissional generalista, mas, no entanto, consideram as clínicas e/ou hospitais o ambiente necessário para a formação profissional. Ambas as hipóteses apontam para o desconhecimento das habilidades e competências elencadas nas DCN e para a dificuldade em superar concepções tradicionais de formação.

Estudos de Strauss et al.<sup>19</sup> e Haden et al.<sup>16</sup> reforçam a importância da formação odontológica em cenários de base comunitária nos Estados Unidos e Canadá. Enquanto o primeiro aponta que a crise no acesso aos cuidados de saúde oral nos Estados Unidos levou as escolas norte americanas a uma nova análise de como os cursos de Odontologia preparam os alunos para trabalhar em diversos ambientes, e sugere que, quando comparados com estudantes de odontologia treinados apenas em ambientes tradicionais, estudantes formados em base comunitária demonstram competências mais abrangentes na prática profissional e produtividade clínica maior; o segundo destaca que, das cinquenta e cinco escolas de Odontologia norte americanas e canadenses, 91% delas sentiram a necessidade de reorientar seus currículos ao longo de 10 anos para a aprendizagem na comunidade ou em cenários de APS. Esta experiência de ambos os estudos, em expor os alunos de Odontologia a cenários diversificados durante sua formação, comprovou que a comunidade, ou o ambiente social, constitui um ambiente necessário para a formação profissional generalista.

Por outro lado, o tradicionalismo na formação odontológica, provavelmente tenha influenciado fortemente essa mudança paradigmática e interposto barreiras conceituais e operacionais à diversificação dos cenários de aprendizagem no Brasil, reforçando essa contradição evidenciada pelo estudo. Dentre as barreiras impostas à diversificação dos cenários de aprendizagem na formação odontológica, destaca-se o enraizamento da utilização exclusiva das clínicas da instituição como cenário de prática nas unidades de ensino, ou, em outras palavras, a dificuldade dessas instituições em se abrirem ao novo, perpetuando técnicas, métodos e espaços pedagógicos sempre utilizados, porém, pouco inovadores. O estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em duas escolas de Odontologia da região, com diferentes currículos adotados, aponta a mudança no papel do professor, passando a ser o facilitador do processo de aprendizagem, que passou a acontecer em ambientes diferentes daqueles com os quais o professor tinha familiaridade, levando a um estranhamento natural do docente com a nova realidade<sup>20</sup>.

Embora ainda predominem métodos tradicionais de ensino aprendizagem, centrado no professor e nos conteúdos, o surgimento de uma nova proposta da pedagogia não diretiva, com métodos ativos de ensino aprendizagem em cenários diferenciados criou uma reação ao autoritarismo do professor da escola tradicional.

No entanto, apesar das potencialidades do método ativo de aprendizagem, que contribui para a aproximação ensino/serviço e para uma compreensão ampliada e integrada da diversidade das necessidades encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde, emergem algumas fragilidades no desenvolvimento do método, tais como: a insegurança causada nos alunos pela modificação abrupta do método tradicional para o método inovador; e a dificuldade dos alunos em entender seu real papel no processo ensino aprendizagem e em buscar novas fontes do conhecimento à medida que se tornavam corresponsáveis pelo processo<sup>21</sup>.

Ambos os estudos<sup>20,21</sup> ajudam a entender a dificuldade enfrentada pelas escolas de Odontologia para adotarem novos campos de aprendizagem por estarem ainda muito ligadas à formação tradicional, aqui expressa pela contradição dos cursos em considerar os cenários do SUS imprescindíveis para a formação, sem contudo, adotá-lo. O primeiro estudo<sup>20</sup> expõe as dificuldades do entendimento docente do seu novo papel no processo ensino aprendizagem, e o segundo<sup>21</sup> expõe as dificuldades do aluno em também entender as novas relações. E como superar tais barreiras conceituais enfrentadas pelos diferentes atores?



Acrescente-se ainda que, ao se apropriar dos estágios curriculares para operacionalizar a inserção dos alunos no SUS, falta às IES definirem e padronizarem quais espaços externos constituem, efetivamente, cenários diversificados de aprendizagem, com as características que a rede de serviços oferece<sup>4</sup>. Propor novos cenários de aprendizagem não significa adotar qualquer espaço que não esteja dentro dos limites da IES para a prática do aluno, e muito menos apenas o cumprimento de normas e legislação educacionais para compatibilização de CH necessária, considerando que a aprendizagem nas clínicas da IES, nos hospitais e nos serviços não sejam iguais, e possuem especificidades. Werneck et al.<sup>4</sup> já fizeram esta discussão, alertando que as clínicas integradas da IES e o atendimento de urgência possuem contextos diferentes da longitudinalidade dos serviços de saúde, e por isso, não devem ser consideradas campos de estágio, em contraposição aos documentos da ABENO, que os entendem como tal.

Essa interpretação gera dúvidas nos próprios gestores da academia, que para atingir a CH mínima estabelecida pelas DCN para os estágios supervisionados curriculares, podem contabilizar a clínica integrada nos 20% estabelecidos por curso. Apesar do contexto da aprendizagem de cada ambiente, a norma vence o bom senso e cursos com 20% de sua CH total, mesmo que somente em clínica da IES, encontram-se melhor avaliados do que aqueles cujos alunos permanecem mais horas exclusivamente na rede de serviços, sem que sua instituição atinja 20% da CH total – novamente os limites da CH como parâmetro de análise da integração ensino serviço.

Como superar esse conflito entre a supremacia da quantidade de horas adotadas na diversificação da aprendizagem sobre a variedade dos espaços adotados, que analogicamente, parece supor que a quantidade de horas impõe-se sobre a qualidade dos cenários?

E nesta reflexão, observa-se que os estágios realizados por projetos ou os estágios supervisionados curriculares em escolas, creches, asilos, hospitais, internato em saúde coletiva ou internato rural, embora possam ser bastante válidos sob alguns aspectos, de um modo em geral não possibilitam o alcance dos objetivos propostos pelas DCN. Isto porque não é possível, por meio de atividades pontuais e isoladas, estabelecer um compromisso social, já que o envolvimento costuma ser de curta duração, e em inúmeras instituições, somente ao final do curso de graduação, quando toda a formação prévia do estudante o preparou para uma atuação desarticulada das demandas dos serviços<sup>4,12,22</sup>.

Incorporar novos cenários de aprendizagem na formação odontológica não é tarefa fácil, sobretudo quando esses espaços possuem logística e gestão diferentes, e não foram idealizados para esse fim, levando à necessidade de adequação tanto da estrutura física, quanto de recursos humanos, e seus processos de trabalho. A percepção de que as IES consideram o SUS fundamental na formação do profissional generalista, hoje uma necessidade do mercado e do próprio serviço, impulsiona ambas as instituições a vencerem as barreiras e a negociarem estratégias que permitam a consolidação da aprendizagem em serviço, com o auxílio dos programas de incentivo e fomento propostos pela parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde para os cursos de Odontologia – como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e seus complementos.

Análise documental dos relatórios elaborados pelas IES em conjunto com as secretarias de saúde, sobre o desenvolvimento das ações de interação ensino/serviço, fomentadas pelo Pró-Saúde, apontaram a trajetória crescente dos cursos no envolvimento dos espaços do SUS como cenários de aprendizagem, remanescendo, no entanto, IES que ainda entendem unicamente suas clínicas intramuros e os hospitais como ambientes suficientes para preparação do aluno para a vida profissional. Esta análise feita com escolas contempladas com o programa interministerial, que visa ao deslocamento da aprendizagem para os espaços do SUS, ainda apresenta barreiras, e há de se supor que aquelas que não apresentem o incentivo tenham ainda mais dificuldade na incorporação desses cenários<sup>17</sup>.

Contudo, o presente estudo não buscou esgotar o assunto, mas trazer para o debate a reflexão sobre como os cursos de Odontologia no Brasil promovem o deslocamento da aprendizagem profissional para os cenários do SUS, considerando o histórico de investimento na relação ensino-serviço, e os conflitos que emanam dessa interação.

## **CONCLUSÕES**

Embora os cursos de Odontologia no Brasil caminhem para a diversificação dos cenários de aprendizagem de seus alunos, acompanhando historicamente os incentivos de utilização do SUS como espaço formador, a partir das DCN essa interação corporifica-se pelo efetivo interesse das IES em modificar um paradigma já

ultrapassado de formação, onde o aluno não se encontrava preparado para o enfrentamento das demandas assistenciais em saúde bucal.

A maioria das IES investe na adoção dos cenários do SUS como campo de formação de forma curricular, inserido no projeto político pedagógico do curso por meio dos estágios curriculares supervisionados e/ou pelos projetos de pesquisa/extensão desenvolvidos na rede de serviços, porém com uma estruturação ainda incipiente na definição dessas atividades na matriz curricular, uma vez que essa inserção do aluno está ligada aos estágios, e esses contemplam os alunos somente na fase avançada da formação, quando os valores e concepções profissionais já estão praticamente formados, menos sensíveis às mudanças.

O processo de diversificação de cenários de aprendizagem enfrenta dificuldades relacionadas ao tradicionalismo da formação acadêmica, fruto tanto da aderência dos professores, acostumados com práticas pedagógicas pouco inovadoras, quanto de alunos, sem a preparação necessária para ser corresponsável pela sua própria aprendizagem. E com isso, observa-se que quanto mais tradicional o currículo de formação, maiores as dificuldades em se diversificar os cenários de aprendizagem e adotar o SUS como escola de formação.

Das diferentes realidades encontradas na formação odontológica no Brasil, destacam-se escolas, embora em número reduzido, que ainda utilizam apenas os espaços intramuros da IES para formação, mas entendem o SUS como espaço imprescindível para formação de um profissional generalista; outras que vêm na rede de serviços do SUS espaço adequado para preparação para a vida profissional do aluno, mas destinam momentos pontuais de aprendizagem nestes cenários; e outras que percebem a rede SUS como espaço de formação e inserem seus alunos de forma contínua, durante todo seu período de graduação. Precisa-se ainda, investir no debate sobre o que os órgãos de ensino e os próprios cursos de Odontologia consideram como campo de estágio, e como entendem a necessidade da aproximação com o SUS nesse processo formativo.

Pôde-se evidenciar que o ensino odontológico no Brasil privilegia o SUS como espaço de aprendizagem a partir da implantação das DCN, mas com dificuldade em definir quais desses cenários do SUS seriam os mais apropriados, e por quanto tempo o aluno deve ali permanecer. A definição das DCN para a CH mínima que o curso deve dedicar a essa vivência não foi capaz de qualificar a aprendizagem em serviços de saúde, uma vez que sua distribuição poderia acontecer

de diferentes formas, tais como o internato rural (toda CH de uma única vez), na forma de projetos (CH específica durante desenvolvimento do mesmo, contemplando apenas segmentos de alunos) ou de maneira contínua (CH menor em períodos contínuos), com seus ganhos e limites.

Embora enfrente problemas operacionais e conceituais na adoção de novas formas de aprendizagem, o ensino odontológico caminha para uma crescente desinstitucionalização do saber, para a vivência do acadêmico no mundo do trabalho, na medida em que as relações institucionais e a atenção à saúde comecem a se fortalecer.

Estudos, cuja coleta de dados utiliza o meio eletrônico apresentam, dentre algumas limitações, uma taxa de respondente abaixo do esperado, apesar dos vários contatos, e há um esforço no sentido de tornar a amostra estatisticamente significativa e inferencial, e somado ao grande número de variáveis e à imprecisão de algumas respostas, geradoras de diferentes interpretações, este carece de um aprofundamento posterior que ajude a analisar a inserção vivencial do aluno nos espaços de formação do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Costa ICC, Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciênc Saúde coletiva*, 16 (Supl. 1):1181-1189, 2011
2. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf> Acesso em 15 de dezembro de 2011
3. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciênc Saúde coletiva*, 13 (2):523-531, 2008.
4. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond, MM, Lucas, SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc Saúde coletiva*, 15 (1): 221-231, 2010.
5. ABENO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. *Estágios supervisionados*. ABENO, 2003. Disponível em: <http://www.abeno.org.br>. Acesso em: 20 mar. 2012.

6. Colliselli L, Tombini LHT, Lebal ME, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço Rev Bras Enferm, Brasília, 62 (6): 932-937, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf> Acesso em 01/12/12
7. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11788 de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm). Acesso em 21 de outubro de 2012.
8. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Conselho Nacional de Residência Médica. Instrumento de Avaliação de Programas de Residência Médica. 2008. Disponível em: [http://www.portal.mec.gov.br/.../cnrm/instrumento\\_de\\_avaliacao\\_apenas\\_para\\_credenciamento\\_e\\_recredenciamento.doc](http://www.portal.mec.gov.br/.../cnrm/instrumento_de_avaliacao_apenas_para_credenciamento_e_recredenciamento.doc) Acesso em 20 de dezembro de 2012.
9. Brasil. Ministério da Educação. Instituições de Ensino Superior. Curso de Odontologia. E-mec. 2012. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/Odontologia>, Acesso em 15 de outubro de 2012.
10. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate Data Analysis. Prentice-Hall: Copyright, 2009.
11. Badan DEC, Marcelo VC, Rocha DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. Ciênc. Saúde coletiva 15, supl.1 Rio de Janeiro, 2010.
12. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Teaching-service integration in the change process in Dentistry training. Interface - Comunic., Saude, Educ., 5 (39): 1053-1067, 2011.
13. Swanwick T. Doctors, science and society. Med. Educ, 2013, 47: 7-10.
14. Smyrnakis E, Gavana M, Kondilis E, Giannakopoulos S, Panos A, Chainoglou A, Stardeli T, Kavaka N, Benos A. Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy, 2013, 13:1946. Disponível em: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_1946.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1946.pdf). Acesso em 13 de janeiro de 2013.
15. Haddad AE, Ristoff DI, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde: 119-152, 2006 (Série F, Comunicação e Educação na Saúde)

16. Haden, NK, Hendricson WD, Kassebaum DK, Ranney RR, Weinstein G, Anderson EL, Valachovic KW. Curriculum Change in Dental Education, 2003–09. *Journal of Dental Education*, 74 (5): 539-557, 2010.
17. Silva MAM, Amaral JHL, Senna MIB, Ferreira EF. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de Odontologia no Brasil. *Interface-Comunic, Saúde, Educ (UNIFESP)*, 16 (42): 707-17, 2012
18. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, 4 (1): 17-21, 2004.
19. Strauss RP, Stein MB, Jeffrey Edwards MSW, Nies KC. The Impact of Community-Based Dental Education on Students. *Journal of Dental Education*, 74 (10) Supplement: 42-55, 2010.
20. Junges R, Stello RS, Portella FF, Rosing CK, Samuel SMW. Impact of the implantation of a new curriculum in the process of learning in a Faculty of Dentistry in Brazil. *Braz Oral Res.*, 25 (6):478-84, 2011.
21. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzales C, Druzian S, Ilia M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. *Rev bras educ med.*, 34 (1): 13 – 20, 2010.
22. Santa Rosa TTA, Ferreira EF, Vargas AMD. O Internato Rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 11 (23): 451-66, 2007.

## **Abstract**

This study aimed to describe and analyze the insertion of the dental students in different scenarios, considering experiential learning as an instrument of preparation for professional life. The study, approved by COEP / UFMG, in the opinion ETIC 0532.0.203.000-10 used the survey as a data collection strategy, through which was virtually a structured questionnaire sent to those responsible for teaching 198 courses in Dentistry in Brazil, the which 67 responded after three attempts. Data were statistically analyzed using the chi-square and Fisher exact tests to establish the association between the dependent variable (qualification of practice environments) and independent (IES characteristics of the stages and the organization of them). The variables with  $p$  values  $\leq 0.20$  in the bivariate analysis were entered into the model Principal Component Analysis (PCA), which allowed the observation that, courses in public institutions report more activities at UBS, showing the highest student / teacher ( $\leq 10/1$ ), without waiving other professional practices, since they consider the stage as an aid for vocational training. The other group, consisting of courses in

the vast majority of private institutions, although considering the stage as indispensable for training, do not put the same importance in primary care. It was concluded that dental education institutions in Brazil perceive the service as essential learning space, but with difficulty in defining what these scenarios favoring the institutionalization of knowledge to the academic experience of the world of work.

Keywords: learning, health services, community dentistry.

**Artigo 3:**

**UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO PRÓ-SAÚDE NA EVOLUÇÃO DO  
ENSINO ODONTOLÓGICO BRASILEIRO**

SILVA, Marcos Alex Mendes da  
AMARAL, João Henrique Lara do  
SENNÁ, Maria Inês Barreiros  
FERREIRA, Efigênia Ferreira e

**Submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva**

**RESUMO**

Este estudo objetivou conhecer a percepção dos gestores do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e dos cursos de Odontologia contemplados com o programa, sobre a inserção dos acadêmicos em espaços diferenciados de aprendizagem da rede SUS. Esse estudo integra o projeto de doutorado aprovado pelo COEP/UFMG sob o parecer ETIC 0532.0.203.000-10. Utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa, com adoção de um questionário virtual enviado aos 45 coordenadores de cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde, e de entrevistas semi estruturadas, realizadas com cinco membros da Secretaria de Gestão e Educação para o Trabalho (SGTES). Os dados quantitativos dos 31 cursos respondentes foram analisados estatisticamente, enquanto a análise de conteúdo permitiu interpretar e categorizar as informações qualitativas. Observou-se uma unanimidade na contribuição do Pró-Saúde na diversificação dos cenários de aprendizagem odontológica e no reordenamento pedagógico, com incentivo à aproximação ensino/serviço. Concluiu-se que embora o Pró-Saúde não tenha sido o único responsável pela inserção dos alunos na rede básica de serviços, ele favoreceu a iniciativa, devendo suas ações serem institucionalizadas de forma contínua e definitiva nos cursos de graduação em Odontologia.

Palavras-chave: aprendizagem, serviços de saúde, Odontologia comunitária.



## INTRODUÇÃO

Martin<sup>1</sup> na comemoração do centenário da criação do relatório Flexner (1910-2010) para orientação do ensino na área de saúde, resgata o referido relatório como base filosófica necessária e marco conceitual para formação profissional, embora não desconsidere o avanço do ensino em direção aos aspectos sociais, para uma prática em saúde mais abrangente e contextualizada.

No entanto, a reforma no currículo do ensino médico proposta por Abrahan Flexner reafirmou a hegemonia do paradigma biologicista, centralizado no profissional e nas técnicas. Dissociou os conhecimentos das áreas básicas e clínicas, e restringiu o processo ensino-aprendizagem ao espaço da prática hospitalar e clínica. Caracterizou-se ainda por criar ferramentas que medicalizaram o social, a partir de bases pedagógicas tradicionais, perpetuando assim, o modelo vigente e ineficiente de práticas em saúde<sup>2</sup>. O currículo elaborado para os cursos de Medicina, a partir do relatório Flexner inspirou a criação dos currículos dos cursos de Odontologia, que surgiram como um apêndice da formação médica e sustentaram a formação profissional dos cirurgiões-dentistas por várias décadas.

No primeiro curso criado em Baltimore, Estados Unidos, em 1840, a formação era composta por um período de ensino acadêmico e o restante de trabalho junto a um dentista em seu consultório, em uma relação mestre/aprendiz<sup>3</sup>.

Somente na década de 60 do século passado, o ensino odontológico ganha destaque, ao se tornar elemento de discussão internacional, em seminários realizados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em parceria com a Fundação Kellogg e a Alafo, cujos resultados serviriam de matriz para a elaboração das DCN<sup>4</sup> para os cursos de Odontologia no Brasil, em 2002. Dentre as habilidades e competências elaborados para os futuros cirurgiões-dentistas, este deveria ser um profissional apto a trabalhar nos serviços de saúde pública e a planejar e a executar ações coletivas de saúde bucal<sup>5</sup>.

O documento *Dental Education at the Crossroads, Challenges and Change*, publicado em 1995, pelo Instituto de Medicina norte americano propôs algumas recomendações para o futuro do ensino odontológico, tais como: (a) a integração da Odontologia com a Medicina, e destas com os sistemas de saúde em seus níveis de pesquisa, educação e atendimento aos pacientes; (b) as escolas de Odontologia

deveriam ensinar modelos de prática clínica científica, centrada em resultados, voltada para o paciente e para a comunidade, eficientes e interdisciplinares, baseadas no trabalho em equipe, e; (c) deveria haver intenso fluxo de informação e tecnologia cooperativada entre os centros de ensino, os serviços de saúde e a comunidade<sup>3</sup>.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde aproximou de forma operacional as duas áreas (saúde e educação) e os esforços na pretendida interação entre academia e serviços de saúde. Esta, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, elaborou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. O programa materializou a proposta integrativa das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia (DCN)<sup>4</sup> e investiu nos cenários de prática de forma a torná-los atraentes à atuação dos futuros profissionais da Odontologia<sup>7</sup>.

Os cursos de Odontologia foram contemplados com o Pró-Saúde por meio das Portarias Interministeriais MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 e MS/MEC nº 3.019 de 27 de novembro de 2007 e, mais recentemente, convidados a participar no edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011, com o intuito de se estruturar um centro formador integrado ao serviço público de saúde com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O quadro 1 mostra a relação entre as IES, secretarias de saúde e os cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I e II.

O Pró-Saúde tem como objetivo geral o incentivo a uma nova estratégia de formação profissional, apoiado em mudanças curriculares que permitam a devida aproximação ensino-serviço, com geração de práticas mais adequadas às necessidades em saúde e uma atenção à saúde de melhor qualidade<sup>7</sup>.

Quadro 1- Número de cursos, projetos, IES, secretarias de saúde e cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde I e II

	Cursos contemplados	Projetos contemplados	IES contempladas	Cursos de Odontologia contemplados	Secretarias de Saúde envolvidas
Pró-Saúde I	90	90	62	24	49
Pró-Saúde II	265	68	68	21	77

Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26639](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639) Acesso em setembro, 2012.

Dentre os eixos de trabalho propostos pelo programa, o eixo de cenários de prática apontou para a progressiva desinstitucionalização das práticas dos futuros profissionais de saúde, com possibilidade de que muitas práticas assistenciais pudessem se desenvolver em ambulatórios, na comunidade, e/ou nos próprios domicílios. E com isso, o aluno, desde o princípio da formação, vivenciaria os problemas da população nos locais onde eles emergem, trabalhando com problemas reais e assumindo responsabilidades crescentes, compatíveis com seu grau de autonomia<sup>7</sup>.

O objetivo desse estudo consistiu em conhecer alguns resultados do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde nos cursos de Odontologia contemplados, em relação ao seu potencial de induzir a inserção dos acadêmicos em espaços diferenciados de aprendizagem da rede SUS.

## **METODOLOGIA**

Este estudo compôs duas das etapas do projeto de doutorado em Odontologia, aprovado pelo COEP/UFMG sob o parecer número ETIC 0532.0.203.000-10.

O estudo desenvolveu-se com investigação em dois grupos distintos: no primeiro grupo, foram incluídos os cursos de Odontologia de Instituições de Ensino Superior (IES), contempladas com o Programa Pró-Saúde I ou II. O universo de respondentes do estudo foi formado por coordenadores e/ou responsáveis pedagógicos pelos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil, grupo será identificado nesse estudo como “responsáveis pedagógicos”.

O segundo grupo foi formado por gestores do programa Pró-Saúde. Dos dez gestores convidados, entre idealizadores e avaliadores do Pró-Saúde, cinco concordaram em participar. Todos os entrevistados compuseram a equipe inicial de mobilização e estruturação do Pró-Saúde em 2005, tendo um deles participado também da organização do Promed, para os cursos de Medicina, três anos antes. Todos estiveram presentes na seleção dos projetos do Pró-Saúde, nos seminários nacionais e regionais, sendo que dois deles acompanharam as visitas da comissão assessora aos locais de desenvolvimento dos projetos e os outros foram responsáveis pelo gerenciamento nacional do programa, em distintos departamentos da SGTES. Este grupo será identificado como “gestores”.

Para a coleta de dados com os responsáveis pedagógicos, utilizou-se o método *survey*, com instrumento autoaplicável, elaborado virtualmente, utilizando-se o banco de documentos do Google® (Google docs) em um correio eletrônico do gmail®, exclusivo para esse fim, contemplando questões sobre o tempo de funcionamento dos cursos de graduação; o início da adoção de cenários diferenciados de aprendizagem; a contribuição do Pró-Saúde na adequação da estrutura física da rede de serviços, da IES, no rearranjo curricular das disciplinas, na integração ensino serviço, na capacitação profissional e na interdisciplinaridade acadêmica.

O instrumento foi testado por 10 professores, integrantes do departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG, da Universidade Severino Sombra e da Faculdade de Odontologia de Valença, cujo retorno demonstrou a necessidade de ajuste em apenas duas questões, tornando-as mais claras ao entendimento dos respondentes.

No sentido de minimizar perdas ao longo do processo, foi feito, previamente ao envio do instrumento virtual, contato telefônico com as IES para incentivar sua participação.

Foi estabelecido um prazo de 30 dias, a contar da data do primeiro envio do instrumento, para proceder ao reenvio àquelas instituições que não respondessem no período definido. Na primeira tentativa houve retorno de 13 questionários; na segunda houve retorno de mais oito; e na última tentativa retornaram mais 10 (n=31). Entre as tentativas foi feito contato telefônico no sentido de reforçar a participação dos cursos no estudo.

As respostas compuseram um banco de dados armazenado no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® e sua análise seguiu uma orientação descritiva das variáveis consideradas.

O método qualitativo foi a opção para a coleta de dados com o grupo gestores. Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com gestores do Pró-saúde, que idealizaram e/ou acompanharam sua implantação em diferentes centros de ensino no Brasil. Por opção dos gestores e viabilidade do estudo, as perguntas foram enviadas por correio eletrônico, solicitando que o retorno ocorresse em até uma semana, o que prontamente foi atendido, mesmo ciente dos limites que a realização da entrevista de forma virtual traria, por não possibilitar um debate entre pesquisador e entrevistado.

As perguntas norteadoras da entrevista buscaram saber qual a participação do entrevistado no desenvolvimento do Pró-Saúde, sua avaliação quanto às propostas do programa e quanto à evolução do eixo de cenários de prática, a contribuição do programa para a formação odontológica e as expectativas para sua permanência.

A estratégia adotada para interpretar as respostas contidas nas entrevistas foi a análise de conteúdo, proposta por Bardin<sup>8</sup>, onde os discursos dos sujeitos foram organizados segundo seus sentidos e significados, buscando-se temas de conteúdo comum que foram estruturados a partir do *corpus* do texto, produto de sucessivas releituras do material escrito. O uso da análise conteúdo para interpretar os dados levantados abarca a modalidade da análise temática, que representa por meio de um tema – unidade de significação, o pensamento expresso na fala dos sujeitos.

Para o grupo de gestores, no intuito de preservar o anonimato de suas identidades, foi adotada a letra “E”, da palavra “entrevista” para todos, diferenciados pelos números arábicos (1,2,3,4 e 5).

Nas duas etapas do estudo, os respondentes participaram como voluntários, após terem sido orientados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados expressos pelos responsáveis pedagógicos dos cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde delinearam a percepção das IES sobre a contribuição do programa na formação e na inserção dos alunos nos serviços.

A tabela 1 descreve o panorama relatado pelos respondentes do *survey* sobre a contribuição do Pró-Saúde na efetivação de novos cenários de prática.

Tabela 1. A contribuição do Pró-Saúde para efetivação de novos cenários de prática, cursos de Odontologia, 2012

Categoria		Frequencias	
		Absoluta	Relativa
<b>Início da adoção de cenários diferenciados de aprendizagem</b>	antes da implantação das DCN (2002)	18	58,1
	após a implantação das DCN	10	32,3
	após incentivo do Pró-Saúde (2005)	2	6,5
	sem resposta	1	3,2
<b>Utilização de recursos do Pró-saúde na estrutura física da rede de serviços</b>	sim	30	93,8
	não	1	3,1
	sem resposta	1	3,1
<b>Capacitação de preceptores com apoio do Pró-saúde</b>	capacitação sequencial demanda dos serviços e IES	7	21,9
	capacitação sequencial demanda dos serviços	9	28,1
	capacitação sequencial demanda das IES	3	9,4
	capacitação ocasional demanda dos serviços	10	31,3
	capacitação ocasional demanda das IES	2	6,3
<b>Indicação dos preceptores</b>	parceria entre o serviço e a IES	23	74,2
	indicação unilateral pela IES	7	22,6
	sem resposta	1	3,1
<b>Definição dos cenários de prática na rede de serviços</b>	a IES em parceria com a gestão local dos serviços de saúde	28	90,3
	a IES escolhe: qualidade da infra estrutura, acesso e processo de trabalho	2	6,5
	sem resposta	1	3,2

Observa-se que os cursos já investiam nos cenários diferenciados de aprendizagem antes mesmo da implantação das DCN (58,1% dos cursos) confirmando as propostas dos seminários ocorridos na década de 60, promovidos em parceria entre a OPAS, Fundação Kellogg e Associação Latino Americana das Faculdades de Odontologia (ALAFO), como demonstra Queiroz & Dourado<sup>5</sup>.

No entanto, com a chegada do Pró-Saúde houve um investimento financeiro na rede de atenção à saúde, fato relatado por 93,8% das IES contempladas, no sentido de se adequar à nova realidade que se conformou. Destaque-se que o reordenamento estrutural já havia sido feito pelo o próprio serviço antes mesmo do incentivo do programa, conforme relatam Morita & Haddad<sup>10</sup>.

A participação na indicação de preceptores e na definição dos cenários de prática pode ser vista como confirmação de que existe conversa entre academia e serviço e essa aproximação é positiva para os dois lados, o que se confirma com avanços no preparo dos recursos humanos da rede de atenção à saúde na mesma medida em que aconteceu na adequação da estrutura física da rede de serviços, com o

incentivo do Pró-Saúde, onde 59,4% das IES apontam que as capacitações proporcionadas aos profissionais desenvolveram-se de forma sequencial e sistemática, e 37,9% as realizaram de ocasionais..

Esse fato indica um cenário no qual as ações desenvolvidas tiveram uma eficácia tanto endógena quanto exógena, voltada para a lógica acadêmica, mas também para a sistematização da qualificação da atenção à saúde, onde a estrutura para acolher o aluno foi moldada para isso, o currículo de sua formação igualmente preparado e a diálogo interdisciplinar também avançou, como mostram os dados da tabela 2. Embora 37% dos cursos investiram ocasionalmente na educação permanente, esse dado pode estar subestimado, pelo fato dos respondentes serem gestores educacionais, e em alguns momentos, pouco preparados para o entendimento de que o avanço proposto pelo Pró-Saúde impactaria o avanço do serviço também, uma vez que os arranjos políticos aproximariam os diferentes interesses, e com isso pouco se preocuparam com a preparação dos profissionais do SUS, que acolhem os alunos.

Percebe-se também uma menor influência dos serviços na estruturação curricular dos cursos das IES. De certa maneira, ainda persiste a ideia de que a relação com o serviço é mais importante para a área de saúde coletiva, e não para todo o curso. O rearranjo curricular para formação generalista e o conjunto de disciplinas que deveria estar envolvido no processo, ainda mostra percentuais menores (tabela 2).

Tabela 2. Resultados da ação do Pró-Saúde no processo de integração ensino serviço e as possibilidades de benefícios no ensino, cursos de Odontologia, 2012.

	Categoria	Frequencias	
		Absoluta	Relativa
<b>Pró-saúde contribuiu para permanência de estudantes na rede de serviços</b>	Sim	31	96,9
	não	0	0
	sem resposta	1	3,1
<b>Pró-saúde favoreceu rearranjo curricular para formação generalista</b>	favoreceu o rearranjo curricular do curso, sem valorização de disciplinas para a formação generalista	20	64,5
	favoreceu o rearranjo curricular do curso com valorização de disciplinas para a formação generalista	10	32,3
	sem resposta	1	3,1
<b>Conjunto de disciplinas que podem promover aproximação do aluno com a rede de serviços</b>	estágio curriculares supervisionados na rede de atenção à saúde exclusivamente	3	9,7
	estágios curriculares supervisionados na rede de atenção á saúde e disciplinas de saúde coletiva	13	41,9
	estágios curriculares supervisionados na rede de atenção á saúde, disciplinas de saúde coletiva e outras	12	38,7
	disciplinas de saúde coletiva e outras	2	6,5
	sem resposta	1	3,1
<b>Ações do Pró-saúde promoveram integração ensino-serviço-comunidade</b>	o pró-saúde envolveu os profissionais da IES e da rede de serviços	6	19,4
	o pró-saúde envolveu os profissionais da IES, da rede de serviços e membros da comunidade	25	80,6

A adoção do SUS como novo cenário de aprendizagem da prática em serviço gerou e ainda gera alguma resistência acadêmica, com o argumento de que os serviços não apresentam estrutura adequada ao aprendizado prático-profissional. O Pró-Saúde, com o financiamento, fortaleceu o contraponto a essa resistência, possibilitando o implemento tecnológico, considerado insuficiente por alguns grupos acadêmicos.

Outro argumento utilizado pelos contrários à ideia de novos cenários em serviço se refere ao fato do aumento do número de estudantes e a provável insuficiência desses locais de aprendizagem. Mas, na mesma medida em se que avançou o número de escolas de Odontologia, expandiu-se também o número de Equipes de Saúde da Família, em proporção ainda maior do que as escolas. No ano



2000, havia 128 escolas de Odontologia regularmente em funcionamento no Brasil, com oferta de 13.173 vagas, aumentando em 2009 para 193 (aumento de cerca de 50%), com oferta de 19.092 vagas (aumento de 45%)<sup>9</sup>. Nos serviços de saúde, o número de Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família passou de 2.248 (em 2001) para 18.820 em 2009, um aumento de 8,3 vezes<sup>10</sup>.

Durante a etapa de pré-análise das informações obtidas por meio das entrevistas com os gestores foi possível categorizar o conteúdo pela semelhança dos discursos, agrupados em cinco temas relevantes: os efeitos positivos da diversificação dos cenários de formação induzidos pelo Pró-Saúde; as fragilidades ou desafios da diversificação dos cenários de formação; a reação da rede de serviços e das IES à proposta de diversificação dos cenários de aprendizagem do Pró-Saúde; as modificações percebidas nos cursos de graduação, resultantes da diversificação dos cenários de prática, sobretudo nos cursos de Odontologia, e as perspectivas do Pró-Saúde.

É consenso entre os entrevistados a contribuição do Pró-Saúde no processo de indução à inserção dos acadêmicos da área de saúde, em espaços diferenciados de aprendizagem, em cenários disponibilizados pela rede de serviços públicos de saúde.

Esse ganho, sinalizado para as IES desde as DCN, e potencializado pelo Pró-Saúde para os cursos de Odontologia, confirma a opinião dos gestores pedagógicos, quando 96,9% consideram a importância do programa na permanência do estudante na rede de serviços (tabela 2).

Os relatos dos gestores do Pró-Saúde reproduzem alguns benefícios percebidos por eles sobre a contribuição do Pró-Saúde para a diversificação dos cenários de prática, tendo em vista a aproximação entre a realidade das IES e a lógica de organização da rede de serviços proporcionada pelo programa:

*Maior envolvimento dos alunos com o SUS; melhor integração dos serviços públicos de saúde com as instituições formadoras; envolvimento dos gestores dos serviços na definição das atividades do Pró-Saúde; aumento de pesquisas na Atenção Básica de Saúde; estímulo ao desenvolvimento profissional através do reconhecimento do desempenho do profissional do serviço como preceptor. (E1)*

*Considero que a diversificação dos cenários faz mais realista a formação, mais próxima do que será a realidade do formando e que tem todas as vantagens possíveis. (E2)*

Os pontos positivos destacados por E1 e por E2 coincidem com as propostas do programa ministerial<sup>7</sup>, que intenciona qualificar a formação profissional pela geração de práticas mais adequadas às necessidades em saúde. Destaca ainda na percepção de E1, o aumento das pesquisas na área de atenção básica, não percebido pelos gestores educacionais, o que sugere maior envolvimento das IES com as demandas apontadas pelo serviço, acolhendo e desenvolvendo em seus cenários as etapas de pesquisa científica, cujos resultados reverteriam para si próprios ao satisfazer as demandas sociais.

Observa-se, também, que o Pró-Saúde, ao aproximar serviço/academia, influencia o processo ensino aprendizagem e o modifica ao estabelecer a atenção à saúde na rede de serviços como matriz orientadora do processo formativo, ampliando assim, formas e conteúdos a serem incorporados ao saber acadêmico<sup>7</sup>. Constitui esse o grande desafio do programa – alinhar distintos interesses na busca de objetivos comuns, e sinaliza para o seu potencial indutor de mudanças, sem contudo, deixar de pensar que a finitude do programa está diretamente relacionado à institucionalização das ações propostas, o que pode ser constatado no seguinte relato:

*A inserção nos serviços de saúde e integração com as equipes da Atenção Primária têm importante papel do ponto de vista didático-pedagógico, permitindo ao aluno a apreensão de conhecimentos técnico-científicos necessários e o estabelecimento de relações pautadas no respeito, na cooperação e na solidariedade entre os envolvidos. (E4)*

Essa representação reafirma a transformação pela qual o ensino odontológico passou na década de setenta e nos anos subseqüentes, com reconhecimento do caráter histórico dos fenômenos sociais na formação e no condicionamento humano<sup>3</sup>, em superação à Odontologia fragmentada e biologicamente centrada<sup>2,11,12</sup>, que não permitia unir ensino-serviço-pesquisa, por adotar um currículo rígido e voltado exclusivamente para ao tratamento da doença e o conseqüente treinamento clínico, onde os demais campos de formação não possuíam relevância.

Esse avanço na formação odontológica começa a se ampliar e a se institucionalizar com a iniciativa do Pró-Saúde, como relata E5:

*[...] começa a haver no país uma prática de integração ensino-*

*serviço. [...] têm mostrado avanços nesse sentido, bem como de praticizar o que estava determinado nas Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde.*

Ao apontar fragilidades ou desafios a serem superados pelas IES e/ou serviços de saúde na diversificação dos cenários de formação, incentivados pelo Pró-Saúde, constrói-se uma teia de correlações entre solução/problema e avanços/retrocessos, cuja origem está nas diferentes perspectivas de cada estrutura organizacional.

O que pretendem as IES ao inserirem seus alunos nos campos do SUS local? Essa lógica está baseada somente no cumprimento da legislação educacional ou vislumbra-se que esses cenários ajudem a formar um profissional mais preparado para o enfrentamento das adversidades do mundo do trabalho? Há um discurso uníssono no meio acadêmico em torno desta realidade de aprendizagem?

Na mesma medida, o que pretendem os serviços de saúde ao acolherem em seus ambientes alunos em processo de aprendizagem? Busca-se apenas uma reestruturação dos espaços físicos, proporcionado pela adesão aos programas de incentivo, ou se espera que a interação ensino-serviço alavanque a qualidade da atenção à saúde, pela melhoria, não só da infra estrutura, mas também da qualidade na formação de seus profissionais/preceptores, e na transformação da abordagem do processo saúde adoecimento?

Cabral et al<sup>13</sup> destacam alguns elementos que facilitam a compreensão dessas fragilidades decorrentes da interação ensino-serviço e das características de suas naturezas diferentes: parte-se do estranhamento decorrente do confronto dos diferentes interesses, oriundos de universos distintos (docentes, acadêmicos e comunidade), cuja execução deve ser construída coletivamente, considerando a ambigüidade das realidades confrontadas. Outra dificuldade refere-se à própria organização da interação, que congrega distintos códigos, condutas, objetivos e interesses, que precisam ser equacionados e discutidos na construção de uma imagem-objetivo única, a ser investida e perseguida.

Essas fragilidades dificultam a interação ensino/serviço e prejudicam o desenvolvimento de programas que sobrevivem da harmonia dessa relação, como o Pró-Saúde. Os exemplos das fragilidades aparecem de forma contundente e fulcral na compreensão do fenômeno, elencados nos relatos abaixo:

*Mudanças de gestores; limitação da infraestrutura do serviço; distância; segurança; dificuldade de visualizar a rede de forma integrada; mudar o paradigma tradicional; dificuldade de centrar o processo de ensino-aprendizagem no aluno; metodologias ativas de aprendizagem (E1)*

*[...] a rede de atenção não está ainda em muitos casos estruturada no modelo preconizado.[...] relação entre os serviços e as universidades ainda é muitas vezes instável, sofrendo influências com relação a mudança de gestores e no grau de comprometimento dos atores envolvidos (E3)*

*Negativos são principalmente a dependência dos projetos das mudanças políticas locais, bem como a dificuldade na estrutura das unidades básicas para receber os alunos (E5)*

Eles apontam a instabilidade política nas duas instituições, como causa do enfraquecimento da relação entre IES e serviços de saúde, e com isso, expõem-se os limites do Pró-saúde no reordenamento dessa situação. Essa troca constante de gestores, com conseqüente mudança de profissionais envolvidos na relação descaracteriza o vínculo pretendido entre alunos-preceptores-professores-comunidade e aponta para um contínuo novo recomeço, o que impede o amadurecimento e o avanço da aprendizagem dos alunos nos campos de prática, e ajuda a explicar também a dificuldade em tornar sistemática e contínua as capacitações dos preceptores proporcionada pela academia (40,6% dos cursos contemplados ainda realizam módulos ocasionais de educação continuada para a rede de serviços - tabela 1).

Nas IES, sobressai a dificuldade em transformar o processo ensino aprendizagem, visto que docentes são tradicionalmente formados para os métodos verticalizados de ensino. Essa dificuldade enraíza-se na concepção tradicional, ainda hegemônica no campo de ensino, com profissionais pouco abertos às mudanças e pouco sensíveis à formação odontológica fora do ambiente sofisticado das clínicas de ensino, por ainda compreenderem o exercício da clínica de forma reducionista e restrita à técnica ensinada<sup>14</sup>. Constitui um esforço do Pró-Saúde reorientar esse paradigma, uma vez que essas e outras fragilidades contribuem para tornar a relação serviço/academia mais instável e menos atraente para alunos, professores e profissionais.

O Pró-Saúde enfrenta ainda o desafio de equacionar as diferentes habilidades dos membros de uma equipe interdisciplinar, sem que cada um perca sua relevância

na atuação profissional, considerando as especificidades inerentes a cada área, na construção do objetivo comum do trabalho em equipe. Neste contexto, sobressaem as vaidades humanas e as concepções que embasam as práticas, que quando diferentes, geram o conflito e travam a aprendizagem, como na citação abaixo:

*[...] a dificuldade de se trabalhar em equipe, com hegemonia de algumas profissões; a dificuldade de preceptoria, uma vez que não havia nenhum incentivo ou reconhecimento deste papel exercido pelo profissional do serviço. [...] forte impacto da concepção tradicional de saúde, baseada no biologicismo, na especialização e na tecnologia. (E4)*

Neste ponto, as aspirações das IES e dos serviços se cruzam, pois ambos buscam minimizar o peso das características humanas que interferem na atuação profissional, afetando a qualidade, tanto da atenção à saúde, quanto do processo de ensino aprendizagem.

O Pró-saúde<sup>7</sup> estruturou seus eixos na reorientação da formação profissional, modificando conteúdos, métodos e cenários, e creditou aos serviços de saúde a valorização e o incentivo aos profissionais que, além da atuação profissional, receberiam, em seus campos de atuação, alunos de IES comprometidos com a diversificação da aprendizagem para os espaços do SUS. Esse arcabouço gerou, como apontado no relato de E4, um conflito interno na rede de serviços, pois esta não tinha condições de arcar com um incentivo a mais para que esses profissionais se tornassem também responsáveis pela formação em serviço, e virou questionamento sobre o seu real papel, enquanto servidores públicos de saúde, e por consequência, sobre as atribuições de um profissional que se torna também preceptor de alunos. Torna-se esse profissional também um professor? Em que aspectos e sob quais benefícios?

Em várias situações, a transformação do profissional de saúde em preceptores esteve atrelada à vontade de seus gestores, sem que houvesse parâmetros claros de escolha e sem que fosse oferecida uma contra partida à sua fixação, à exceção dos cursos de educação continuada sob a responsabilidade das IES, porém, muitos deles planejados sem que as reais demandas dos serviços fossem contempladas. No entanto, o Pró-Saúde, em seu eixo de orientação teórica, induz as IES/serviços de saúde a tornarem efetiva essa prática de formação para os profissionais que recebem alunos em seus locais de trabalho, orientada pelas necessidades assistenciais do SUS<sup>7</sup>.

Essas características são sintomáticas do quanto as especificidades das instituições envolvidas influenciam no estabelecimento de uma relação ensino-serviço consistente e que gere qualidade na formação, e na própria atenção à saúde. O documento do Pró-Saúde<sup>7</sup> aponta uma das dificuldades das IES: [...] *muitos serviços de instituições acadêmicas seguem sua lógica interna, mais vinculados às demandas de ensino e pesquisa, que as demandas assistenciais reais e à função dos serviços* (p. 20), porém, pressupõe que o desafio da formação contemporânea está em superá-la, com a ajuda das iniciativas de fomento propostas pelo MS.

A reação da rede de serviços e das IES frente à proposta de integração do Pró-saúde, que inicialmente foi de estranhamento de ambas as partes, modificou-se no decorrer do trabalho, na medida em que as pretensões de cada instituição foram sendo atendidas, sem, contudo, desconsiderar os entraves dessa trajetória, como aponta E2:

*Algumas reagiram, inicialmente, como a oportunidade de captação de recursos adicionais [...] Evidentemente, muito menos penoso para um docente interagir com seus alunos no conforto dos campi universitários que nas unidades de saúde periféricas. (E2)*

Seu relato expressa inicialmente a reação dos serviços, que viu na parceria a oportunidade não só de captação de recursos, mas de preparar profissionais mais voltados para as necessidades de saúde<sup>7,15</sup>, e depois a reação das IES, ao desalojar a aprendizagem do conforto das clínicas da instituição para os cenários das unidades de saúde, sem que isso fosse uma perda, mas ao contrário, uma oportunidade de melhor preparação para o mundo do trabalho, embora não compartilhada por todo meio acadêmico.

Não cabe relativizar para dimensionar onde o peso da mudança formadora foi maior, se nos serviços de saúde ou nas IES, uma vez que todas as representações gestoras destacaram dificuldades em ambas as partes. A dificuldade dos professores em acompanhar os alunos em novos ambientes de aprendizagem<sup>16</sup>, expresso por E2, pode ser comparada à dificuldade dos preceptores em receber os alunos que modificam sua rotina de trabalho.

E1 destaca que a forma inicial de adesão dos serviços ao programa, em algumas situações sem entendê-lo, prejudicou a compreensão de rede de serviços sobre sua importância e seu potencial, o que só foi superado com a evolução do processo e com a incorporação do entendimento de que a inserção do aluno nas

unidades de saúde traria novos conhecimentos para os profissionais, ao afirmar que: “no início participação formal e depois a percepção da utilidade de trabalhar com as universidades”. Aponta ainda que o desafio das IES ao incorporarem novos cenários para a aprendizagem discente também não foi menor, pois diversificar os cenários viria acompanhado de diversificar os métodos adotados: “[...] Abrir para fora de seus muros; entender e mudar os processos e aprender junto para contribuir e não só para utilizar espaço e recursos da rede”. No ensino odontológico, a reação da IES à interação com os serviços públicos veio acompanhada pela diferença estrutural existente entre clínicas de ensino e unidades de saúde, com grande impacto na percepção acadêmica sobre sua relevância, o que foi parcialmente superado com o alto investimento financeiro feito nos equipamentos permanentes da rede de atenção à saúde no primeiro ano de execução da 1ª carta acordo do Pró-Saúde<sup>7,16</sup>.

Ainda assim, o alto investimento financeiro precisava vir acompanhado de mudanças pedagógicas que garantissem o interesse do aluno em adotar novos cenários à sua prática formativa, de mudanças organizacionais dos serviços, que melhor acolhessem alunos e professores e de competência técnica-gestora de ambas as partes, que administrasse múltiplos interesses de forma harmônica e equilibrada.

Albuquerque et al.<sup>17</sup> afirmavam que essa interação deveria ser não somente uma opção didático-pedagógica, mas uma opção político-pedagógica, ao entender a importância da articulação entre ensino e demanda para a viabilização desse processo de formação em serviço. Neste estudo, buscou-se destacar o papel dos municípios e questionar em que medida eles estão devidamente instruídos e articulados para a gestão e operacionalização da política, e qual a sua capacidade de vocalização nas arenas de negociação com as IES, capaz de conduzi-los à adesão aos programas de reorientação da formação profissional em saúde.

A necessidade de construir os processos pedagógicos de forma coletiva, unindo os interesses da rede de serviços e das IES para contemplar os objetivos atuais da formação odontológica é evidenciado no relato de E3 e está nas entrelinhas do documento com as orientações do Pró-Saúde<sup>7</sup>:

*[...] o planejamento conjunto dos projetos e das atividades, na perspectiva de atender simultaneamente aos interesses e necessidades de ambos os lados (E3)*

*[...] A abordagem educacional neste caso deve envolver a participação em pelo menos dois desses níveis, no processo de*

*transformação da realidade, na procura de informação empírica por meio de alguma experiência ou na produção de conceitos a partir dos produtos já existentes (Brasil, 2007, p. 40)*

O aluno de Odontologia hoje é formado para atuar criticamente no mundo e não mais exclusivamente de forma técnica, com habilidades e competências que precisam ser constantemente desenvolvidas e estimuladas<sup>3,4</sup>.

A incorporação dessa *práxis* nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil não ocorreu de forma linear, e nem mesmo o programa Pró-saúde buscou padronizar ou uniformizar essa mudança, haja vista os distintos contextos que envolvem unidades de ensino e os serviços de saúde, mas incentivá-la. Todavia, já se percebe que a reação de ambos, após a adaptação inicial, favorece continuamente a parceria fomentada pelo programa, conforme E5 aponta:

*[...] O que temos assistido é um grande avanço nesse aprendizado, que tem proporcionado maior responsabilização, dos dois atores, no ensino e conseqüentemente na Educação permanente. Ou seja, o Projeto tem influenciado todos os seguimentos formadores do RH para a saúde, para além da graduação.*

*O fato de ser um programa inovador, apoiado do ponto de vista técnico, política e financeiro pelo Ministério da Saúde, era um atrativo, tanto para os serviços como para as Universidades. Em alguns lugares, o serviço passou a freqüentar mais a Universidade. (E4)*

Houve um grande avanço no ensino odontológico com a definição de novos objetivos para a formação e com a definição de um novo perfil a ser formado, alavancado inicialmente pelas DCN<sup>4</sup>, e depois pelo Pró-saúde<sup>7</sup>. E5 destaca ainda a influência do programa na formação de recursos humanos para a área de saúde, além do rearranjo curricular dos cursos de graduação, objeto principal do programa, mas não o único, ao entender que todo processo de educação permanente dos profissionais favoreça a qualidade da formação do aluno de graduação, em contato direto com eles.

Quando se observa que apenas um quarto dos cursos de Odontologia no Brasil foram contemplados com o Pró-Saúde, e estão assim, buscando cenários do SUS para melhor formar seus alunos, preocupa saber se esse processo de mudança atinge a maioria dos cursos, independente do programa, uma vez que as DCN<sup>4</sup> já



apontavam esse cenário, ou se essa nova forma de pensar a aprendizagem está restrita a essa minoria contemplada.

Os relatos abaixo evidenciam os avanços alcançados pelos cursos contemplados com o Pró-Saúde, seja na concepção da importância do novo cenário de formação e do contexto atual do processo saúde doença, bem como na conscientização da importância social da profissão:

*[...] conseqüente preocupação em sair do casulo da clínica, muito especializado na qualificação técnica, para favorecer a compreensão de como a saúde bucal depende e influencia a saúde geral do usuário. (E1)*

*De uma parte, abre um mercado que a elite odontológica, que se acostumara nas décadas anteriores que pobre fazia apenas exodontia, mudasse radicalmente.(E2)*

*Os alunos estão se formando mais preparados e tendo tido mais vivências sobre o processo saúde doença em sua perspectiva ampliada e de integralidade. (E3)*

Tanto no contexto formativo, quanto na lógica da qualificação da atenção odontológica, o Pró-Saúde subsidiou inúmeras mudanças, como nos relatos de E1, E2 e E3. Houve uma intensa aproximação do aluno com a atenção primária à saúde, com uma inversão do modelo assistencial e uma melhor preparação do futuro profissional para a atuação na dinâmica do trabalho, como afirmam Batista et al.<sup>15</sup> em seu estudo com alunos da Faculdade de Odontologia da UNICAMP, ao destacar a compreensão do funcionamento das USF e do SUS, a importância do trabalho em equipe, a importância do relacionamento com a comunidade e o papel do cirurgião-dentista na equipe de trabalho, como elementos positivos trazidos pelo programa.

Contudo, o processo de mudança formativa pela adoção de cenários diferenciados de formação no ensino odontológico ainda está em curso, como relata E5, tendo o Pró-Saúde alavancado a discussão e orientado os rumos da transformação:

*A construção de um novo modelo de formação [...] é um trabalho de construção de opiniões e vontades coletivas, capazes de levar a cabo a transformação do processo formador e dar a ele a sustentação necessária para que perdure. Penso que o Pró-Saúde colocou este processo em pauta, tematizou a questão, explicitou o desafio. (E5)*

No horizonte do ensino odontológico os gestores reafirmam a importância dos programas de fomento e incentivo à reorientação profissional e apontam a necessidade de seu fortalecimento para consolidação do tripé, que envolve formação adequada, a qualidade da atenção primária à saúde e o mercado de trabalho compatível, como expõe o relato de E5. Contudo, a mudança precisa ser pragmática e duradoura, reafirmando a lógica de que os programas são de incentivo e fomento, mas o compromisso é da IES em parceria com os serviços públicos que acolhem.

Todos os entrevistados concordam com a necessidade da continuidade das ações do programa, apontando cada um, aspectos diferentes envolvidos na sua sustentabilidade, embora todas convirjam para a institucionalização permanente das ações desencadeadas com o Pró-Saúde para a adequada integração ensino serviço comunidade, seja nas próprias IES, na rede de serviços, ou de forma mais abrangente, na legislação educacional brasileira, conforme relatos de E3 e E5:

*A continuidade do Pró-Saúde [...] e sua sincronização com políticas públicas de fortalecimento da Atenção Primária e valorização dos profissionais que aí atuam, serão decisivos para o futuro da empreitada. (E5)*

*É preciso buscar institucionalizar e oferecer maior sustentabilidade para as mudanças em curso. (E3)*

A articulação que o Pró-Saúde trouxe no Brasil, entre a política de ensino e de saúde, é comparada por E2 às várias iniciativas internacionais, com destaque para sua supremacia, que quantitativamente abarcou um grande número de escolas de formação na área médica. Reforça essa abrangência a análise dos 186 artigos apresentados para publicação na Revista Brasileira de Educação Médica (Rbem), somada a diversos trabalhos sobre o tema apresentados em congressos científicos, e aos artigos já publicados neste e em outros veículos. Todos com resultados e experiências enriquecedoras e singulares, consequência do amplo engajamento e da ação articulada entre as universidades com os serviços e os gestores do SUS, e com os usuários do sistema, impulsionados pelos projetos do Pró-Saúde<sup>16</sup>.

Entretanto, segundo relato de E2, é necessário que essa mudança se enraíze no âmbito formativo, e suas ações sejam aprofundadas, e com isso, o programa deixe de ser necessário enquanto iniciativa de incentivo, uma vez que suas propostas já

estarão incorporadas nas IES/rede de serviços, e se torne coadjuvante na elaboração de políticas institucionais de aproximação ensino serviço.

*Não há país do mundo com tal articulação entre as políticas educacionais e de saúde e o Brasil tem se transformado, portanto o que precisa ser feito é o aprofundamento e a radicalização destas propostas (E2)*

Mas até que se alcance esse estágio, as orientações de E1 para dar sustentação às iniciativas do Pró-Saúde devem envolver o fortalecimento do grupo de assessoria e acompanhamento das ações planejadas, dando suporte para a elaboração de políticas institucionais, que ordenem a adoção dos cenários diferenciados de aprendizagem a aproximem o processo formativo da grande escola que é o ambiente do SUS.

*As informações sobre o Pró-Saúde estão muito centralizadas na SGTES e pouco analisadas e devolvidas aos projetos. Para melhorar e estender o processo, instituir um grupo de monitoramento capacitante que possa apoiar as instituições e definir políticas que estimulem a continuidade desses processos. (E1)*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na Visão dos responsáveis pedagógicos das escolas contempladas com o Pró-Saúde (respondentes do *survey*) a diversificação dos cenários de aprendizagem iniciou-se antes da implantação das DCN, e a partir desta e da criação do Pró-Saúde, houve uma intensificação dessa interação, com subsídio financeiro que o programa proporcionou para a readequação da estrutura física das unidades de saúde da família (USF). Essa percepção é compartilhada pelos gestores nacionais do programa, que o apontaram como facilitador do processo de inserção do aluno para aprendizagem na rede de serviços.

No entanto, para a maioria dos responsáveis pedagógicos, a maior contribuição do Pró-Saúde está na adequação física da rede de serviços (93,8%) e no rearranjo curricular dos cursos (96,8%), enquanto os gestores entrevistados apontam ainda como contribuição, a aproximação das IES com o SUS, o aumento das pesquisas na Atenção Básica, a formação mais realista do aluno com aproximação de

teoria e prática, a convivência dos alunos com os determinantes sociais do processo saúde doença e a mudança do modelo assistencial biologicamente centrado.

Os gestores destacaram que o Pró-Saúde enfrenta, como desafios, a instabilidade gestora em ambas as instituições, o tradicionalismo na formação com o ensino centrado ainda no professor, a inadequação da infra-estrutura da rede de serviços para receber alunos, a força da relação IES/serviço incipiente, a dificuldade do trabalho em equipe e o biologismo como concepção central na formação acadêmica; enquanto os gestores educacionais, além dos elementos apontados pelos entrevistados, consideram que a difícil relação ensino serviço interfere no planejamento das capacitações dos profissionais da rede de serviços, com impacto direto na qualidade da atenção à saúde.

Mas apesar dos desafios, o Pró-Saúde tem contribuído na transformação da formação no ensino superior na área de saúde no país, tornando o egresso mais preparado para o mundo do trabalho e qualificando os serviços prestados à população, com inegáveis avanços nos diversos segmentos de formação superior

Na construção da interação ensino serviço houve uma reação de estranhamento inicial entre ambas as instituições, decorrentes de seus objetivos diferentes, com a percepção prematura e inadequada de que o Pró-Saúde era apenas uma forma de captar recursos financeiros e não traria qualidade para a atenção à saúde, e ainda, de que a dificuldade dos docentes em ensinar fora dos limites da IES não favoreceria a parceria. O tempo e as adequações de ambas as partes mostraram o contrário, sobretudo pelas modificações que o programa trouxe.

Dentre essas modificações, destacam-se a maior frequência de profissionais da rede de serviços nas IES, o aumento da CH de ensino dos cursos na Atenção Básica; o aumento progressivo do número de alunos aprendendo na rede SUS; a inovação de métodos pedagógicos adotados; a socialização da Odontologia e as ações interdisciplinares, promovidas pelo desenvolvimento das ações do programa.

Muito se avançou na formação odontológica, e ainda assim, muito ainda precisa se avançar para que esses programas de incentivo e fomento, a exemplo do Pró-Saúde, institucionalizem-se e deixem de ser iniciativas de incentivo apenas, na medida em que essa nova cultura formativa faça parte da rotina das IES e haja uma transformação definitiva em busca da formação generalista, crítica e reflexiva, como pretendido pelas DCN.

Com isso, a formação odontológica brasileira volta-se para as demandas sociais e atende às necessidades de mercado e do modelo assistencial mais atual, que crê nos determinantes sócio-econômico-culturais como intervenientes do processo de adoecimento.

O estudo apresentou limitações relacionadas ao instrumento adotado (questionário virtual), que favorece viesés de resposta, após sucessivas tentativas, enquanto as entrevistas realizadas, também por meio eletrônico, não permitiu o diálogo entre pesquisador e entrevistado, e com isso, tornou a análise de conteúdo menos densa, embora essa tivesse sido a condição imposta pelos entrevistados em função de suas intensas agendas de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Martin C. Reconstructing a lost tradition: the philosophy of medical education in an age of reform. *Medical Education* 2013; 47: 33–39.
2. Frank AW. From sick role to practices of health and illness. *Medical Education* 2013; 47: 18–25.
3. Alonso MS, Antoniazzi JH (coord.). Livro do projeto latino americano de convergência em educação odontológica (PLACEO). São Paulo: Artes Médicas, 2010
4. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf> Acesso em 10/02/12
5. Queiroz MG, Dourado LF. O ensino da odontologia no Brasil: uma leitura com base nas recomendações e nos encontros internacionais da década de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2009; 16(4): 1011-26.
6. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Perim GL, Aguiar da Silva RH, Costa NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. *Rev bras educ med.*, 2009; 33 (1 Supl. 1): 63-69.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. – (Série C Projetos, Programas e Relatórios).

8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979
9. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. *Indicadores das Graduações em Saúde: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ Observa RH*, 2011
10. Morita MC, Haddad, AE, Araujo, ME. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010. 96p.
11. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzales C, Druzian S, Ilia M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. *Rev bras educ med.*, 2010; 34(1):13 – 20.
12. Saliba NA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Diniz DG. *Dentistry in Brazil: Its History and Current Trends*. *Journal of Dental Education*, 2009; 73(2): 225-31.
13. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayash W, Mattos MCI. *Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp*. *Rev. bras. educ. méd*, 2008; 32(3): 374 – 82.
14. Junges R, Stello RS, Portella FF, Rosing CK, Samuel SMW. *Impact of the implantation of a new curriculum in the process of learning in a Faculty of Dentistry in Brazil*. *Braz Oral Res*. 2011; 25(6):478-84.
15. Batista MJ, Gibillini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Gonçalo CS, Sousa MLR. *Relato de experiência da interação entre universidade comunidade Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil*. *Arquivos em Odontologia*, 2010; 46(3): 144-51.
16. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. *Teaching-service integration in the change process in Dentistry training*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2011, 5 (39):1053-67.
17. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarino RM. *A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde*. *Rev bras educ med.*, 2008; 32(3): 356 – 62.
18. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferrreira JR, Campos FE. *Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde*. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012; 36(1) suppl.1: 03-04.

## **ABSTRACT**

This study investigated the perceptions of managers of the National Reorientation of Vocational Training in Health - NRVTH, and of the Dentistry courses included with the program, on the integration of academic learning in different areas of the Single Health System. This study is part of the PhD project approved by COEP / UFMG under ETIC 0532.0.203.000-10. We used a quantitative and qualitative approach, adopting a questionnaire on line sent to 45 courses of Dentistry` coordinators awarded the NRVTH, and semi-structured interviews conducted with five members of the Department of Management and Education for Labour. Descriptive statistics worked quantitative data of the 31 respondents courses while content analysis allowed to interpret and categorize qualitative information. There was a unanimous vote in the contribution of NRVTH diversification of dental learning scenarios and reordering pedagogical approach with incentives for teaching / service. It was concluded that although the NRVTH has not been solely responsible for the insertion of the students in the basic services, he favored the initiative and should be institutionalized its shares on a continuous and permanent in undergraduate courses in dentistry.

Keywords: learning, health services, Community Dentistry

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para conhecer a contribuição do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) na diversificação dos cenários de prática dos cursos de Odontologia no Brasil, foi preciso entender como os cursos investiam na inserção de seus alunos em ambientes diferenciados de formação, independente do programa, para depois conhecer os avanços trazidos por ele.

Embora todos os cursos de Odontologia no Brasil caminhem para a diversificação dos cenários de aprendizagem de seus alunos, acompanhando historicamente os incentivos de utilização do SUS como espaço formador, a partir das DCN essa interação corporifica-se pelo efetivo interesse das IES em modificar um paradigma já ultrapassado de formação, onde o aluno não se encontrava preparado para o enfrentamento das demandas assistenciais em saúde bucal.

A maioria das IES investe na adoção dos cenários do SUS como campo de formação de forma curricular, inserido no projeto político pedagógico do curso por meio dos estágios curriculares supervisionados e/ou pelos projetos de pesquisa/extensão desenvolvidos na rede de serviços, porém com uma estruturação ainda incipiente na definição dessas atividades na matriz curricular, uma vez que essa inserção do aluno está ligada aos estágios, e esses contemplam os alunos somente na fase avançada da formação, quando os valores e concepções profissionais já estão praticamente formados, menos sensíveis às mudanças. Essa realidade ficou evidente no questionário respondido pelos coordenadores dos cursos de graduação no país, bem como naquele respondido pelos coordenadores de cursos contemplados com o Pró-Saúde, uma vez que, segundo ambos, essa diversificação começou com as DCN, e foi potencializada nos cursos contemplados.

Contudo, a grande maioria destaca o papel do Pró-Saúde na reestruturação física da rede de serviços do SUS e na própria IES, no rearranjo curricular flexibilizando a aprendizagem fora do ambiente clínico das IES, na indução da interdisciplinaridade acadêmica, em contribuição direta com a formação de um profissional generalista e na relação ensino serviço. Mas é na visão dos gestores nacionais do programa que essa relação ganha relevância, ao se destacar os pontos positivos que ela proporciona, sem se esquecer das fragilidades que precisam ser superadas. Nesta avaliação, pude perceber que o Pró-Saúde tornou-se um marco na



história da formação profissional superior no Brasil, favorecendo as modificações necessárias em ambos os ambientes, ensino e serviço, ao aproximar o aluno do mundo do trabalho.

No entanto, evidencia-se uma fragilidade na interação ensino-serviço quando as IES não proporcionam educação continuada aos profissionais que recebem e acolhem seus alunos de forma sistemática, fugindo ao seu papel de fomentador e multiplicador do conhecimento.

Já as fragilidades apontadas pelos gestores nacionais do Pró-Saúde acompanham outra natureza, ligadas à constituição política das diferentes instituições, ensino e serviço, que inúmeras vezes dificultam o alinhamento do processo.

Muito se avançou na formação odontológica, e ainda assim, muito ainda precisa se avançar para que esses programas de incentivo e fomento, a exemplo do Pró-Saúde, institucionalizem-se e deixem de ser iniciativas de incentivo apenas, na medida em que essa nova cultura formativa faça parte da rotina das IES. O Pró-Saúde precisa deixar de ser pontual, regado e finito, para que as IES façam sua transformação definitiva em busca de uma formação generalista, crítica e reflexiva, como pretendido pelas DCN.

O estudo veio confirmar que minha inquietação inicial sobre a contribuição do Pró-Saúde com o processo de diversificação dos cenários de aprendizagem nos cursos de Odontologia no Brasil, a partir da minha vivência em duas escolas, uma contemplada e outra não com o programa, era real, não mais conceitual, e ainda me permitiu identificar os avanços e as fragilidades enfrentadas pelo programa, sob diferentes olhares.

A expressão dos responsáveis educacionais pelos cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde sobre sua importância caminha na mesma direção do que os gestores do programa idealizaram e perceberam com seu desenvolvimento, e ambas confirmam o que eu já pensava a respeito – o Pró-Saúde foi um marco na formação odontológica no Brasil, ao incentivar, organizar e sistematizar a aprendizagem em serviços de saúde, fornecendo os meios teóricos e estruturais para essa interação.

Enquanto professor/supervisor de estágio curricular supervisionado em cursos de Odontologia, pude reorientar a minha prática docente pelo entendimento dos

vários conflitos que permeiam a relação ensino serviço, tornando esse campo de aprendizagem mais propício e atraente ao envolvimento do aluno.

Enquanto pesquisador, pude entender que os cursos de Odontologia no Brasil que ainda não foram contemplados com o programa precisam se esforçar para ser, e aqueles já contemplados, precisam investir na readequação curricular de suas matrizes, guardando espaço de forma efetiva, para a aproximação do aluno com a realidade do SUS, sem esperar que os programas de incentivo o façam constantemente. Esse “dever de casa” é atribuição das escolas de formação, destacado e impulsionado pelo Pró-Saúde.

## **PARTE III**

## ANEXOS

### Anexo A - Normas da Revista Brazilian Oral Research – Dental Education

**Brazilian Oral Research - BOR** é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (Divisão brasileira da "International Association for Dental Research" - IADR). A revista tem periodicidade bimestral, é revisada por pares (sistema duplo-cego), e tem como missão disseminar e promover o intercâmbio de informações sobre as diversas áreas às quais se dedica a pesquisa odontológica.

A **BOR** convida a submissão dos seguintes tipos de artigos: Pesquisa Original (artigo completo ou "Short Communication"), Revisão Crítica da Literatura, Revisão Sistemática (e Meta-Análise), além de Cartas ao Editor. Todas as submissões deverão ser exclusivas à BOR.

A submissão dos manuscritos, e de toda correspondência relacionada, deve ser realizada exclusivamente pelo link de submissão online.

O processo de avaliação do manuscrito será iniciado somente após o atendimento integral a todos os requisitos descritos nestas Instruções aos Autores. O manuscrito em desacordo com estes requisitos será devolvido ao autor de correspondência, junto a ofício solicitando adequações e nova submissão.

**Importante:** após ser aceito por seu mérito científico, todo manuscrito deverá ser submetido a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês, para depois ser re-submetido juntamente com um certificado de revisão de inglês fornecido por uma das empresas de edição de idioma listadas abaixo (lista baseada na recomendação feita pelo "Journal of Dental Research" - JDR):

- [www.americanjournalexperts.com](http://www.americanjournalexperts.com) - edição técnica e científica em geral
- [www.biomeditor.com](http://www.biomeditor.com) - edição técnica e científica em geral
- [www.ic.com.br](http://www.ic.com.br) - edição técnica e científica em geral, expertise na área odontológica
- [www.internationalscienceediting.com](http://www.internationalscienceediting.com) - edição técnica e científica em geral
- [ncris.mart@uol.com.br](mailto:ncris.mart@uol.com.br) (NCristina Martorana Traduções S/C Ltda.) - edição técnica e científica em geral
- [www.sci-edit.com](http://www.sci-edit.com) - edição técnica e científica em geral
- [www.sciencedocs.com](http://www.sciencedocs.com) - edição técnica e científica em geral
- [www.scientific-editor.com](http://www.scientific-editor.com) - edição técnica e científica em geral
- [www.writescienceright.com](http://www.writescienceright.com) - edição técnica e científica em geral

#### Apresentação do manuscrito

O **texto** do manuscrito deverá estar redigido em inglês, devidamente revisado quanto ao estilo e à gramática, e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Todas as **figuras** deverão ser fornecidas em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF ou JPG; gráficos, desenhos/esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF.

Na reprodução de documentação clínica, deve-se evitar o uso de iniciais, nomes e números de registro de pacientes. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem e documentação odontológica deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela **BOR**.

Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de direitos autorais deverá ser respeitada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito e na seguinte ordem: folha de rosto, resumo, descritores, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, referências e legendas de figuras.

### **Folha de rosto (dados obrigatórios)**

- Indicação do tipo de manuscrito e da especialidade ou área de pesquisa enfocada no manuscrito.
- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes e sobrenomes de todos os autores por extenso (os mesmos informados no termo de transferência de direitos autorais e nas declarações de responsabilidade), incluindo os respectivos números de telefone e endereços de Email. São permitidos, no máximo, 5 (cinco) autores. Quando esse número for excedido, a participação de cada um dos autores deverá ser justificada por escrito em folha separada (e fornecida num arquivo PDF), observando-se os critérios de autoria e co-autoria adotados pelo "International Committee of Medical Journal Editors" ([http://www.icmje.org/ethical\\_1author.html](http://www.icmje.org/ethical_1author.html)).
- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo departamento, faculdade e universidade (ou outra instituição), além de cidade, estado e país, apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada um dos autores. É permitida apenas uma afiliação institucional/profissional por autor.
- Autor de correspondência, com endereço postal completo, número de telefone e endereço de Email.

### **Texto Principal**

**Resumo:** deve ser apresentado na forma de um parágrafo único não estruturado (sem sub-divisões em seções), contendo proposição do trabalho, metodologia, resultados e conclusões.

**Descritores:** devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados

em <http://decs.bvs.br/> ou <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (não serão aceitos sinônimos). Os descritores devem ser separados por ponto-e-vírgula (;).

**Introdução:** deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente no final desta seção.

**Metodologia:** devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, pacientes ou população). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita no texto, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, os nomes genéricos devem ser utilizados. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki ("World Medical Association"). Alternativamente, o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser fornecido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da "CONSORT Statement". O "CONSORT check-list" deve ser submetido juntamente com o manuscrito e, quando solicitado pela **BOR**, deve conter comentários analíticos sobre o ensaio clínico realizado. Manuscritos que relatem a realização de estudos em animais devem também incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser fornecido. Caso a pesquisa envolva um registro gênico, antes da submissão, as novas sequências genéticas devem ser incluídas num banco de dados público, e o número de acesso deve ser fornecido à **BOR**. Os autores poderão utilizar as seguintes bases de dados:

- GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Genbank/submit.html>
- EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/embl/Submission/index.html>
- DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp/sub-e/html>

As submissões de manuscritos que incluam dados de "microarray" devem incluir a informação recomendada pelas diretrizes MIAME ("Minimum Information About a Microarray Experiment" - <http://www.mged.org/index.html>) e/ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetidos a uma das bases de dados publicamente disponíveis, tais como:

- ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>
- GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

**Resultados:** devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado, conforme descrito na seção "Metodologia". Os resultados mais significativos devem ser descritos. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados significativos devem vir acompanhados dos respectivos valores de p. Tabelas: devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Todas as tabelas devem ser inseridas e citadas no texto principal. As legendas devem ser posicionadas no topo das tabelas.

**Discussão:** deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura relevante. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos pertinentes encontrados na literatura, e fornecer possíveis explicações por que as diferenças ocorreram. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras

**Conclusões:** devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

**Agradecimentos:** as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

**Referências:** só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares. Não serão aceitos como referências manuscritos em processo de redação, dissertações, teses, ou resumos apresentados em congressos. Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem a opinião dos respectivos autores e/ou editores. Só serão aceitas as referências a livros mais recentes.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo "International Committee of Medical Journal Editors", conforme apresentadas nas "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

**Notas de rodapé no texto principal:** devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

**Grafia de termos científicos:** nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso e em itálico. Nomes de compostos e elementos químicos devem ser escritos por extenso.

**Unidades de medida:** devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org/> ou <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si.pdf>)

## **Figuras**

Fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 300 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF ou JPG; gráficos, desenhos/esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidos em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). As figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e todas devem ser citadas no corpo do texto. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

**Importante:** os autores que desejem publicar figuras coloridas devem manifestar sua intenção por escrito no momento da submissão do manuscrito. Nesse caso, os custos de reprodução colorida serão arcados pelo(s) autor(es). Caso contrário, todas as figuras serão publicadas em preto & branco.

Características e formatação dos tipos de manuscritos

## **Pesquisa Original**

Artigos de Pesquisa Original devem ser limitados a 23.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se resumo, descritores, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 6 (seis) figuras e 30 (trinta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

## **Formatação - Arquivos de Texto**

Folha de rosto - conforme descrito acima  
Texto principal (23.000 caracteres incluindo espaços)

- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução - conforme descrito acima
- Metodologia - conforme descrito acima
- Resultados - conforme descrito acima
- Discussão - conforme descrito acima
- Conclusão - conforme descrito acima
- Agradecimentos - conforme descrito acima
- Tabelas - conforme descrito acima
- Referências - máximo de 30 referências, conforme descrito acima
- Legendas de figuras - conforme descrito acima

## **Formatação - Arquivos de figuras**



- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima

### **"Short Communication"**

"Short Communications" devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se resumo, descritores, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

### **Formatação - Arquivos de texto**

Folha de rosto: conforme descrito acima  
 Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)

- Resumo - máximo de 100 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução - conforme descrito acima
- Metodologia - conforme descrito acima
- Resultados - conforme descrito acima
- Discussão - conforme descrito acima
- Conclusão - conforme descrito acima
- Agradecimentos - conforme descrito acima
- Tabelas - conforme descrito acima
- Referências - máximo de 12 referências, conforme descrito acima
- Legendas de figuras - conforme descrito acima

Formatação - Arquivos de figuras

- Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima

### **Revisão Sistemática e Meta-Análise**

Ao resumir os resultados de estudos originais, sejam eles quantitativos ou qualitativos, este tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 23.000 caracteres incluindo espaços, e seguir o estilo e formato Cochrane ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos trabalhos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente.

### **Formatação - Arquivos de texto**

Folha de rosto - conforme descrito acima  
 Texto principal (23.000 caracteres incluindo espaços)

- Resumo - máximo de 400 palavras
- Formulação da pergunta - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Localização dos estudos - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Avaliação crítica - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Coleta de dados - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Análise e apresentação dos dados - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Aprimoramento - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Atualização da revisão - deve seguir as diretrizes descritas em [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Referências - não há limite para a quantidade de referências, conforme descrito acima
- Tabelas - conforme descrito acima

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - não há limite para a quantidade de figuras, conforme descrito acima

### **Revisão Crítica**

Em geral, a submissão desse tipo de manuscrito será realizada a convite da Comissão de Publicação da **BOR**. Autores com expertise em assuntos específicos poderão submeter revisões críticas, mas o aceite do manuscrito para a avaliação no processo de revisão por pares da BOR ficará condicionado à aprovação da Comissão de Publicação. Em todo caso, todos os manuscritos, convidados ou submetidos espontaneamente, serão submetidos à revisão por pares. Este tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 23.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se resumo, descritores, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Deve incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. Revisões críticas devem ser produzidas por estudiosos da área de interesse ou por especialistas renomados. É permitido um máximo de 50 referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras.

### **Formatação - Arquivos de texto**

Folha de rosto - conforme descrito acima  
 Texto principal (23.000 caracteres incluindo espaços)

- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução - conforme descrito acima
- Metodologia - conforme descrito acima
- Resultados - conforme descrito acima
- Discussão - conforme descrito acima

- Conclusão - conforme descrito acima
- Agradecimentos - conforme descrito acima
- Tabelas - conforme descrito acima
- Referências - máximo de 50 referências, conforme descrito acima
- Legendas de figuras - conforme descrito acima

### **Formatação - Arquivos de figuras**

- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima

### **Carta ao Editor**

Cartas devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da BOR, e ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

Termos de transferência de direitos autorais e declarações de responsabilidades

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado de um Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, firmado por todos os autores, conforme o modelo apresentado abaixo. Esse termo deve ser enviado para [bor@sbpqo.org.br](mailto:bor@sbpqo.org.br), em formato PDF.

### **TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÕES DE RESPONSABILIDADE**

À Comissão de Publicação da Brazilian Oral Research (**BOR**)

Os autores [inserir os nomes e sobrenomes completos e sem abreviaturas de todos os autores] (doravante denominados "Autores") submetem o manuscrito original intitulado [inserir o título do manuscrito] à Brazilian Oral Research - **BOR**, representada pela Comissão de Publicação do periódico, e atestam que o manuscrito submetido para publicação (doravante denominado "Manuscrito") é original e não infringe patente, marca registrada, direito autoral, segredo comercial ou quaisquer outros direitos proprietários de terceiros.

Os Autores também declaram que, exceto quando explicitamente informado, não têm qualquer interesse financeiro ou acordo com qualquer entidade que possa ser percebido como tendo influência sobre a objetividade do Manuscrito, a não ser que tal interesse financeiro ou acordo tenha sido revelado por escrito à **BOR**, em documento separado e firmado por todos os Autores.

Os Autores declaram ainda que o estudo, cujos resultados estão relatados no Manuscrito, foi realizado observando-se as políticas vigentes nas instituições às quais os Autores estão vinculados relativas ao uso de humanos e/ou animais, e/ou material derivado de humanos ou animais (Aprovação em Comitê de Ética Institucional).

Os Autores concordam em indenizar a **BOR** e em eximi-la de quaisquer alegações, custos, honorários advocatícios, indenizações ou custos de licenças de utilização incorridos pela BOR em consequência de qualquer alegação, infração de direitos, ou não observância das determinações do Comitê de Ética Institucional ocasionadas pela publicação, em todo ou em parte, do Manuscrito.

Publicação: Brazilian Oral Research Título do manuscrito: *[inserir título completo do manuscrito]* Autores: *[inserir nomes e sobrenomes completos e sem abreviaturas de todos os autores]* Local e data: *[inserir local e data]*  
Assinaturas: *[inserir as assinaturas de todos os autores]*

## "CHECKLIST" PARA SUBMISSÃO INICIAL

- Arquivo de folha de rosto (em formato DOC, DOCX ou RTF), contendo os nomes e sobrenomes de todos os autores por extenso, respectivos números de telefone e endereços de Email. O endereço postal completo do autor de correspondência deve ser fornecido.
- Arquivo do texto principal (manuscrito), em formato DOC, DOCX ou RTF.
- Termo de transferência de direitos autorais e declarações de responsabilidade, em formato PDF
- Declaração de interesses e de financiamento, se aplicável, submetida em um documento separado e em formato PDF.
- Justificativa para a participação de cada um dos autores, se aplicável (mais de 5 autores), fornecida em um documento separado e em formato PDF.

Arquivos de figura - Fotografias, micrografias e radiografias (largura mínima de 10 cm e resolução mínima de 300 dpi) em formato TIFF ou JPG; gráficos, desenhos/esquemas e demais ilustrações vetoriais em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto).

Exemplos de referências

### Periódicos

Goracci C, Tavares AU, Fabianelli A, Monticelli F, Raffaelli O, Cardoso PC, et al. The adhesion between fiber posts and root canal walls: comparison between microtensile and push-out bond strength measurements. *Eur J Oral Sci.* 2004 Aug;112(4):353-61.

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519-617. doi:10.1542/peds.2004-1441.

Usunoff KG, Itzev DE, Rolfs A, Schmitt O, Wree A. Nitric oxide synthase-containing neurons in the amygdaloid nuclear complex of the rat. *Anat Embryol*

(Berl). 2006 Oct 27; [Epub ahead of print]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/1432-0568/>.

**Artigos com Título e Texto em Idioma Diferente do Inglês**

Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of Polygonum orientale]. Zhongguo Ahong Yao Za Zhi. 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

**Suplementos ou Edições Especiais**

Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Braz Oral Res. 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

**Periódicos Online**

Barata RB, Ribeiro MCS de A, De Sordi M. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(1):3-13 [citado 23 fev. 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n1/01.pdf>.

**Livros**

Stedman TL. Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations. 20th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1961. 259 p.

**Livros Online**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

**Websites**

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 27 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>.

## **Anexo B – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva**

### Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es).

Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem pro- postos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva. O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor:
  - a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CMGuimarães, na pesquisa e na metodologia).

#### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.



3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na Instruções para colaboradores confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

#### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

#### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF<sup>11</sup>; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

#### Exemplos de como citar referências

##### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Cien Saude Colet 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana

– BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### Outros trabalhos publicados

##### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

##### 14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [video-cassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book;1995.

##### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras.Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

##### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>17. Monografia em formato eletrônico CDI, *clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

##### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.367I

**Anexo C - Comprovante de aprovação do COEP/UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0532.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira  
Departamento de Odontologia Social  
Faculdade de Odontologia - UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de janeiro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "A diversificação dos cenários de aprendizagem na formação profissional de odontologia" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG

18/10/13

mail.uol.com.br/main/print\_message?uid=NDU4NjM&folder=INBOX



Você tem 7 e-mails não lidos em Entrada.

● **Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo**

De: Revista Ciência & Saúde Coletiva  
Para: marcosalex@uol.com.br  
Assunto: Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo  
Data: 18/10/2013 13:46



Prezado(a) **Marcos Alex Mendes da Silva**

Informamos que o [Artigo / Tema Livre](#) abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: **2002/2013 - UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO PRÓ-SAÚDE NA EVOLUÇÃO DO ENSINO ODONTOLÓGICO BRASILEIRO**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as [ações](#) necessárias.

Atenciosamente,  
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos [os direitos reservados](#) para ABRASCO.  
Desenvolvido por ZANDA Multimídias da Informação.

⚠ Lembre-se: sua [senha de acesso](#) no UOL Mail é secreta; não a informe a ninguém.  
O UOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por [telefone](#). [Trocar senha](#).

## APENDICES

### APENDICE A - Questionário destinado a todos os cursos de Odontologia no Brasil

Projeto de pesquisa - UFMG

Prezado professor, Meu nome é Marcos Alex Mendes da Silva, aluno do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMG, nível de doutorado, orientado pela professora Efigênia Ferreira e Ferreira e co-orientado pelos professores João Henrique Lara do Amaral e Maria Inês Barreiros Senna. Convido-o a participar de minha pesquisa, aprovada pelo COEP/UFMG por meio do parecer nº ETIC 0532.0.203.000-10, de forma voluntária e com a garantia da preservação do anonimato. Sua resposta contribuirá para a avaliação da diversificação dos cenários de aprendizagem nos cursos de Odontologia no Brasil, e para procedê-la, responda às questões propostas, acessando o link e submetendo-a uma única vez. Desde já agradeço sua participação, Atenciosamente

QUESTIONÁRIO - CURSOS DE ODONTOLOGIA					
1. DIMENSÃO INSTITUCIONAL					
A. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO (itens a serem descritos e marcar a opção desejada)					
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	Pública ( )			Privada ( )	
UNIDADE FEDERATIVA	Norte ( )	Nordeste ( )	Sudeste ( )	Sul ( )	Centro-oeste ( )
NOME DO COORDENADOR					
CONTATO INSTITUCIONAL					
B. PERFIL INSTITUCIONAL (marcar a opção desejada)					
Duração do curso de graduação	( ) 4 anos		( ) 4 anos ½		( ) 5 anos
O projeto pedagógico do curso inclui estágio curricular em serviços de saúde?	( ) Sim		( ) Não		( ) Não se aplica
Carga horária do curso destinada ao estágio curricular em serviços de saúde	( ) < 20%		( ) > 20%		( ) Não se aplica
Carga horária do curso destinada à formação em ambientes diferentes dos utilizados pelo estágio curricular em serviços de saúde	( ) < 80%		( ) > 80%		( ) Não se aplica
O processo ensino-aprendizagem na instituição de ensino a qual está vinculado compreende:	( ) UBS do SUS local, Clínicas da própria IES, Outros	( ) hospital, Clínicas da própria IES, Outros	( ) Clínicas da própria IES, Outros	( ) UBS do SUS local, hospital, Clínicas da própria IES	( ) Outros
Porcentagem de alunos em estágio curricular nos serviços de saúde durante o semestre	( ) Menos 50%		( ) Mais 50%		( ) Não se aplica
Porcentagem de alunos participantes de projetos de ensino, pesquisa e/ou extensão que envolvam os serviços de saúde durante o semestre	( ) Menos 50 %		( ) Mais 50%		( ) Não se aplica
Relação aluno/preceptor	( ) < 10/1		( ) > 10/1		( ) Não se aplica
Maior titulação da maioria dos professores supervisores de estágio curricular	( ) Mestres		( ) Doutores	( ) especialistas	( ) Não se aplica
2. CARACTERIZAÇÃO DA INTERAÇÃO ENSINO/SERVIÇO (marcar a opção desejada)					
Há critérios definidos pelo serviço para a escolha dos	( ) Sim		( ) Não		( ) Não se aplica



preceptores?				aplica	
Há critérios definidos para definição dos locais de estágio?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Os serviços de saúde onde os alunos estão fazendo estágio favorecem a formação de um bom profissional, com incorporação de habilidades e competências?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Os cenários de prática utilizados no curso auxiliam na formação do profissional generalista?	<input type="checkbox"/> Auxiliam na formação do generalista	<input type="checkbox"/> São imprescindíveis para formação do generalista		<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Modalidade de supervisão presencial exercida pelos professores supervisores de estágio	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> esporádica	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Não se aplica

## APENDICE B – Roteiro de entrevista

Título da Pesquisa: A DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA

Pesquisadores: Marcos Alex Mendes da Silva  
Efigênia Ferreira e Ferreira (Orientadora)  
João Henrique Lara do Amaral (Co-orientador)  
Maria Inês Barreiros Senna (colaboradora)

Entrevista nº \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dados de Identificação:

Nome (iniciais) \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_  
Instituição de vínculo profissional \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_  
Observações \_\_\_\_\_

Questões norteadoras da entrevista:

- Qual a sua participação no desenvolvimento do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde?
- Passados alguns anos da pactuação das primeiras cartas acordo entre as IES, as secretarias municipais de saúde e os Ministérios da Saúde e Educação com a OPAS, qual a avaliação que se faz em relação às propostas do programa?
- Qual a avaliação que o Sr (sra.) faz da evolução do eixo de cenários de prática para a formação profissional em saúde proposto pelo Pró-Saúde?
- Em relação aos cursos de Odontologia, em que medida o Sr. (sra.) acredita que o Pró-Saúde proporcionou uma mudança na formação profissional?
- Diante das expectativas geradas no período de elaboração do Pró-Saúde o Sr. (sra.) acredita que as IES/SMS corresponderam ao planejado?
- O que ainda precisa ser feito no Brasil para melhorar a integração ensino/serviço e impactar positivamente a formação profissional em saúde?

## APENDICE C – Questionário destinado aos cursos de odontologia contemplados com o Pró-Saúde I ou II

Projeto de Pesquisa UFMG - Etapa 2 - Pró-Saúde

Prezado professor, Meu nome é Marcos Alex Mendes da Silva, aluno do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMG, nível de doutorado, orientado pela professora Efigênia Ferreira e Ferreira e co-orientado pelos professores João Henrique Lara do Amaral e Maria Inês Barreiros Senna. Convido-o a participar da segunda etapa da minha pesquisa, aprovada pelo COEP/UFMG por meio do parecer nº ETIC 0532.0.203.000-10, de forma voluntária e com a garantia da preservação do anonimato. Sua resposta contribuirá para a avaliação da diversificação dos cenários de aprendizagem nos cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde no Brasil, e para procedê-la, responda às questões propostas, acessando o link e submetendo-a uma única vez. Desde já agradeço sua participação, Atenciosamente

### QUESTIONÁRIO - CURSOS DE ODONTOLOGIA CONTEMPLADOS COM PRÓ-SAÚDE

#### CARACTERIZAÇÃO DA DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE PRÁTICA

1. Em que ano graduou a primeira turma de odontologia nesta instituição de ensino?

---
2. Quando começou no curso de graduação a adoção de cenários diferenciados de ensino aprendizagem nos serviços de saúde? \*Cenários diferenciados são aqueles além das salas de aula e dos espaços da própria IES  
 Esses espaços existem desde o início do curso  
 Esses espaços foram criados entre a adoção do novo Currículo Mínimo para os cursos de Odontologia em 1968 e a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2002  
 Após a implantação das DCN (a partir de 2002)  
 Após incentivo do Pró-Saúde (a partir de 2005)  
 Ainda não aconteceu  
 Não sei responder  
 Não se aplica

---
3. Foram utilizados recursos do Pró-Saúde para readequação da estrutura física dos serviços de saúde?  
 Sim  
 Não  
 Não sei responder  
 Não se aplica

---
4. Foram utilizados recursos do Pró-Saúde para readequação da estrutura física da própria IES?  
 Sim  
 Não  
 Não sei responder  
 Não se aplica

---
5. O Pró-Saúde contribuiu com a inserção e/ou a permanência dos alunos de Odontologia em aprendizagem na rede de serviço?  
 Sim  
 Não  
 Não sei responder  
 Não se aplica

---
6. O Pró-Saúde favoreceu o rearranjo curricular do curso com valorização de disciplinas que possibilitem a formação do profissional generalista? \*Com o incentivo do Pró-Saúde o curso investiu na mudança da matriz curricular para melhorar a formação do profissional generalista  
 O Pró-Saúde favoreceu o rearranjo curricular, sem contudo, haver valorização de disciplinas que possibilitassem a formação generalista  
 O Pró-Saúde favoreceu o rearranjo curricular do curso com valorização de disciplinas que possibilitassem a formação generalista  
 O Pró-Saúde não favoreceu o rearranjo curricular e nem valorizou as disciplinas que possibilitassem

---

a formação generalista

O Pró-Saúde não favoreceu o rearranjo curricular, mas houve valorização de disciplinas que possibilitassem a formação generalista

Não sei responder

Não se aplica

---

7. Na atual estrutura curricular do curso, qual (ais) núcleo (s) disciplinar (es) envolve (m) a atuação do acadêmico na rede de serviços? \*Elenco de disciplinas que possibilitam contato entre o aluno e a rede de serviços

Estágio Curriculares Supervisionados na rede de atenção à saúde exclusivamente

Estágios Curriculares Supervisionados na rede de atenção á saúde e disciplinas de Saúde Coletiva

Estágios Curriculares Supervisionados na rede de atenção á saúde, disciplinas de Saúde Coletiva e outras

Disciplinas de Saúde Coletiva e outras

Disciplinas de Saúde Coletiva

Não sei responder

Não se aplica

---

8. O Pró-Saúde promoveu a integração ensino/serviço, envolvendo a comunidade? \*As ações do Pró-Saúde envolveram profissionais das IES, da rede de serviços e da comunidade

O Pró-Saúde envolveu os profissionais da IES e da rede de serviços

O Pró-Saúde envolveu os profissionais da IES, da rede de serviços e membros da comunidade

O Pró-Saúde não promoveu a integração ensino/serviço

Não sei responder

Não se aplica

---

9. Como o Pró-Saúde contribuiu com a capacitação dos profissionais dos serviços, quando na função de preceptores dos estudantes da IES? \*

Apoiando a oferta de capacitação em módulos sequenciais de conteúdos considerando a demanda apresentada de forma conjunta pelos serviços e pela IES

Apoiando a oferta de capacitação em módulos sequenciais de conteúdos a partir da demanda apresentada pelos serviços

Apoiando a oferta de capacitação em módulos sequenciais de conteúdos a partir da demanda apresentada pela IES

Desenvolvendo capacitações ocasionais, quando solicitado pela rede de serviços

Desenvolvendo capacitações ocasionais, quando solicitado pela IES

Não contribuiu para a capacitação dos preceptores da rede de serviços

Não sei responder

Não se aplica

---

10. Como são indicados os preceptores que acolhem os alunos nos serviços? \*Marque a opção que você considera correta, tendo em vista as últimas indicações realizadas.

Indicação em parceria entre o serviço e a IES, aliando a qualidade para a aprendizagem discente à qualidade profissional

Indicação unilateral pela IES, considerando a qualidade para a aprendizagem discente

Indicação unilateral pelo serviço, considerando a qualidade do profissional

Não há parâmetro pré estabelecido para definição da escolha na IES e nem na rede

Não sei responder

Não se aplica

---

11. Como são definidos os locais de atuação supervisionada dos estudantes na rede de serviços? \*A forma como são definidos quais unidades de saúde acolherão alunos em aprendizagem nos serviços

A IES em parceria com a gestão local dos serviços de saúde escolhem segundo a qualidade da infra estrutura, de acesso e de processo de trabalho

A IES escolhe segundo qualidade da infra estrutura, de acesso e de processo de trabalho

A gestão local dos serviços de saúde escolhe segundo qualidade da infra estrutura, de acesso e de processo de trabalho

Não há parâmetro pré estabelecido para definição da escolha na IES e nem na rede

Não sei responder

Não se aplica

---

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a): \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa sob o título provisório de “A DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA”, que está sendo desenvolvida pelo estudante do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Doutorado em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Marcos Alex Mendes da Silva, a fim de obter o grau de Doutor em Odontologia, que tem como orientadores os Professores Dr<sup>a</sup> Efigênia Ferreira e Ferreira e Dr João Henrique Lara do Amaral.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a importância da diversificação de cenários de prática na formação do profissional de Odontologia e a contribuição do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde neste processo.

Sua participação é livre e voluntária e poderá deixar de participar de estudo no momento em que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessário. Informamos ainda, que de acordo com as normas éticas de pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto a identidade do entrevistado e quanto às informações fornecidas, e que a utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos. Além disso, declaramos que o entrevistado terá acesso ao conteúdo da pesquisa e garantia de que nada será publicado sem a sua autorização. Caso seja comprovado qualquer dano decorrente da pesquisa você receberá atendimento imediato, ressaltando que sua participação não inclui nenhuma forma de pagamento, bem como sua desistência também não implicará qualquer cobrança monetária.

Desde já agradecemos sua importante colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que julgar necessário.

### Autorização

Eu \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente orientado(a) quanto a finalidade e objetivo desta pesquisa, e concordo em participar da mesma como sujeito de investigação, uma vez que serão mantidos o meu anonimato e que não terei qualquer tipo de prejuízo pessoal. Estou ciente que não haverá nenhuma forma de pagamento ou indenização por minha participação. Tendo sido minhas dúvidas esclarecidas, autorizo por escrito a aplicação do questionário, bem como a utilização dos dados para fins científicos..

Diante do exposto, asseguro que as informações que prestarei serão baseadas na verdade, e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data

Endereço: Rua Leon Mouffron, 101. Centro – Valença – RJ - CEP: 27600-000.  
Telefone: (24) 2453-3062 (24) 8182 2336

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:  
COEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFMG  
UNIDADE ADMINISTRATIVA II – FUNDEP - 2º ANDAR – SALA 2005  
FONE: (31) 3409 4592

## **PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO PERÍODO DE DOUTORAMENTO**

SILVA, M.A.M; FERREIRA, E.F; AMARAL, J.H.L; SENNA, M.I.B. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de Odontologia no Brasil. Interface (UNI/UNESP, impresso), 2012. (Artigo original publicado)

SILVA, M. A. M.; AMARAL, J.H.L; SENNA, M.I.B; FERREIRA, E.F. Uma reflexão sobre a contribuição do Pró-Saúde para a evolução do ensino odontológico. In: 47ª Reunião Anual da Abeno, 2012, Campinas. Revista da ABENO, 2012. v. 12. p. 79-80 (Apresentação de trabalho).

SILVA, M. A. M; AMARAL, J.H.L; SENNA, M.I.B; FERREIRA, E.F. Situação de Aprendizagem nos Serviços de Saúde dos Cursos de Odontologia no Brasil e o Pró-saúde. 2011. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

SILVA, M.A.M; FERREIRA, E.F; GOYATÁ, F.R; GONÇALVES, S.J.C; PIERONI, B.N; CHAVES, R. A interdisciplinaridade indutora da formação odontológica contemporânea. In: 46ª Reunião da ABENO, 2011, Florianópolis. Revista da ABENO *on line*, 2011. (Apresentação de Trabalho)

SILVA, M.A.M; PECORARO, P.V.B.F; ROCCO, A.R; FERREIRA, E.F. O Centro de Ensino e Pesquisa em Atenção Básica à saúde e a integração ensino/serviço na Faculdade de Odontologia de Valença. In: 45º Reunião Anual da ABENO, 2010, Brasília. Revista da ABENO *on line*, 2010. (Apresentação de Trabalho)

SILVA, M.A.M.; FERREIRA, E.F.; SILVA, G.A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. Physis (UERJ. Impresso), v. 20, p. 1183-1207, 2010. (artigo original publicado)