

ANA LUIZA DE SOUZA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS

2010

ANA LUIZA DE SOUZA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daniela Lemos Carcereri

FLORIANÓPOLIS

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina

S729 Souza, Ana Luiza de
Integração ensino-serviço no curso de graduação em
Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina
[dissertação] / Ana Luiza de Souza ; orientadora,
Daniela Lemos Carcereri. - Florianópolis, SC, 2010.
122p.: il., tabs.

Dissertação [mestrado] - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Educação em Odontologia. 3. Recursos
Humanos em Odontologia. 4. Serviços de Integração Docente-
Assistencial. I. Carcereri, Daniela Lemos. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Odontologia. III. Título.

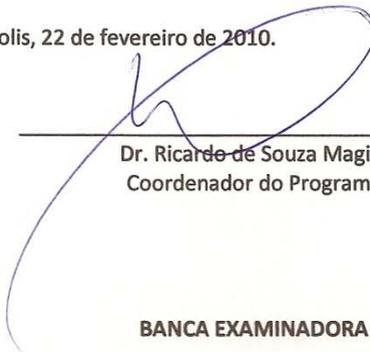
CDU 616.314

ANA LUIZA DE SOUZA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

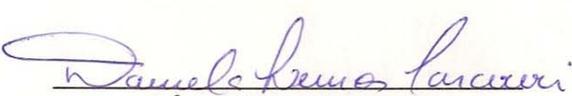
Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2010.



Dr. Ricardo de Souza Magini
Coordenador do Programa

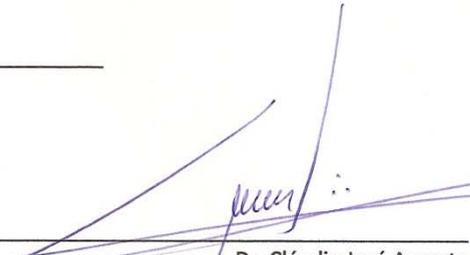
BANCA EXAMINADORA



Dr.ª Daniela Lemos Carcereri
Presidente



Dr.ª Efigênia Ferreira e Ferreira
Membro



Dr. Cláudio José Amante
Membro



Dr.ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Suplente

*Dedico esta dissertação àqueles
que ensinam, aprendem e acreditam*

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia** e ao **Curso de Graduação em Odontologia**, por me receberem de braços abertos para a realização do Curso de Mestrado e desta pesquisa – o ensino.

À **Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis**, por participar da realização desta pesquisa e ser um exemplo de atenção em saúde no Estado de Santa Catarina – o serviço.

À orientadora, professora **Daniela Lemos Carcereri** que me aceitou como orientanda e participou ativamente da minha formação e amadurecimento nesse período. Agradeço pela confiança em meu trabalho e nas minhas capacidades, pela preciosa orientação, contribuição e direcionamento das atividades.

Aos **membros que compõem a banca examinadora** desta dissertação, que prontamente aceitaram meu convite: professora Efigênia Ferreira e Ferreira, professor Cláudio José Amante e professora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Aos **docentes do Programa de Pós-Graduação em Odontologia**, em especial à professora **Inês Beatriz da Silva Rath** e ao professor **João Carlos Caetano**, grandes exemplos nos quais eu me espelho.

Aos **participantes desta pesquisa**: gestores, docentes, preceptores e estudantes, que me receberam tão bem e abriram seus corações para mim. O que está aqui pertence a vocês!

Aos professores que contribuíram como banca examinadora da **qualificação do projeto desta pesquisa**, professora Efigênia Ferreira e

Ferreira, professor Cláudio José Amante, professora Maria do Horto Fontoura Cartana e professora Ana Lúcia Shaefer Ferreira de Mello.

Aos colegas de mestrado **Daniela, Denise, Gianina e Paulo**, por compartilharem angústias e celebrações. Vocês foram suporte fundamental nesse período.

À professora, orientadora no período da graduação, **Ramona Fernanda Ceriotti Toassi**, uma das responsáveis pela minha aproximação com a Saúde Coletiva. Agradeço por sua amizade, carinho e incentivo.

Ao professor **Dagoberto Sabatini Fernandes** e a todos os docentes da Universidade do Planalto Catarinense, pela minha formação na graduação.

Aos **estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina**, estagiários do Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e da Escola Laura Lima, pela oportunidade de exercitar a docência com vocês, pela troca de saberes e amizade.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** agradeço a bolsa de mestrado, concedida no segundo semestre do ano de 2009 até o presente momento.

A **todos** aqueles que por esquecimento não mencionei, mas que fazem parte da minha vida.

Agradecimentos especiais

Aos meus amigos, em especial ao **Marquinhos**, a **Alessandra**, **Ana Raquel**, **Fernanda**, **Mariana**, **Marinês** e **Rafaela**, pela presença essencial nas horas de lazer.

Ao **Senhor Gaston**, **Dona Tânia** e a **Mariana** por me fazerem parte de sua família.

À **minha família**. O convívio com vocês é fonte de energia para todas as minhas atividades. Vocês são meu alicerce.

À **Vó Hilma**. A Senhora é um exemplo de vida e de pessoa.

Aos meus saudosos avôs **Rico**, **Clóvis** e **Alzira**, pelas pessoas que foram e por aquilo que deixaram conosco.

À **Tia Rose**. Por ser mais que uma madrinha. Pelas contribuições presentes nesta dissertação, pela oportunidade de entrar em contato com a Educação. Agradeço a amizade, o carinho e os momentos compartilhados.

Ao **Leandro**, meu querido, pelo companheirismo, carinho, amor, compreensão. Você me completa, sou muito feliz ao seu lado.

Aos **meus pais Walter** e **Ivone**, e à minha **irmã Natalia**. Vocês são responsáveis pela minha formação e me deram a feliz oportunidade de realizar mais esta etapa. Muito obrigada.

A **Deus**, que me concedeu o dom da vida e me permitiu chegar até aqui, encontrando pessoas maravilhosas como vocês.

SOUZA, Ana Luiza de. **Integração Ensino-Serviço no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2010. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Este estudo objetivou compreender o programa de integração ensino-serviço entre o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis. A abordagem foi qualitativa, e a pesquisa caracterizada como estudo de caso. Foram avaliados documentos, notas de campo, e realizadas entrevistas individuais e em grupo com gestores, docentes, estudantes e preceptores. As informações foram transcritas e analisadas seguindo os pressupostos da Análise Temática de Conteúdo. A articulação dos dados com o referencial teórico gerou dois Eixos Temáticos: um Ativador e outro Em Construção do programa; e quatro categorias: A Parceria Ensino-Serviço, A Estrutura Curricular, A Mudança de Paradigma e As Práticas Pedagógicas. Observou-se que a carga horária de inserção dos estudantes nos serviços de saúde é satisfatória. Percebe-se modificação de práticas no ensino e serviço, visando o entendimento contextualizado do processo saúde-doença e a produção do cuidado integral em saúde, de acordo com as necessidades da população. Entretanto, existem dificuldades na interface universidade/serviço, entre os participantes e presença de grupos resistentes à reestruturação de atividades. Tais dificuldades são enfrentadas por meio da sensibilização da necessidade de mudança, e da construção e readequação do programa. Conclui-se que o programa de integração ensino-serviço da Universidade Federal de Santa Catarina e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, está caracterizado

mais fortemente como eixo em construção. Como eixo ativador destacou-se a categoria Parceria Ensino-Serviço. O desenvolvimento do programa, além do empenho da Universidade e dos serviços, requer a formação dos docentes e preceptores e ampliação do espaço de discussão entre instituições.

Descritores: Serviços de Integração Docente-Assistencial. Educação em Odontologia. Recursos Humanos em Odontologia.

ABSTRACT

The aim of this case study was to comprehend the teaching care integration program between public services and an undergraduate course of Dentistry of a public university in south Brazil. A qualitative approach was used to evaluate documents, field notes, individual and group interviews with administrators, teachers, students and tutors. The information was transcribed and analyzed following a content analysis premise. The combination of data with the theoretical review generated two main themes: the activator axis of the program and the axis under construction, and four categories: partnership between service and university, curricular structure, paradigm change and teaching practices. It was observed that the workload of students within health services is satisfactory; changes in teaching and acting behaviors are noticeable, aiming a contextualized production of comprehensive health care, according to population needs. However there are difficulties in the university/services interface, between the participants, and resistance of some groups to restructuring activities. These difficulties are faced through the awareness of the need for change, and with construction and renovation of the program. It is concluded that the development of this teaching care integration program needs commitment from the University and the services, requires training of teachers and tutors, and requests an augment of the discussion between institutions.

Descriptors: Teaching care integration services. Dental education. Dental Staff.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Esquema ilustrativo do número de participantes do estudo página 67
- Figura 2** Esquema ilustrativo dos eixos temáticos e categorias página 76

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Eventos históricos que marcaram o ensino da Odontologia página 46
- Quadro 2** Atribuições do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família página 51
- Quadro 3** Esquema representativo da coleta dos dados para o estudo de caso página 69
- Quadro 4** Quadro-síntese dos resultados do estudo aliados aos eixos temáticos página 100

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPESH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
HU	Hospital Universitário
IES	Integração Ensino-Serviço
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PADA	Programa de Articulação Docente-Assistencial
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PRISF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
ProMed	Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RDA	Rede Docente-Assistencial
Rede IDA	Rede de Integração Docente-Assistencial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNI	Programa de União com a Comunidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1 UMA APROXIMAÇÃO COM A EDUCAÇÃO.....	31
3.2 O ENSINO DA ODONTOLOGIA.....	34
3.3 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A ODONTOLOGIA.....	47
3.4 UMA DIRETRIZ DA MUDANÇA: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO..	52
3.5 ENSINO DA ODONTOLOGIA E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA UFSC.....	57
4 METODOLOGIA.....	63
4.1 DELINEAMENTO.....	63
4.2 LOCAL.....	66
4.3 PARTICIPANTES.....	66
4.4 ESTUDO PILOTO	68
4.5 COLETA DOS DADOS	68
4.6 LOGÍSTICA	71
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	72
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	73
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5.1 A PARCERIA ENSINO-SERVIÇO	76
5.2 A ESTRUTURA CURRICULAR.....	80
5.3 A MUDANÇA DE PARADIGMA.....	88

5.4 AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
7 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	105
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS.....	115
APÊNDICES	120

1 INTRODUÇÃO

Com o intuito de oferecer à população acesso igualitário e justo aos serviços de saúde, surge a necessidade de reestruturação do ensino e, conseqüentemente, do serviço. Desde o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, diversas iniciativas têm sido seguidas para enfrentar o descompasso entre as necessidades da população e o caráter formativo em saúde, dentre elas a reformulação do processo de formação dos recursos humanos.

A área da saúde em geral tem enfrentado um amplo processo de reflexão de práticas na formação superior nos últimos anos, envolvendo a formação do quadro docente e dos trabalhadores da saúde, a reestruturação curricular e o estabelecimento de parcerias com os serviços públicos de saúde. Trata-se de uma proposta atual do ensino e do serviço, oportuna e estratégica, visando a melhoria do quadro de saúde da população.

Desse modo, a análise do panorama atual da formação no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa (UFSC), através do programa de integração ensino-serviço (IES), procura compor as ações que estão sendo realizadas na busca pela adequação da formação e este contexto. A integração ensino-serviço é um eixo importante no ensino, utilizada para direcionar ações do corpo docente na formação dos futuros profissionais da Odontologia.

O programa de integração ensino-serviço, como eixo do processo pedagógico, integra a universidade, com seus ideais filosóficos e embasamento teórico, à assistência odontológica. Dessa forma, o estudante tem a oportunidade de unir seus conhecimentos à prática do serviço assistencial e refletir sobre seu papel e atitudes junto à comunidade. Um currículo integrado, organizado sobre essas bases, expressa a intenção de minimizar os problemas de saúde da comunidade, tendo como balizador as características socioculturais da comunidade atendida (YODER, 2006).

A abordagem metodológica do currículo integrado privilegia o aluno, seus conhecimentos, expectativas e experiências como ponto de partida para o processo ensino-aprendizagem. O conteúdo programático é elaborado de acordo com os problemas vivenciados, no cotidiano de atuação, aliado a prática em situação real de experiência de ensino; sendo o ambiente de trabalho o local preferencial para formação profissional (PEREIRA; RAMOS, 2006). Essa abordagem traz ainda uma concepção ampliada do processo saúde-doença na formação do profissional da saúde com visão holística. Constitui-se uma oposição à especialização precoce, ao modelo tecnicista e ao distanciamento social (NORONHA FILHO *et al.*, 1995).

A universidade tem o compromisso de formar profissionais éticos, com características humanísticas e holísticas, que devem ser adquiridas desde o início do ensino da graduação, com o intuito de formar profissionais questionadores, sintonizados com as necessidades da comunidade e coerentes com as políticas do sistema de saúde em vigor (NORONHA FILHO *et al.*, 1995).

Morita e Haddad (2008) alegam que o resultado de anos de formação profissional incoerente com o serviço público resultou em prejuízo para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e incompatibilidade dos serviços oferecidos com as reais necessidades da população.

A formação de profissionais comprometidos com a saúde da população requer a interseção entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, estabelecendo um diálogo entre esses dois “mundos”, pois um precisa do outro para modificar, rever e recriar seu trabalho cotidiano (SCHMIDT, 2008).

A necessidade do estabelecimento de uma relação complementar tem sido percebida há algum tempo e vários esforços, além da Integração Ensino-Serviço, têm sido realizados para essa aproximação. Essas iniciativas envolvem o Ministério da Educação, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES),

criada no ano de 2003, além de outras unidades governamentais e instituições de ensino.

Pode-se destacar a Constituição Brasileira, Artigo 200, que trata da formação de recursos humanos na área da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de União com a Comunidade (UNI), o Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (ProMed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; SCHMIDT, 2008).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, aprovadas em 2002, visam ações integrais em saúde, reforçam o conceito de que os integrantes da equipe de saúde devem aprender desde a graduação a atuar de forma sinérgica para resolução de problemas inerentes às necessidades da população, com maior interação entre ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2002; MORITA; HADDAD, 2008).

Anteriormente, os Projetos Político-Pedagógicos dos cursos eram estruturados em eixos disciplinares, nos quais havia dificuldade de integração entre disciplinas e na inserção do aluno em cenários diversificados de prática. Esses fatores contribuíram para a formação fragmentada, com tendência à especialização.

Na Odontologia, as DCN prevêm a formação acadêmica e profissional para atuar com resolutividade e qualidade no SUS, e na comunidade, configurando uma inter-relação indissociável entre saúde e educação. Reforçam o caráter de multiprofissionalidade, rompendo com o modelo de formação individualizado, propondo o compartilhamento de tarefas entre os profissionais (BRASIL, 2002).

Essas diretrizes são o eixo orientador da construção do atual Projeto Político-Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, aprovado no ano de 2006, o qual prevê a

formação dos cirurgiões-dentistas para a promoção da saúde, baseada nos preceitos da ética, moral, ciência e filosofia, voltada para a realidade da população brasileira (UFSC, 2006).

Desde 2000, a Universidade Federal de Santa Catarina tem enfrentado uma importante reforma nos Projetos Político-Pedagógicos dos Cursos da Área da Saúde, com a adoção do currículo integrado. O incentivo pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2007, ampliou o espaço de discussão entre a universidade e os serviços públicos de saúde. Essa reorientação da formação, definida pelas DCN, tem por objetivo o fortalecimento do SUS, pois integra a escola ao serviço público de saúde (BRASIL, 2004).

Portanto, este importante desafio a ser vencido pela universidade na ressignificação dos processos de ensinar – aprender – atuar deve ser acompanhado por meio de estratégias que possibilitem o direcionamento adequado das ações. Frente a esse contexto justificase compreender o programa de integração ensino-serviço a partir da percepção de seus participantes, procurando identificar os fatores que direcionam e/ou distanciam o Curso de Graduação em Odontologia da UFSC da operacionalização adequada no atual modelo pedagógico de formação de cirurgiões-dentistas, no âmbito da atenção básica.

Este estudo buscou identificar os caminhos que estão sendo trilhados pelos participantes do programa de integração ensino-serviço, salientando aspectos positivos, já operacionalizados dentro do programa, visando contribuir para a solução de possíveis entraves que possam estar ocorrendo nas diferentes dimensões do processo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a integração ensino-serviço no âmbito do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.
- Conhecer a percepção dos participantes acerca do programa de Integração Ensino-Serviço.
- Identificar a presença de fatores que potencializam a Integração Ensino-Serviço e favorecem as mudanças esperadas com a implantação do novo currículo.
- Identificar fatores que inibem o desenvolvimento do programa.
- Contribuir com o aprimoramento do programa de integração ensino-serviço na UFSC e com o processo de reforma curricular em andamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico aqui apresentado busca inicialmente uma aproximação com a Educação e seus conceitos. Perpassa a trajetória do Ensino da Odontologia no Brasil, do início aos dias atuais, seus processos, objetivos e metas. Traz a relação histórica entre as Políticas Nacionais de Saúde e a Odontologia.

Como eixo da formação e protagonista desse estudo, discorre acerca da integração ensino-serviço, parte estruturadora do processo de ensino-aprendizagem, inspiradora da reorientação da formação e auxiliar na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, descreve a trajetória da UFSC nesse cenário histórico e os processos atuais de discussão da formação em saúde junto aos serviços de saúde nessa instituição.

3.1 UMA APROXIMAÇÃO COM A EDUCAÇÃO

A Odontologia tem recorrido à Educação em parcerias firmadas entre os Ministérios da Saúde e da Educação; na construção de currículos, projetos político-pedagógicos; na busca por metodologias de ensino que atendam as necessidades na formação dos estudantes, docentes e profissionais do serviço. Com o intuito de responder às Diretrizes Curriculares Nacionais, os profissionais responsáveis pela formação em Odontologia refletem sobre suas práticas e anseiam por novas formas de ensinar/aprender. Formas essas que diferem da tradicional, que foi praticada durante anos.

Tal conduta requer um contato mais próximo, interdisciplinar, que incentiva os profissionais da Odontologia a apropriarem-se de conceitos firmados em diversos campos do conhecimento. Esse estudo faz parte desse movimento entre áreas, portanto, considera conceitos da Educação pertinentes à Educação em Odontologia.

Entre tais conceitos, encontra-se o de currículo, que em latim (*curriculum*) significa caminho. O conceito de currículo apresenta-se como legitimação posterior às práticas vigentes, isto é, a prática a que o currículo se refere é realidade prévia ao seu conceito, estabelecida por comportamentos didáticos, políticos, administrativos, econômicos, entre outros. O conceito de currículo vem de uma construção cultural, e a análise de seus conteúdos e formas deve ser considerada na compreensão da práxis da instituição escolar (SACRISTÁN, 2000).

A doutrina atribui diferentes conceitos ao termo currículo, entretanto nenhum deles é aceito universalmente. Todo conceito encontra-se embasado em determinado referencial teórico, e a conceituação é diversa.

Sacristán (2000) considera que dentro de um enfoque processual, o currículo é a expressão de práticas pedagógicas, através de um objeto construído na configuração, implantação, concretização e avaliação das diversas intervenções nessas práticas.

Para Alonso; Antoniazzi e cols. (2010) o currículo é uma pauta que leva à realização de atividades educativas, onde a educação formal está incluída, com seus objetivos e tarefas pedagógicas, juntamente aos valores e costumes da sociedade.

Na opinião de Sacristán e Gómez (1998) o currículo é um campo no qual interagem idéias e práticas, que expressam a cultura da escola nas dimensões oculta e manifesta; condicionado historicamente; relacionado à sociedade e posicionado de acordo com as forças dominantes.

O currículo compõe um campo de práticas de diversos atores, que exercem diferentes competências, de níveis diversos, através de mecanismos particulares, atuando convergentemente na definição da prática pedagógica. Cada sistema educativo é proprietário de um sistema de equilíbrio dessas práticas que se constroem e reconstroem, expressando a realidade (SACRISTÁN, 2000).

Os modelos curriculares em Odontologia podem ser classificados principalmente em três categorias: tradicional, inovador ou híbrido. O currículo tradicional é constituído de disciplinas isoladas, divididas e rígidas, portanto, é limitado e atualmente alvo de críticas. Pode-se citar como exemplo o modelo derivado do relatório Flexner, centrado no professor e nos resultados. As atividades do Curso são distribuídas basicamente em dois ciclos, um biomédico básico e outro odontológico e clínico (ALONSO; ANTONIAZZI, 2010).

Em contrapartida o currículo inovador propõe aprendizagem construtivista, onde o estudante é responsável por seu aprendizado e o docente é orientador do processo. As disciplinas são organizadas em eixos integrados vertical (disciplinas do mesmo semestre ou ano) e horizontalmente (durante o curso). A formação ocorre em clínicas integradas, de complexidade crescente, nos serviços e na comunidade. Portanto, tal abordagem propõe a integração entre ensino e prática profissional, busca soluções particulares para cada problema apresentado aos estudantes, através de técnicas inovadoras de construção ativa e reflexiva do processo ensino-aprendizagem (ALONSO; ANTONIAZZI, 2010). Para as profissões de saúde esta pode ser considerada a proposta mais apropriada para atender as necessidades emanadas na formação e no serviço, considerando as políticas atuais. Portanto, grande parte das reestruturações curriculares dos cursos de Odontologia tem utilizado essa abordagem (DAVINI, 1983).

Os currículos híbridos tratam-se de uma combinação de estratégias de ensino-aprendizagem de acordo com as características sócio-culturais da instituição, da sociedade e das necessidades dos estudantes. Muitas vezes a abordagem inovadora encontra-se muito distante da realidade da instituição, seja por falta de recursos físicos ou humanos e da necessidade de formação dos docentes. Nesses casos, a opção pelo currículo híbrido se apresenta como possibilidade de

articular as metodologias tradicionais e inovadoras (ALONSO; ANTONIAZZI, 2010).

A tarefa de elaboração e aplicação de currículos integrados (inovadores ou híbridos) pretende a ruptura com concepções tradicionais da educação formal, através da reflexão acerca da relação docente/estudante, teoria/prática. Portanto, pensar em construção curricular implica relacionar o saber, o fazer e a realidade dinamicamente, com o intuito de incluir na formação a sensibilidade à pluralidade cultural e à desigualdade (DAVINI, 1983).

O compromisso da formação pautada em tais objetivos encontra-se expresso pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia, e demais cursos da área da saúde. A busca pela formação crítico-reflexiva, através do rompimento com a pedagogia tradicional, pretende estruturar a formação em um patamar condizente com as características do mundo atual e suas necessidades. Portanto, a reestruturação do ensino da Odontologia requer amplos esforços dos atores que nela atuam, assim como das instituições de ensino e do serviço.

3.2 O ENSINO DA ODONTOLOGIA

O ensino da Odontologia no Brasil teve início, oficialmente, no Rio de Janeiro e na Bahia, no ano de 1884, por decreto do Imperador. Nessa época, a prática médica estava transpondo o empirismo em direção ao modelo científico (SANTANA, 1999).

Esse processo transformador ganhou força em 1910, nos Estados Unidos, com o relatório publicado pelo educador Abraham Flexner. Esse relatório foi produzido em um contexto caótico nas escolas médicas americanas e pode ser considerado o grande responsável pela maior reforma já ocorrida nas mesmas. As diretrizes do relatório direcionaram as faculdades de medicina a um novo modelo de

formação profissional, o modelo flexneriano¹. (PAGLIOSA; DA RÓS, 2008).

Flexner definiu objetivos da formação, enfatizando as ciências básicas (como anatomia, fisiologia), valorizando a aprendizagem intra-hospitalar e a atenção médica individual, abstraindo a atenção da coletividade e do contexto social, deixando aspectos preventivos e de promoção da saúde em segundo plano (MARSIGLIA, 1998; MOYSÉS, 2004).

A reorganização das escolas médicas significou a criação de um modelo escolar único, do qual todas as escolas que não professassem o modelo proposto eram excluídas. As contribuições de Flexner foram importantes para a Medicina daquela época, pois o educador reorganizou a educação médica, apesar de conduzir as escolas ao modelo biomédico, centrado nas doenças e na atenção hospitalar (PAGLIOSA; DA RÓS, 2008).

O modelo flexneriano é fonte de polêmica em discussões sobre a formação. Alguns consideram que Flexner foi extremamente inovador e revolucionário, outros o responsabilizam pela criação de um modelo de formação consolidado, incapaz de atender aos problemas das sociedades e persistente até os dias de hoje, em parte das escolas da saúde (PAGLIOSA; DA RÓS, 2008).

Por outro lado, em 1917, na Inglaterra, Bertrand Dawson, influenciado pela legislação inglesa de Saúde Pública e proteção aos menos favorecidos, seguiu na tentativa de reordenar a formação médica daquela época nas escolas inglesas e soviéticas. Para Dawson (MARSIGLIA, 1998, p.179):

¹ Modelo de Educação em Saúde baseado no relatório publicado por Abraham Flexner, em 1910, que avaliou Faculdades de Medicina nos Estados Unidos e no Canadá. Flexner concluiu que das 155 escolas avaliadas, 120 possuíam condições péssimas de funcionamento. Sugeriu medidas que melhoraram a situação das escolas, porém valorizavam a prática centrada em doenças, com pouca ênfase na coletividade e em ações preventivas.

Os currículos escolares deveriam dar ênfase à integração entre ações curativas e preventivas, entre ações destinadas a indivíduos e a coletividades e concentrar-se mais na ação ambulatorial do que na hospitalar.

As propostas de Dawson foram contrárias a Flexner, pois consideravam que ações preventivas e curativas deveriam fazer parte da formação dos futuros profissionais, a nível individual e comunitário, para todos os segmentos sociais. Previa ainda a regionalização dos serviços de saúde, organizados em níveis de atenção crescente, de acordo com a complexidade (MARSIGLIA, 1998).

Em 1940, na América Latina, iniciou-se a criação de novos cursos na área da saúde, bem como a reforma dos cursos existentes, influenciada principalmente pelo modelo flexneriano. Esse movimento inspirou diretrizes do ensino e do serviço, orientou políticas, concomitantemente ao surgimento dos movimentos de Medicina Comunitária e Preventiva (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

As mudanças no panorama político e social de diversos países no mundo e a situação do setor saúde contribuíram para o surgimento de críticas ao modelo flexneriano. Tais críticas tornaram-se recorrentes a partir da década de 60, evidenciando a carência de compromisso da educação em com a realidade social. Diversas organizações internacionais movimentaram-se nesse sentido, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Fundação Kellog² (PAGLIOSA; DA RÓS, 2008).

Esses movimentos disseminaram-se na América Latina a partir da reunião organizada pela OPAS em Viña Del Mar, Chile, em 1955; na tentativa de redirecionar as bases do processo de formação e da produção dos serviços de saúde (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999). No

² A fundação Kellog foi criada em 1930 e desde então programa atividades para formação de indivíduos, comunidades e instituições em prol do desenvolvimento sustentável. Apoiou moral e financeiramente a ABENO em diversas ações realizadas a favor do ensino odontológico.

Brasil, as reformas mais significativas foram protagonizadas por debates e iniciativas da sociedade civil organizada, que tiveram como um dos resultados, a integração das disciplinas de Saúde Pública na formação dos profissionais da saúde (PAGLIOSA; DA RÓS, 2008).

Nesse ínterim, do dia 30 de julho ao dia 02 de agosto de 1956, reuniram-se cirurgiões-dentistas e autoridades com a finalidade de discutir a formação dos docentes da Odontologia; melhorar as técnicas e material de ensino; e promover o intercâmbio entre as escolas odontológicas. Foi assim que surgiu a Associação Brasileira de Estabelecimento de Ensino Odontológico, que dois anos após, passou a chamar-se Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO (ABENO, 2009).

Naquele momento a ABENO buscava a melhoria das condições do ensino odontológico no Brasil, ampliação do currículo mínimo dos cursos de Odontologia para quatro anos e estabelecimento de convênios com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e com a Fundação Kellog. A atuação da ABENO contribuiu na orientação das faculdades de Odontologia e intercâmbio nacional e internacional de docentes (ABENO, 2009; CARVALHO, 1995).

A formação dos profissionais da saúde, tanto no Brasil, quanto na América Latina e nos Estados Unidos, encontrava-se sustentada sobre um modelo pedagógico que praticava a atenção tecnicista, fragmentada e especializada. A insuficiência de tal modelo para atender as necessidades em saúde das populações era sentida, e as instituições de ensino consideraram a possibilidade de rever seus currículos.

A expansão e interiorização dos cursos de Odontologia acompanhou o crescimento do setor privado, e aconteceu principalmente a partir da década de 70, influenciada pela Educação em Saúde, a Medicina Comunitária e a Integração Docente-Assistencial (também chamada de Integração Ensino-Serviço). Ambas surgiram na tentativa de aproximar o sistema de saúde da realidade social,

compondo uma reforma em busca da modificação da consciência e abordagem dos profissionais da saúde e suas ações (CARVALHO, 1995; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

A Medicina Comunitária é ligada à atenção básica, com participação comunitária na produção dos serviços. Já a Integração Docente-Assistencial liga-se ao fato de que o estudante deve ser exposto oportunamente ao meio social, à realidade epidemiológica e à prática humanista. No Brasil, esses movimentos foram coadjuvantes na formação profissional em Odontologia, dividindo espaço com a formação para atenção curativa, voltada para especialidades (NORONHA FILHO *et al.*, 1995; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

Em 1978, a reunião de Alma-Ata consagrou o tema “Saúde para Todos no Ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária”, sinalizando aos governos a necessidade do estabelecimento de políticas com o intuito de reduzir as desigualdades em saúde e a responsabilização sobre a saúde de sua população. Discutiu-se que as ações governamentais devem ser fundamentadas nos cuidados primários a saúde, acessíveis a toda a comunidade, como parte de um processo contínuo de vigilância a saúde (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

Na década de 80, a reformulação da formação em saúde mostrou alguns progressos. Os estudantes aproximavam-se da realidade social através de atividades de extensão, com visitas a áreas da periferia ou rurais (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). A I CNSB contou com mais de mil representantes de diversos segmentos da população e da Odontologia. O evento foi resultado do processo de discussão iniciado na grande maioria dos estados brasileiros, através de pré-conferências. Representou o primeiro registro de discussão aberta dos problemas de Saúde Bucal da população e de encaminhamentos para o desenvolvimento futuro da Odontologia no Brasil (BRASIL, 1986).

Quatro grandes temas foram discutidos: A Saúde como direito de todos e dever do Estado, Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e Financiamento do Setor de Saúde Bucal. A Saúde Bucal foi afirmada como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”. Entre outras providências, o relatório final dispôs (BRASIL, 1986, p. 07):

Reformulação do Sistema Educacional, com revisão ampla dos currículos mínimos, visando uma melhor organização, direcionamento e comprometimento dos recursos humanos da área visando sua adequação às necessidades majoritárias da população, redefinindo a relação universidade/sociedade.

Ainda apontou a necessidade de uma política de educação continuada para os trabalhadores da saúde pública, reestruturação dos cursos de pós-graduação e integração do serviço público com atividades de ensino e pesquisa. Todas essas ações com o intuito de aproximar as diretrizes de atuação da saúde aos interesses da população (BRASIL, 1986).

Essa miríade de movimentos colaborou com o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, que articulou diversas camadas sociais, buscando a instalação de um sistema de saúde nacional unificado, descentralizado, e universal (MORITA; HADDAD, 2008, NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Advinda da construção coletiva, motivada pelas Conferências Nacionais de Saúde e pela Reforma Sanitária Brasileira, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, definiu (Art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição marcou o processo de redemocratização do país e instituiu a criação do Sistema Único de Saúde, definindo suas diretrizes de atuação e responsabilidades. Dentre essas, a de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

As atividades entre a universidade e cenários de prática estão previstas no Artigo 207: “As Universidades gozam de autonomia didático-científica [...], e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), que reafirma a atuação do SUS na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, sendo esta atribuição comum a todos os entes federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Reafirma o SUS como campo de prática para ensino e pesquisa, articulado ao sistema educacional (Art. 27) e institui entre as atribuições da direção do SUS, a promoção da articulação do Sistema com órgãos educacionais (BRASIL, 1990a).

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal - II CNSB, 1993 - deliberou estratégias para o desenvolvimento de políticas de Saúde Bucal, centradas na atenção à saúde pública e na efetiva inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Discutiu a observância à legislação da saúde, a integração docência/serviço/pesquisa como estratégia capaz de colaborar com a transformação de uma prática alienada para uma prática conseqüente, e a formação de recursos humanos compromissados socialmente (BRASIL, 1993).

As Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal contribuíram em diferentes segmentos da saúde. Na

educação e formação dos profissionais, esses eventos instigaram a discussão e reflexão quanto à estrutura curricular e abordagem pedagógica dos cursos. Foi quando algumas escolas realizaram reformulações curriculares incluindo atividades que aproximavam os estudantes da realidade do serviço, como clínicas de atenção primária e secundária, e atividades extramuros (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007).

A inadequação da formação em saúde gerou conseqüências sérias ao sistema de saúde e à população: desequilíbrio entre oferta e demanda dos profissionais, má-distribuição, dificuldades de fixação, formação inadequada, competências e conhecimento limitado, estratégias equivocadas de gestão frente à realidade do serviço e à demanda populacional (BRASIL, 2009).

A busca por equacionar as questões dos recursos humanos, percebida repetidamente por diversos atores, resultou na aprovação de novas diretrizes curriculares para os cursos da saúde. As diretrizes foram o resultado histórico das motivações reais pela necessidade de modificação na formação. Para que fossem construídas coletivamente, o Ministério da Educação realizou discussões com organizações dos profissionais de saúde, como a Rede Unida, na busca da construção curricular coletiva, pautada na integração ensino-serviço (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Em 2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (BRASIL, 2002). As DCN propõem “o desafio da formação em Odontologia com o desenvolvimento do sistema de saúde” (MORITA; HADDAD, 2008, p.268). Destacam que o perfil de formação do cirurgião-dentista deve ser do profissional preparado, desde a graduação, para atuar com qualidade no SUS, visando à integralidade da atenção e o trabalho resolutivo em equipe (MORITA; HADDAD, 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais são consoantes a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), nº 9.394, de 20 de dez. de 1996 (BRASIL, 1996)

apontando para a constituição de currículos integrados. O projeto político-pedagógico deve ser construído coletivamente, envolver dimensões éticas e humanísticas, praticar a interdisciplinaridade. Realizar a inserção de docentes e estudantes no ambiente do serviço, diversificar cenários de prática e co-responsabilizar a gestão na seleção, acompanhamento e avaliação de conteúdos voltados para aspectos sociais. O processo ensino-aprendizagem deve ter caráter construtivista, privilegiando a participação do estudante no processo de aprender, onde o docente desempenha o papel de facilitador da aprendizagem, criando condições adequadas para construção do conhecimento (SILVA *et al.*, 2008).

A consolidação das mudanças curriculares já atingiu várias escolas, porém as DCN se deparam com diferentes entraves nas universidades, podendo ser consideradas de impacto parcial no país. Ainda prevalecem interesses pessoais em detrimento ao atendimento as necessidades da população. Com recursos públicos, formam-se especialistas, ao passo que faltam generalistas nos serviços (MORITA; HADDAD, 2008; SILVA *et al.*, 2008). Essa mudança substancial na educação odontológica enfrenta “desconforto, desconfiança, reação conservadora e posicionamentos pessoais insólitos” que contribuem para tornar o processo mais lento (MOYSÉS, 2004, p.35).

Em 2004 a III CNSB reuniu elementos para a constituição da Política Nacional de Saúde Bucal. Discutiu a necessidade de mudanças no setor educacional, em seus diversos níveis, enfatizando ações intersetoriais e interdisciplinares na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. Apontou aspectos semelhantes aos indicados em 1986, afirmando que a Educação em Odontologia, tanto em nível de graduação como pós-graduação, tem um perfil completamente alienado à realidade sócio-epidemiológica do país, ainda que se observem tendências que apontam para mudança (BRASIL, 2004).

O relatório afirma ainda que somente esforços significativos no avanço dos serviços, com a municipalização da saúde e ampliação do acesso podem impulsionar as transformações necessárias na área e a redefinição do modelo de formação (BRASIL, 2004). O Pacto pela Saúde, que compreende o Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS, criado em 2006, reforça o papel municipal na contribuição com a implantação de políticas e práticas para mudanças na formação em saúde.

Na busca da solução para tais distanciamentos, no ano de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que trata a questão dos recursos humanos na saúde como estratégica, e assume a responsabilidade de formular políticas orientadoras de gestão, formação, qualificação, e regulação dos trabalhadores de saúde brasileiros (BRASIL, 2009).

No âmbito da formação, o conjunto de estratégias elaboradas pela Secretaria tem como objetivo a readequação da formação, a integração ensino-serviço-comunidade, a consolidação da implantação das Diretrizes Curriculares, o aumento da carga horária dos estudantes nos serviços de saúde e a ampliação das pesquisas clínicas na atenção básica (BRASIL, 2009).

A SGTES tem desenvolvido políticas que colaboram com a readequação da formação profissional em saúde, em nível de graduação, pós-graduação e nível técnico, como: o PET-Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Na área da educação superior, a maior ação promovida pela SGTES é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado em 2005, com o objetivo de promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional na graduação.

Os projetos aprovados pelo Pró-Saúde foram selecionados por edital público e construídos em parceria entre as instituições de ensino

e os serviços de saúde. Iniciaram no ano de 2005, com Medicina, Enfermagem e Odontologia e, a partir do ano de 2007 foram ampliados para as catorze profissões da saúde (BRASIL, 2009).

O programa fomenta e incentiva a aproximação da formação profissional com os serviços de saúde e com a comunidade, auxiliando a implantação das DCN. Desenvolve-se principalmente sob três eixos: orientação pedagógica, orientação teórica e cenários de prática. A inserção dos estudantes nos cenários de prática ocorre desde os primeiros semestres do curso. Tais cenários são localizados, em sua maioria, nos serviços de saúde, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade e o contato com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Cada universidade contemplada com o Pró-Saúde possui um Comitê Gestor Local, responsável pelo desenvolvimento do programa e pela intermediação com a SGTES. No nível estadual a referência é a Comissão de Integração Ensino-Serviço, vinculada a Secretaria Estadual de Saúde, e no Nível Nacional há a Coordenação Nacional e a Comissão Assessora, que realizam visitas periódicas aos cursos. Nessas visitas são realizadas avaliações de desempenho e seminários regionais, que compõem um relatório constando as metas já atingidas e dificuldades vivenciadas por cada curso (BRASIL, 2009).

Com tais direcionamentos espera-se transformar o processo de formação dos estudantes, a geração de conhecimento e prestação de serviços à comunidade, através da abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2009).

No ano de 2004, foi criado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que congrega entidades envolvidas na formação profissional em saúde, como a ABENO e a Rede Unida. O FNEPAS estabeleceu uma parceria com o Ministério da Saúde, para contribuir com o fortalecimento da formação permanente em saúde, e atuar nos cenários institucionais, com o intuito de torná-los

mais favoráveis às mudanças prescritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (FNEPAS, 2009).

Para corroborar as intenções do Pró-Saúde, em 2008 foi desenvolvido o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, com o intuito de fortalecer o processo de ensino-aprendizagem dentro do eixo do cenário de práticas no serviço, na Unidade Básica de Saúde. As equipes do PET-Saúde recebem bolsas de incentivo e são formadas por um tutor, docente da universidade; seis preceptores (profissionais da Saúde da Família: médicos, cirurgiões-dentistas ou enfermeiros) e doze estudantes monitores.

A principal finalidade do PET-Saúde é estimular a formação de grupos de estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando a formação dos profissionais de saúde, a iniciação ao trabalho, estágios e vivências no SUS (BRASIL, 2009).

O programa Universidade Aberta do SUS, criado em 2008, utiliza tecnologias educacionais interativas, com o intuito de atender necessidades de formação e educação em saúde, através da criação de uma rede colaborativa entre instituições acadêmicas, serviços de saúde e de gestão do SUS. A Educação a Distância possibilita a democratização do conhecimento, através da troca de informações interinstitucionais e a formação dos trabalhadores do SUS, em busca de um novo patamar de produtividade e qualidade em saúde (BRASIL, 2009).

O paradigma atual do ensino odontológico é composto por vertentes de mudança no ensino da graduação, da pós-graduação e da educação técnica. Essas mudanças mostram o resultado de anos de combate à formação tecnicista e biologicista, que possa ofertar a população o direito aos serviços de saúde contextualizados a realidade sócio-cultural. As vertentes indicam a necessidade da formação do profissional generalista, polivalente, capaz de atuar no serviço público e de ofertar atenção resolutiva e de qualidade, respeitando os princípios da integralidade.

O processo educacional deve ser capaz de desenvolver nos profissionais da saúde capacidades que os permitam atuar em equipe, de maneira interdisciplinar, potencializando a reorganização do modelo de cuidado e da formação, tendo como objetivo o enfrentamento de questões que o modelo tecnicista não é capaz de responder.

A sucessão de eventos históricos que marcaram a trajetória do ensino odontológico no Brasil está representada no Quadro 1.

Quadro 1 – Eventos históricos que marcaram o ensino da Odontologia

ANO	EVENTO
1884	Início do ensino oficial da Odontologia no Brasil
1910	Publicação do relatório de Abraham Flexner (Estados Unidos) – modelo biomédico (flexneriano)
1917	Bertrand Dawson (Inglaterra) – ações coletivas e preventivas
1940	Criação e reforma de diversos cursos da Saúde (América Latina)
1955	Reunião OPAS – redirecionar bases da formação e da produção dos serviços de saúde
1956	Criação da ABENO
1960	Críticas recorrentes ao modelo flexneriano Início do movimento da Reforma Sanitária Brasileira
1970	Expansão e interiorização dos cursos de odontologia Movimentos da Medicina Comunitária e Integração Docente-Assistencial (Ensino-Serviço)
1978	Reunião de Alma-Ata – “Saúde para Todos” e “Estratégia de Atenção Primária”
1980	Primeiras reformulações de currículo: atividades de extensão
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde I Conferência Nacional de Saúde Bucal
1988	Constituição Federal – Saúde na Constituição Regulamentação do Sistema Único de Saúde
1990	Sancionada Lei Orgânica da Saúde
1993	II Conferência Nacional de Saúde Bucal
2002	Aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de

	Odontologia
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
2004	III Conferência Nacional de Saúde Bucal Criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS)
2005	Criação do Pró-Saúde (SGTES)
2008	Criação do PET-Saúde e UNA-SUS (SGTES)

3.3 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A ODONTOLOGIA

Historicamente, as políticas de saúde brasileiras foram profundamente influenciadas por aspectos econômicos e sociais. No período Imperial, com ações campanhistas, o Estado se preocupava em controlar as epidemias que açoitavam principalmente os imigrantes. A República marcou melhoria sanitária de áreas vitais para a economia e a criação de diversos órgãos estatais de saúde. Destaca-se Oswaldo Cruz, que em 1903, assumiu a direção geral da Saúde Pública e instalou medidas sanitárias que erradicaram e controlaram diversas doenças (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Nesse mesmo período há registros de profissionais da Odontologia inseridos no sistema público em atividades como “Inspetores Dentários” e atuando em “Serviço Dentário Escolar”, principalmente na cidade de São Paulo. Esses profissionais reproduziam as atividades clínicas realizadas em seus consultórios, sem nenhum caráter epidemiológico ou coletivo, inicialmente com recursos particulares (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1923, por influência dos modelos de países europeus, surgiram as primeiras iniciativas de criação do sistema de previdência social, majoritariamente gerenciado pela população. Nos anos seguintes o Estado assumiu a administração desse órgão, modificando a organização do mesmo e recolhendo tributos de trabalhadores

assalariados. Esses programas garantiam o acesso à assistência médica apenas aos trabalhadores, força responsável pela economia do país, revelando a preocupação prioritária do Estado com o fortalecimento econômico (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

A fase de Getúlio Vargas no poder foi marcada por medidas populistas, centralização do poder nas mãos do Estado, alteração do modelo econômico e ações sanitárias também em áreas de interesse econômico (RONCALLI, 2003).

Em 1952, uma iniciativa brasileira e americana financiou o primeiro programa de Odontologia Sanitária do Brasil, que marcou o início de uma nova fase para os profissionais da Odontologia e para a Odontologia Sanitária, com o atendimento de escolares (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A população escolar era tida como epidemiologicamente vulnerável, e ao mesmo tempo mais sensível às intervenções coletivas. Com a expansão do programa, um grande número de profissionais da Odontologia integrou ao seu cotidiano métodos de programação e planejamento coletivos em saúde bucal (NARVAI, 2006).

Ao final da década de 50, a Medicina Previdenciária se tornou mais importante para o Estado e em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerando conseqüências que Medeiros Júnior e Roncalli (2004, p. 253) salientam:

À medida que o sistema crescia, tornava-se cada vez mais centralizado no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica, ou seja, com forte separação entre as atividades preventivas e as atividades curativas na atenção a saúde.

Durante o Regime Militar, o setor público de saúde, representado pelo INPS, mais tarde pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e pelo SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) ampliou-se, fortalecendo

o desenvolvimento do setor privado de saúde e consolidando a política tecnicista (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Esse modelo de atenção foi questionado pela população e pelos profissionais de saúde à medida que os índices de mortalidade infantil e outros indicadores de saúde pioravam. A união desses personagens com intelectuais, políticos e sindicalistas, na década de 70, criou os movimentos oposicionistas da “Reforma Sanitária” e das “Diretas Já”, os quais lutavam na defesa da renovação política e criação de um sistema de saúde único, como direito social e universal aos cidadãos, descentralizado e com participação popular (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004; NARVAI; FRAZÃO, 2008; RONCALLI; 2003).

Estes mesmos movimentos encaminharam a fluoretação das águas de sistemas públicos e unidades escolares, com a aprovação da Lei Federal 6.050, em 1974, que assegura a medida em projetos de reforma e ampliação da rede de abastecimento (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Medeiros Júnior e Roncalli (2004) destacam que as políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro tiveram três características principais até os anos 80, que foram: a vinculação da política de saúde com o modelo econômico, o caráter excludente das iniciativas e a distinção entre as ações de saúde pública e a assistência médica.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, somada aos movimentos populares contribuiu com o conteúdo de saúde na Constituição promulgada em 1988, a qual regula a saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um Sistema Único de Saúde com gestão descentralizada e a integralidade das ações em saúde (NARVAI, 2003).

A partir de 1988, o Governo Federal implantou unidades de saúde bucal no INAMPS, realizou o programa de controle de cárie dentária, uso de selantes e flúor. Esses programas eram fragmentados no SUS e se caracterizaram pela falta de sintonia entre as esferas federal, estadual e municipal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A década de 90 foi marcada pelo sucateamento do sistema público de saúde e crescimento do setor privado, um retrocesso à Constituição de 1988. Foram criadas as Normas Operacionais Básicas em 1991, 1993 e 1996, buscando principalmente reorientação na gestão do SUS, alocação dos recursos e descentralização do sistema - uma tentativa de superar as dificuldades enfrentadas na implantação, frente ao histórico político que gerou conseqüências ao progresso da saúde pública brasileira (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Em 1993, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, que reconheceu a saúde bucal como direito de cidadania, defendendo a descentralização das ações, controle social e acesso igualitário e universal da população aos serviços odontológicos. Entretanto, pouco avançaram os governos seguintes em relação às políticas de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A busca constante pela correta operacionalização do SUS impulsionou o desenvolvimento de modelos assistenciais e estratégias de reafirmação dos princípios do sistema. Podemos destacar o Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégias de reorientação da atenção primária em saúde (RONCALLI, 2003).

O PSF tem sido a estratégia de atenção básica mais importante do governo na operacionalização do SUS, garantindo a expansão do sistema de acordo com os princípios estabelecidos constitucionalmente. As Equipes Básicas de Saúde da Família atendem um número definido de famílias, em território pré-estabelecido e são compostas no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando contam com Equipes de Saúde Bucal ainda contêm um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (SOUZA; RONCALLI, 2007). Atualmente, o PSF oferece cobertura a cerca de 95,1% da população - dados do Departamento de Atenção Básica, agosto de 2009 (DAB, 2009).

As atribuições do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família estão elencadas no Quadro 2 (BRASIL, 2006):

Quadro 2 – Atribuições do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia da Saúde da Família

ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA	
Realizar diagnóstico	Compartilhar atividades com os outros membros da Equipe Saúde da Família
Traçar o perfil epidemiológico da população para planejamento e programação em saúde bucal	Contribuir e participar de atividades de educação permanente da equipe
Realizar procedimentos clínicos, atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais	Realizar supervisão técnica do Auxiliar de Consultório Dentário
Realizar atenção integral em saúde bucal, individual e coletiva, com resolubilidade	Realizar supervisão técnica do Técnico em Higiene Dental
Encaminhar e orientar usuários a outros níveis de atenção em saúde	Participar do gerenciamento da Unidade de Saúde a qual está inserido

Em 2004, foi criada a política nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, pelo Ministério da Saúde. A política reúne diversas ações em saúde bucal, destinadas a diferentes faixas etárias da população. Propõe a amplificação e qualificação da atenção básica, e a articulação do atendimento a nível secundário e terciário de atenção, respeitando o princípio da integralidade. As verbas da política foram distribuídas entre o PSF, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), e a viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Segundo dados de março de 2009, da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, o município de Florianópolis possui 402.346 habitantes,

conta com 93 equipes de Saúde da Família implantadas, cobrindo 79,7% da população, e com 43 Equipes de Saúde Bucal implantadas, cobrindo 73,2% da população (CNSB, 2009). Na atenção bucal secundária existem quatro Centros de Especialidades Odontológicas. Em 2007, o município institucionalizou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como estratégia de reorganização da atenção básica – Portaria 283/2007, PMF.

As unidades de saúde do município de forma geral têm recebido incentivos financeiros para reestruturação física e contratação de pessoal, entretanto, há alguns fatores limitadores na oferta de atenção. Algumas unidades são responsáveis por uma área de abrangência maior do que a preconizada pelo Ministério da Saúde, dificultando a organização da demanda e do sistema de referência e contra-referência (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2007).

Entretanto, percebe-se a reorganização do processo de trabalho do cirurgião-dentista e da equipe de saúde através do fortalecimento do trabalho multiprofissional e investimento estrutural no serviço. Nos últimos anos, esse processo tem ocorrido em virtude dos incentivos governamentais e da formação das equipes sob os preceitos atuais de atenção em saúde (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2007).

A luta histórica pela substituição do modelo hospitalocêntrico e medicalista tem ganhado mais força e representatividade nos últimos anos, com o apoio do governo, através do Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. O PSF tende a se fortalecer e ser um dos principais alicerces para o funcionamento adequado do SUS e incentivador da mudança na formação, possibilitando o alcance de melhores níveis de saúde pela população brasileira.

3.4 UMA DIRETRIZ DA MUDANÇA: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A partir da Reforma Sanitária Brasileira, no início da década de 70, surgiram os primeiros programas de Integração Docente-

Assistencial (também chamados de programas de Integração Ensino-Serviço), protagonizados por líderes da época. Essas iniciativas motivaram uma nova perspectiva dentro do ensino em saúde, sua interação com os serviços e com a comunidade, aproximando docência e assistência, articulando dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade (SHIMIZU, 1999).

Esse programa está presente na estrutura curricular dos cursos da área da saúde desde que foi idealizado, dividindo espaço com o modelo flexneriano, que durante muitos anos sustentou a base da estrutura pedagógica de muitos dos cursos (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

O termo Integração Ensino-Serviço (ou Ensino-Serviço-Comunidade) tem sido mais utilizado atualmente, por contemplar os diversos atores participantes do programa. Albuquerque *et al.* (2008, p.357) construíram coletivamente um conceito do programa:

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 o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores do serviço.

A Integração Ensino-Serviço critica o privilégio às ações especializadas, tecnoassistenciais, valoriza a formação profissional generalista na atenção primária como modo de ampliar o debate sobre a reorganização da formação juntamente aos serviços de saúde (BRASIL, 1981 *apud* SCHMIDT, 2008).

Um currículo organizado nesta perspectiva propõe que os problemas e suas hipóteses de solução tenham como pano de fundo as características sócio-culturais da comunidade. Assim, a realidade se

torna referência problematizadora e as ações educativas coerentes na reorientação e qualificação da prática profissional (PEREIRA; RAMOS, 2006).

O entendimento dos fatores ambientais e sociais envolvidos no processo saúde-doença pode ficar mais claro aos estudantes. Diversas outras contribuições como: capacidade para encontrar soluções mais eficazes aos diferentes problemas das populações, maior autonomia profissional, reflexão do papel do profissional frente à sociedade, pensamento crítico e ética na atuação profissional, podem ser desenvolvidos por aqueles que estão incluídos em programas de Integração Ensino-Serviço (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008; STRAUSS *et al.*, 2003).

De acordo com Yoder (2006), os estudantes podem tornar-se capazes de entender a diversidade humana, a dinâmica das comunidades e criar maior responsabilidade cívica. O ensino é estruturado sobre as práticas de serviço frente às políticas públicas de saúde. Portanto, os estudantes têm a oportunidade de compreender o impacto das ações em saúde sobre a rede de problemas que afetam as populações, podendo ter uma maior visibilidade de seu papel, como profissional de saúde, dentro desse processo.

Uma das competências desenvolvidas nesses programas é a do trabalho multiprofissional. As faculdades de Odontologia devem estar localizadas próximas às demais ciências da saúde, de modo que exista um *link* entre o ensino, a pesquisa e que haja significativa interação entre disciplinas dos diversos cursos (HOLBROOK *et al.*, 2008).

Portanto, a integração ensino-serviço quando bem operacionalizada traz benefícios a todos os atores que nela estão envolvidos e não somente aos estudantes. Os docentes são convidados a superar a dicotomia criada entre a teoria e a prática. Os profissionais, que estão inseridos nos serviços de saúde, impulsionados pelo processo de educação permanente, tendem a adotar uma conduta reflexiva frente às atividades que exercem e ao papel desenvolvido

diante da comunidade. A comunidade tem a possibilidade de receber o atendimento de acordo com as características locais. O serviço combinado ao aprendizado pode fazer com que haja agregação de valores e transformação de ambos (SHIMIZU, 1999).

Nos últimos quarenta anos, grande parte das iniciativas desse tipo de programa foi liderada por Cursos de Medicina. No ano de 1992, surgiu a UNI (Programa de União com a Comunidade), incentivada pela Fundação Kellog, com o propósito de produzir mudanças nas universidades, serviços de saúde, comunidades participantes e na relação entre eles. Uma mudança no processo de formação, na direção da aprendizagem ativa, estimulando o pensamento crítico e reflexivo, o desenvolvimento de currículos integrados, flexíveis e interdisciplinares, por meio do qual o estudante seja oportunamente e precocemente inserido no campo de práticas sociais. As iniciativas motivavam a modificação dos serviços de saúde, na busca por maior integralidade, efetividade, resolutividade, adequação à realidade local e estímulo a participação popular na construção do modelo de saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002).

O programa UNI assumiu que a IES é construção e desconstrução constante, deve conformar os projetos dinamicamente ao desenvolvimento coletivo, para o contínuo resgate de valores de solidariedade e responsabilidade compartilhada. A realidade dos projetos revelou ainda as dificuldades enfrentadas na negociação de espaço entre a academia, os serviços e a comunidade, e as disputas no interior da academia (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

As fraquezas identificadas com a implantação dos projetos da Rede UNI puderam ser resolvidas em uma articulação, com a Rede IDA (Rede de Integração Docente-Assistencial). Foi quando essas redes se uniram e passaram a ser chamadas Rede UNIDA. Atualmente, a Rede UNIDA trabalha com projetos, contribuindo com a criação de um contexto favorável às mudanças da formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2008).

Nas duas últimas décadas, os movimentos de mudança na formação de profissionais da saúde, que incluem a interface da integração ensino-serviço, oscilaram em intensidade e concentração nas diferentes áreas profissionais. Um dos entraves para o desenvolvimento desses programas é a metodologia pedagógica tradicional utilizada na educação superior, baseada na transmissão de conhecimentos, focada mais no ensino do que na aprendizagem. A participação dos profissionais inseridos no serviço e dos docentes é dificultada pelas políticas e estruturas dos serviços de saúde e do ensino (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A reorganização dos serviços de saúde inclui metodologias de trabalho que possam inserir os estudantes em comunidades desassistidas, contribuindo ao acesso a atenção básica (HOLBROOK *et al.*, 2008). A estrutura universitária e a descentralização político-administrativa do Estado têm impactado na formação e atuação dos profissionais da saúde, procurando articular esses “mundos”, buscando conectar o espaço de formação ao cenário da vida real, de produção dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

O conceito, a operacionalização e a correta execução de programas de integração ensino-serviço são complexos. Mesmo com a implantação correta, o programa precisa ser continuamente rediscutido entre os participantes. As expectativas e os objetivos de cada grupo (estudantes, docentes, profissionais dos serviços de saúde e comunidade) têm que ser claramente definidos para que se evitem conflitos e discordâncias quanto à dinâmica das atividades (SHIMIZU, 1999).

A confluência do mundo da formação, do trabalho, da vida das famílias e da comunidade configura um espaço tensional, gerado pelas diferentes percepções e conceitos dos atores (SILVA *et al.*, 2008). Entre as dificuldades encontradas estão a divisão entre os grupos atuantes, tendência de dominação do grupo de docentes sobre o grupo assistencial, indefinição do exato papel dos estudantes, entre outros.

Fatores como estes geram dificuldades na rotina de execução, entretanto podem ser evitados com a contínua adequação do programa (MORITA; HADDAD, 2008; OSCHLOWSKY; SILVA, 2000; PEREIRA, 2007).

A Integração Ensino-Serviço deve ser continuamente modificada de acordo com as observações coletadas pelos gestores, participantes e pesquisadores. Ela se traduz para alguns como um desafio que deve ser vencido e pode resultar em melhoria para o ensino, o serviço e a assistência (SHIMIZU, 1999). Cria um espaço reflexivo sobre a atuação de cada um dos profissionais e é através desse espaço que a maior parte das necessidades de mudança são observadas (YODER, 2006).

3.5 ENSINO DA ODONTOLOGIA E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA UFSC

Ao final da década de 70, professores de Enfermagem, do Departamento de Saúde Pública, estudantes voluntários da UFSC, médicos e enfermeiros iniciaram um projeto de Promoção da Saúde, na comunidade da Costeira do Pirajubaé, bairro de Florianópolis. Posteriormente, aderiram a este movimento os cursos de Odontologia, Farmácia e Nutrição.

O projeto estendeu-se a outras comunidades, levando à criação do Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário (HU), que contratou profissionais para realização de atividades de atenção primária. Tais atividades acompanharam o movimento nacional de redirecionamento da formação, dos serviços, interação com a comunidade, estimuladas pela Reforma Sanitária Brasileira e por movimentos como o da Medicina Comunitária.

A primeira formalização de Integração Ensino-Serviço foi realizada em 1985, quando a UFSC e a Prefeitura Municipal de Florianópolis firmaram um convênio, que criou estágios não-

obrigatórios de Medicina Comunitária e Psicologia, em Centros Municipais de Saúde.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, regulando o Sistema Único de Saúde e suas atribuições, dentre elas a ordenação da formação dos recursos humanos em saúde. Essa afirmativa implicou na responsabilização formal do serviço na formação, e não somente da universidade. Procurando atender a demanda constitucional, a UFSC criou juntamente com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura de Florianópolis, o Programa de Articulação Docente-Assistencial (PADA), que realizava reuniões mensais. O PADA buscou aproximar a formação profissional com as necessidades e princípios do SUS, através da visão integral da saúde.

Acompanhando o movimento nacional de reforma curricular dos cursos de Odontologia, nesse mesmo ano, o Curso de Graduação em Odontologia da UFSC implantou as disciplinas de Estágio Supervisionado obrigatório, ministradas por professores do então Departamento de Estomatologia. Assim, possibilitou aos estudantes a vivência e participação comunitária, integradas ao currículo do Curso. Antes do ano de 1989, tais atividades eram desenvolvidas apenas através de projetos de extensão.

Um fórum interdisciplinar de Ciências da Saúde foi organizado na UFSC, no ano de 1992, para a discussão da criação da residência multiprofissional nos cursos da saúde, na Psicologia e no Serviço Social. Tal discussão motivou a expectativa pela criação de programas que motivassem o trabalho multiprofissional/interdisciplinar na Universidade.

A partir do ano de 2000, o PADA dispôs de regimento específico, o que formalizou as intenções do programa. No ano de 2002, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais, afirmando a formação profissional em saúde junto ao sistema de saúde vigente no país, incentivando o trabalho em equipe, norteado pelo princípio da

integralidade. A implantação das Diretrizes motivou a participação de maior número de cursos da área da saúde no PADA.

Desde a aprovação das DCN's, a UFSC desenvolve ações e programas que buscam transformar o processo de ensino-aprendizagem em saúde, em direção a uma nova perspectiva de formação para a oferta de serviços a população. Em 2002 iniciou a formação da primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRISF), cujo objetivo é preparar os profissionais para atuação no SUS e na Saúde da Família, através da atuação multiprofissional.

O curso de Medicina recebeu o incentivo para as modificações na estrutura curricular através do Pró-Med, em 2004. Em 2005, os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem tiveram seus projetos curriculares contemplados com o Pró-Saúde I.

O desenvolvimento do Pró-Saúde na Odontologia impulsionou a reestruturação curricular do Curso que já estava em andamento. O atual currículo abrange até o momento, o sexto semestre do Curso. O Projeto Político Pedagógico está organizado em dois eixos, o multidisciplinar e o interdisciplinar. A Integração Ensino-Serviço ocorre efetivamente no eixo interdisciplinar, a partir do segundo semestre do Curso. No momento, a inserção dos estudantes nos serviços de saúde tem se concentrado no âmbito da atenção básica, entretanto, nos semestres mais avançados está prevista a inserção na atenção secundária e terciária (UFSC, 2006).

O PPP do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC foi criado a partir da percepção de profissionais e docentes da necessidade de mudança e sua preocupação com o futuro da profissão. A filosofia atual do PPP propõe uma matriz curricular integrada e flexível para as atividades acadêmicas, com o intuito de formar profissionais preparados para atuação nos serviços de saúde pública, nos quais se concentra a maior parcela da população (UFSC, 2006).

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC pretende reconstruir, dentro deste contexto complexo, global e multidimensional as Ciências Odontológicas e a vida de seus entes sociais – usuários cli-entes, disc-entes e doc-entes (professores e servidores técnicos administrativos) – observando a realidade brasileira e de nossa instituição constituída por diferentes falas. Pretende também superar o legado histórico do século passado, belicoso, racionalista e moderno, buscando intensamente a formação de um profissional de saúde contemporâneo, reflexivo com a complexidade político social do presente momento, responsável e mediador do seu meio ambiente. [...] Ele se constitui de pressupostos metodológicos e conceitos operacionais, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no docente como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A proposta pedagógica do Curso é um eixo vertical, composto de dez eixos horizontais (dez semestres) compreendendo atividades multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares. Os pressupostos metodológicos do PPP do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC são: Odontologia contemporânea desenvolvida sob a ótica do cuidado humanizado e integral, formação generalista, trabalho em equipe, inserção precoce dos acadêmicos na comunidade, incentivo a atenção básica em saúde, articulação com segmentos da sociedade, formação permanente dos docentes do Curso, processo de ensino-aprendizagem construtivista e auto-avaliação do projeto pedagógico (UFSC, 2006).

Espera-se que os egressos do Curso possuam as seguintes características: “generalista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde”, formado para exercer atividades referentes à saúde do sistema estomatognático da população, considerando a

realidade social, cultural e econômica. Sua atuação deve ser em prol da sociedade, com o objetivo de transformar a realidade (UFSC, 2006).

Diante desse panorama, a articulação ensino-serviço passou a ser vista como peça fundamental na formação dos estudantes da UFSC e precisou ser reestruturada. Em 2006, a UFSC e a Prefeitura Municipal de Florianópolis restabeleceram o ambiente de discussão, onde participaram profissionais do serviço, estudantes, docentes e representantes do Conselho Municipal de Saúde; decidindo pela ampliação dos cenários de prática, devido ao aumento do número de cursos e estudantes, por maior quantidade de tempo na Rede. Após as deliberações da reunião, o PADA passou a ser chamado de Rede Docente-Assistencial (RDA), buscando conceitos da atenção em rede entre as diferentes profissões e considerando todas as Unidades de Saúde como potenciais cenários de ensino (PMF, 2008).

Em 2007, os cursos de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Educação Física da UFSC foram contemplados com o Pró Saúde II. Os projetos do Pró-Med e do Pró-Saúde I e II foram construídos coletivamente entre os cursos da saúde da UFSC, buscando unificar os cenários de prática intercurso e incentivando a multiprofissionalidade na formação.

Em 2003, a Rede Municipal de Saúde tinha 280 estagiários na atenção básica. Esse número passou para 1.104, em 2008, incluindo estudantes de cursos de graduação, residência e especialização em Saúde da Família, distribuídos em aproximadamente 33 unidades de saúde. A Rede conta com 105 supervisores de estágio dos cursos de graduação, tutores e preceptores do curso de especialização e da residência (PMF, 2008).

A UFSC também é parceira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis no programa PET-Saúde. Teve projeto aprovado e executado no ano letivo 2008/2009 e no momento encontra-se em fase de submissão do projeto para o ano letivo 2009/2010, aos Ministérios da Saúde e da Educação. Com esse programa, diversas

pesquisas têm sido desenvolvidas no âmbito da atenção básica, procurando calcar o tripé ensino, pesquisa e extensão na função social da formação.

Historicamente a UFSC procurou a inserção multiprofissional na saúde, enfatizando o trabalho entrelaçado ao ensino nas diferentes profissões. Acompanhando o processo nacional de reorientação na formação, os cursos da área da saúde da UFSC vivem um importante processo de reflexão de suas práticas, amparados por políticas e recursos governamentais; e principalmente pela necessidade de formar profissionais comprometidos com as necessidades da população. Espera-se com a nova estrutura curricular alinhar as mudanças do sistema de saúde à formação, fundamentando a atenção universal à saúde nos princípios da equidade, qualidade e integralidade.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

O presente estudo foi realizado seguindo a metodologia qualitativa e caracterizou-se como estudo de caso.

Minayo *et al.* (1993) orientam que a abordagem qualitativa responde a questões incluídas em uma gama de significados, em espaço profundo de relações, que não podem ser quantificadas e tem natureza particular. O estudo qualitativo busca compreender a realidade em conceitos, temperamentos e percepções das pessoas. Está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo social e como compreendem esse mundo. A abordagem qualitativa pode se traduzir na melhor forma de esclarecer a realidade problematizadora (POPE; MAYS, 2005).

Bogdan e Biklen (1994) destacam que a investigação qualitativa possui cinco características principais:

- A fonte direta de dados é o ambiente natural e o investigador o instrumento principal de coleta, que freqüenta os locais de produção desses dados, pois sabe da importância do contexto na sua produção.
- Os dados são colhidos em forma de palavras ou imagens (característica descritiva), e analisados do ponto de vista de que têm potencial e riqueza de informações, que podem ser esclarecedoras ao objeto de estudo.
- Os pesquisadores qualitativos interessam-se mais no processo, do que no produto.
- A análise dos dados normalmente é feita de maneira indutiva. À medida que os dados são agrupados, o construto do objeto é realizado.

- Os significados que os participantes atribuem às suas vidas, e aos aspectos analisados, são de vital importância para o investigador qualitativo.

Segundo Flick (2004, p.28) “A pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”.

Os métodos qualitativos têm sido aplicados de forma adequada para responder temas complexos, com os quais pesquisadores em saúde se confrontam, como a avaliação de reformas e mudanças organizacionais para oferta dos serviços de saúde, sob o ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e administradores (POPE; MAYS, 2005).

A abordagem qualitativa aplicada ao estudo de caso é uma forma distinta de investigação. O estudo de caso surge do desejo de investigar um fenômeno social, contemporâneo e complexo, dentro de seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos. É utilizado quando as condições contextuais são altamente pertinentes ao fenômeno do estudo, apresenta questões de pesquisa do tipo “como”, “por que”; não exige controle sobre eventos comportamentais; enfrenta uma situação tecnicamente única; possui a capacidade de lidar com ampla variedade de fontes de evidência (documentos, entrevistas, observações, etc.), com os dados precisando convergir em forma de triângulo a um mesmo conjunto de descobertas; e o desenvolvimento teórico conduz a coleta e análise dos dados (YIN, 2005).

Para o plano do estudo, é sugerido um foco de investigação, que preferencialmente emerge na realidade estudada. Neste caso, o foco encontra-se em uma atividade, realizada por um grupo de pessoas, dentro de uma organização, composto por indivíduos que interagem

entre si, e partilham expectativas em relação ao comportamento uns dos outros (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Para o estudo da realidade do programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis direcionou-se a opção pela utilização da metodologia qualitativa aplicada ao estudo de caso: por suas características singulares, impossibilidade de análise do fenômeno fora do contexto social e pela proximidade da pesquisadora com o fenômeno analisado.

Tal abordagem comporta utilizar diferentes fontes para coleta dos dados. Portanto, foram realizadas entrevistas individuais e em grupo, notas de campo e análise documental.

A utilização de múltiplas fontes de evidência é chamada triangulação de dados, altamente recomendada à estratégia de estudo de caso. Permite ao pesquisador o contato com ampla diversidade histórica, comportamental e de atitudes, para o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, baseadas em fontes distintas de informação, configurando o estilo corroborativo de coleta (YIN, 2005).

O uso concomitante de várias fontes de informação visando à validação e verificação da pesquisa colabora com a validade do construto e a confiabilidade dos dados, uma vez que as diversas fontes de evidência fornecem observações acerca do mesmo fenômeno. A utilização dessa estratégia pelo pesquisador exige prudência e perícia na condução da pesquisa e no tratamento dos dados coletados, para que não se dilua a convergência das linhas de investigação (MINAYO, 2000; YIN, 2005).

Cabe destacar que a pesquisadora principal, Ana Luiza de Souza, graduou-se em Odontologia em outra Instituição de Ensino Superior do Estado de Santa Catarina, e para o presente estudo necessitou de aproximação da realidade vivenciada pelos participantes em atividades de integração ensino-serviço na UFSC. Tal aproximação foi realizada

através da vinculação pelo curso de Mestrado, cotidiano de atividades na UFSC e aproximação com os participantes entrevistados.

4.2 LOCAL

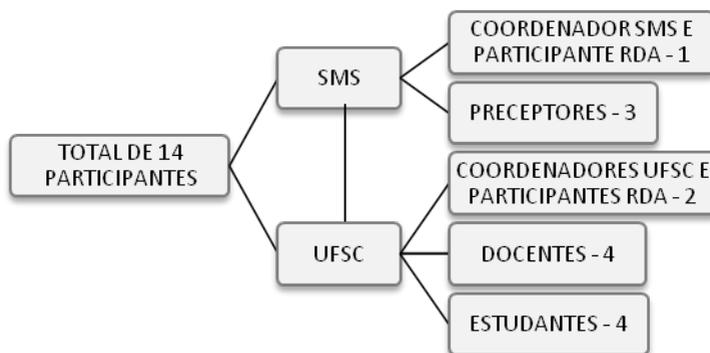
A pesquisa foi desenvolvida no município de Florianópolis, especialmente em dois locais: Secretaria Municipal de Saúde e UFSC.

Os participantes da Rede Docente-Assistencial estão incluídos em 33 Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis (Anexo A). Foram incluídas as dez unidades que no período de realização do presente estudo acolhiam o programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC: Agronômica, Cachoeira do Bom Jesus, Coloninha, Córrego Grande, João Paulo, Pantanal, Rio Vermelho, Saco Grande, Trindade e Vila Aparecida.

4.3 PARTICIPANTES

A seleção dos participantes foi intencional, seguiu a lógica dos objetivos do estudo e o envolvimento dos participantes com o objeto de investigação. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde envolveu gestores e cirurgiões-dentistas (preceptores dos estudantes, nas Unidades Básicas de Saúde). No âmbito da UFSC envolveu gestores, docentes e estudantes do Curso de Graduação em Odontologia. Como a UFSC e a SMS Florianópolis possuem um convênio através da Rede Docente-Assistencial, envolveu os gestores da RDA que ocupam simultaneamente a função de coordenadores nas instituições (Figura 1).

Figura 1 – Esquema ilustrativo do número de participantes do estudo



Foram realizadas entrevistas individuais ou em grupo para todos os participantes, exceto para os gestores, que participaram exclusivamente de entrevistas individuais.

De acordo com Minayo (2006, p.102): “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. O pesquisador precisa privilegiar os sujeitos sociais que detêm o conhecimento de atributos que quer conhecer, o número de sujeitos deve ser suficiente para permitir reincidência de informações e abranger opiniões diferentes sobre as experiências vivenciadas.

A seleção não-probabilística (intencional) de participantes foi realizada de acordo com o objeto e os objetivos do estudo, decorrendo sobre a preocupação de conter e espelhar as características do contexto social no qual os indivíduos interagem (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O fechamento do número final de entrevistados foi determinado pela pesquisadora, através da coleta e análise dos dados, pelo procedimento de saturação teórica, baseado nos critérios de resposta aos objetivos do estudo, recorte do objeto do estudo e referencial teórico utilizado.

Os discursos dos entrevistados apresentam elementos comuns entre si, com algumas diferenças individuais. O momento da saturação teórica dos dados é quando poucos dados substancialmente novos aparecem nas falas e os que aparecem pouco acrescentam ao adensamento do construto teórico. Trata-se de um balanço realizado pelo pesquisador, em relação ao conjunto de informações coletadas, à reflexão dessas informações na relação indivíduo-grupo, em relação às categorias identificadas na análise e aos objetivos do estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com o objetivo de preparar a pesquisadora e o instrumento de pesquisa para entrada em campo, avaliar a especificidade do instrumento de pesquisa, a clareza e sensibilidade das questões e a familiarização com as tecnologias utilizadas. Foram realizadas duas entrevistas e após a realização das mesmas, feitos os ajustes necessários.

Na fase de estudo piloto é importante ainda que se observem questões como: a objetividade do entrevistador, a presença de resposta às questões fundamentais, capacidade do entrevistador de captar questões indiretas abordadas pelos entrevistados, e adequabilidade do tempo da entrevista para responder às questões de pesquisa (POPE; MAYS, 2005).

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados envolveu três fontes de evidência: análise documental, notas de campo, entrevistas individuais e em grupo (Quadro 3).

Quadro 3 – Esquema representativo da coleta dos dados para o estudo de caso

TÉCNICA DE COLETA	FONTE DOS DADOS
Entrevistas individuais e em grupo	Gestores, docentes, preceptores e estudantes.
Análise Documental	Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, Projeto Pró-Saúde Odontologia/UFSC, Regimento da RDA, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia e Planos de Ensino de Disciplinas do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.
Notas de Campo	Anotações pertinentes ao estudo realizadas pela pesquisadora no percurso da coleta dos dados.

A análise documental foi composta pela interpretação e organização de documentos de interesse para a caracterização do programa de integração ensino-serviço da UFSC/SMS Florianópolis, construção do referencial teórico e discussão dos resultados. O conjunto de documentos foi composto por livros, artigos e outros escritos: Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, Projeto Pró-Saúde Odontologia/UFSC, Regimento da RDA, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia e planos de ensino de disciplinas do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

Documentos são úteis na compreensão da estrutura formal de programas, contribuem para corroborar/validar informações oriundas de outras fontes, auxiliam na grafia de nomes de organizações que foram mencionados nas entrevistas, são estáveis, podendo ser revisados repetidas vezes pelo pesquisador. Entretanto, deve-se tomar cuidado com as condições de produção das evidências documentais, pois todos os documentos foram escritos com objetivos específicos, destinado a um público específico, e nem sempre retratam a verdade absoluta (BOGDAN; BIKLEN, 1994; YIN, 2005).

A pesquisadora registrou notas de campo, anotou informações julgadas pertinentes ao estudo, em especial ao processo de análise dos

dados. Tais registros foram realizados na ausência dos entrevistados. Foram escritas idéias, estratégias, reflexões e impressões das experiências vivenciadas no percurso da coleta dos dados. Nas entrevistas foi relatado o contexto de sua produção, impressões e comentários. Esse processo permitiu o acompanhamento do desenvolvimento da investigação, e a observação da maneira como os dados recolhidos podem afetar o pesquisador ou até mesmo o plano de investigação (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Como terceira fonte de evidência foram realizadas entrevistas individuais e em grupo. Os gestores participaram de entrevistas individuais. Os docentes e os estudantes participaram tanto de entrevistas individuais quanto em grupo. Os preceptores participaram de entrevista em grupo.

O roteiro das entrevistas individuais e em grupo foi composto de questões norteadoras, evitando o uso de perguntas extensas e duplas (Apêndice A). A base estruturadora contida nas questões conduziu a área explorada, no entanto, a partir da abordagem dos entrevistados, o entrevistador teve a possibilidade de prosseguir com uma idéia ou resposta em maiores detalhes, priorizando a interatividade da entrevista (POPE; MAYS, 2005).

A entrevista refere-se diretamente aos dados obtidos através da contribuição do entrevistado, seus valores e atitudes. A escolha da entrevista, individual e em grupo, como método de coleta dos dados, permite a interação social entre o entrevistador e o entrevistado, pois seu curso pode ser influenciado pelo tipo de informação que aparece, sendo uma solução para o estudo de temas complexos e com significados subjetivos demais para serem estudados por instrumentos fechados, em formato padronizado. A entrevista abriga um jogo de emoções e sentimentos que a interação humana face a face proporciona ao entrevistador e ao entrevistado, enriquecendo os dados obtidos (MINAYO, 2006; SZYMANSKI; ALMEIDA; BRANDINI, 2004).

Zago (2003) pondera que para utilização correta da entrevista é fundamental respeitar seus princípios éticos, e de objetividade, bem como realizar uma aproximação com a realidade social na tentativa de captar o problema no maior número de dimensões possível. Como os demais métodos de coleta de dados, a entrevista possui limitações que devem ser controladas, através da aplicação de metodologia adequada ao problema e estruturação correta da análise.

4.6 LOGÍSTICA

As entrevistas individuais e em grupo foram realizadas pela pesquisadora principal, Ana Luiza de Souza, com local e horário previamente discutido com os participantes, após terem aceitado o convite de participar da pesquisa e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram conduzidas em ambiente privativo e tranquilo, escolhido pela conveniência que ofereciam aos entrevistados. Os dados foram registrados com o auxílio de um gravador de voz digital.

A coleta de dados iniciou no mês de abril de 2009, com a realização das entrevistas individuais com os gestores (da RDA, SMS, e UFSC) para que os aspectos organizacionais do Programa de Integração Ensino-Serviço fossem compreendidos.

Em seguida, foi realizada a entrevista em grupo com os preceptores. Para formar o grupo, a pesquisadora entrou em contato com a gestão de Saúde Bucal da SMS de Florianópolis para identificar os preceptores que estavam recebendo estudantes do Curso de Graduação em Odontologia no momento da coleta dos dados.

Já o grupo de docentes reuniu responsáveis por disciplinas que desenvolvem atividades junto à comunidade, pertencentes ao eixo interdisciplinar do currículo do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. As disciplinas ministradas no eixo multidisciplinar não foram

incluídas, uma vez que não desenvolvem tais atividades. Foi realizada uma entrevista em grupo e duas entrevistas individuais.

A seleção dos estudantes para as entrevistas em grupo foi através de sorteio. Após o sorteio, os estudantes foram contatados e convidados a participar do estudo. Nos casos de impossibilidade de participação (por questões diversas), um novo estudante foi identificado na lista do sorteio, até que um número suficiente de estudantes do novo currículo participasse. Foi realizada uma entrevista em grupo e uma entrevista individual com os estudantes.

A opção por entrevistas individuais, tanto do grupo de docentes, quanto do grupo de estudantes foi dos entrevistados, por questões de dificuldade em conciliar data e horário com os demais participantes.

A coleta de dados foi finalizada no mês de outubro de 2009. As entrevistas individuais e em grupo tiveram uma duração média de quarenta minutos e a pesquisa totalizou catorze participantes nas entrevistas.

Em todas as entrevistas em grupo priorizou-se buscar a homogeneidade do grupo, a fim de valorizar as experiências compartilhadas entre as pessoas, onde colegas têm a oportunidade de relacionar os comentários entre si, com incidentes em suas vidas diárias compartilhadas. As entrevistas em grupo valorizam a comunicação e a interação entre os participantes. É um método eficaz para exploração das atitudes, necessidades e percepção de valores culturais, facilita a expressão de críticas e a exploração de soluções, portanto, se traduz em uma boa alternativa para pesquisas que buscam o aperfeiçoamento de serviços (POPE; MAYS, 2005).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo teve sua aprovação junto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPESH), da UFSC, em 15 de Dezembro de 2008, sob o processo nº 367/08, FR-231728 (Anexos B e C).

Realizou-se contato prévio com as duas instituições nas quais o estudo foi desenvolvido. A Universidade Federal de Santa Catarina forneceu autorização através da Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia (Anexo D) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis foi contatada através da Secretaria de Saúde, Departamento de Assessoria ao Desenvolvimento Institucional (Anexo E).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C), por meio do qual receberam informações e esclarecimentos sobre o estudo, e por livre e espontânea vontade concordaram em participar. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi requisito básico para inclusão do participante na pesquisa. Este estudo foi realizado em observância a norma 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Para garantir o anonimato dos participantes no estudo, durante a transcrição das entrevistas e todo o manuseio das informações (análise e discussão dos dados) foram atribuídos códigos aos seus nomes.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas individuais e em grupo foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e a transcrição de cada entrevista foi enviada ao(s) entrevistado(s) para que a revisassem. Em seguida as informações foram analisadas à luz do referencial teórico, seguindo os pressupostos do método de Análise do Conteúdo, modalidade Análise Temática (BARDÍN, 1979; MINAYO, 2006).

A análise seqüencial dos dados qualitativos exige do pesquisador a apropriação do sentido dos dados e se inicia na fase de coleta, através da leitura e releitura do material coletado com o intuito de desvendar o sentido da mensagem (POPE; MAYS, 2005). A Análise Temática está ligada a identificação de temas, que são unidades de

significação do texto analisado; e a interpretação desses temas juntamente ao referencial teórico que acompanha a análise. Realizar esse tipo de análise implica em identificar os núcleos de sentido que compõem o texto, atribuindo-lhes significação para o objeto analisado. Portanto, a presença de determinados temas pode indicar qualidades de valores e comportamentos, presentes no discurso (BARDÍN, 1979; MINAYO, 2006).

A Análise Temática perpassou por três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Durante a pré-análise foi realizada leitura flutuante do material para ultrapassagem da fase inicial de caos, e estabelecimento das unidades de registro (categorização inicial).

A fase de exploração procurou atingir o núcleo de compreensão do texto. Inicialmente, foram identificadas as unidades de registro estabelecidas na pré-análise. Com base nas entrevistas, nos objetivos do estudo, e no referencial teórico, as informações foram classificadas e, caso necessário, novas categorias eram criadas. A categorização comandou a especificação dos eixos temáticos, através dos quais foi estruturada a discussão.

O tratamento dos resultados foi realizado através da leitura transversal das informações da análise e articulação com o material teórico (BARDÍN, 1979; MINAYO, 2006).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização do processo de análise foi realizada com base nos objetivos da pesquisa, respaldada pelo referencial teórico, em direção ao foco de interesse: o programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

A categorização das informações possibilitou a identificação de dois eixos temáticos, nos quais as categorias encontram-se incluídas: um eixo ativador e um eixo em construção do programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia.

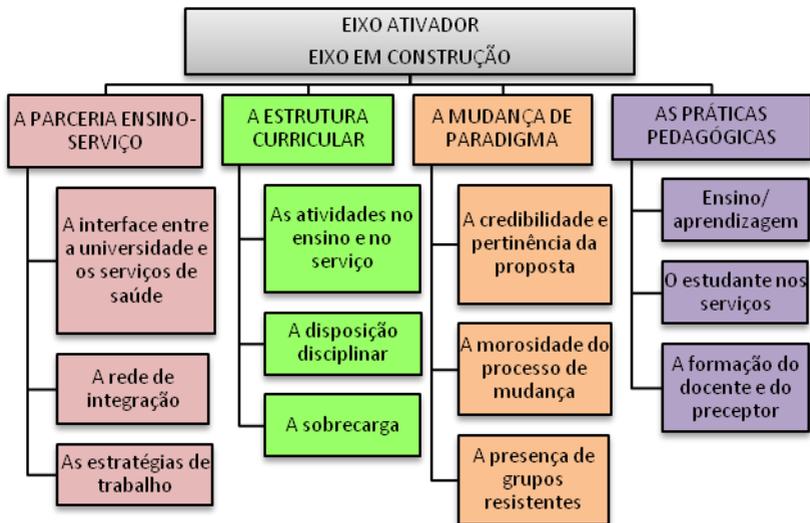
O eixo temático ativador do processo é aquele onde estão os aspectos mais desenvolvidos do programa, consolidados e em direção à imagem-objetivo, isto é em direção à mudança. Por outro lado, o eixo em construção representa a face em desenvolvimento, onde se encontram as dificuldades.

Durante a análise dos dados, os eixos temáticos orientaram a identificação e classificação dos aspectos observados no programa, gerando as seguintes categorias emergentes dos dados coletados:

- A Parceria Ensino-Serviço
- A Estrutura Curricular
- A Mudança de Paradigma
- As Práticas Pedagógicas

Cada categoria foi descrita baseada nas entrevistas, análise documental e notas de campo. Aliadas ao referencial teórico, as fontes dos dados geraram o seguinte quadro.

Figura 2 – Esquema ilustrativo dos eixos temáticos e categorias



A seguir está a descrição e discussão de cada categoria, destacando-se algumas falas dos participantes extraídas das entrevistas individuais e em grupo.

5.1 A PARCERIA ENSINO-SERVIÇO

O processo de estabelecimento da parceria entre a UFSC e os serviços de saúde obteve maior representatividade à medida que as questões curriculares se direcionaram nesse sentido, motivadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002, UFSC, 2006). O convênio atualmente estabelecido consiste em uma rede de integração, chamada Rede de Integração Docente-Assistencial, dotada de regimento próprio e membros diretores de ambas as partes, que proporcionou aos profissionais o estabelecimento de relações de trabalho que antes não eram possíveis.

Todos os cursos da área da saúde da UFSC participam da RDA e realizam reuniões periódicas para discutir questões acerca do processo

de integração. Previamente às reuniões, os gestores de cada instituição fazem reuniões internas, e apresentam as questões de interesse mútuo para discussão e tomada de decisões pactuadas. São exemplos de tais decisões a escolha dos locais de atuação dos estudantes, construção dos projetos do Pró-Saúde e PET-Saúde, aplicação de recursos, etc.

Se você senta e negocia, os dois juntos, independente do que é melhor aqui ou ali, mas o que dá para fazer junto consegue fazer alguma coisa. Se não, cada um puxa para um lado. Enquanto cada um puxa para um lado, isso não sai. E é assim que eu tenho buscado encaminhar essas decisões. (Gestor B)

A Rede de Integração Docente Assistencial é um pilar importante das atividades combinadas entre ensino e serviço, pois se trata de uma proposta formalizada. Segue os desígnios da Lei 8.080/1990, Artigo 14: “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” com a finalidade de cooperação técnica, científica e para proposição de prioridades na formação e educação permanente (BRASIL, 1990a). Tais direcionamentos estão de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Superior e com as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002).

Os participantes demonstram preocupação em relação a outras atividades que estão centradas nas pessoas, em iniciativas individuais, sem formalização entre as instituições. É percebida a necessidade de concretizar essas propostas para que na ocasião de mudança de cargos, não se percam. Esse problema foi identificado em algumas escolas do país no Seminário Nacional de Avaliação do Pró-Saúde. Sugere-se reforço da parceria Universidade/SUS, através da tradução das decisões na capilaridade do projeto, isto é, na disseminação das atividades nos diversos planos do programa (macro à micro) em cursos e oficinas de formação (BRASIL, 2008).

No programa de IES do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, desenvolvido com o apoio do Pró-Saúde I, os articuladores principais do processo de integração são os gestores, que possuem um diálogo tranquilo, desenvolvem planos de atividades e têm inferência sobre as fases do processo, com a possibilidade de intervir quando necessário.

Existe a preocupação de que a Universidade traga retorno ao serviço com o desenvolvimento das atividades de ensino. A estrutura física está sendo ampliada e aprimorada, está prevista a formação dos preceptores, a realização de pesquisas no nível da atenção básica e a atuação dos estudantes em diferentes momentos, potencializando atividades de prevenção, educação e recuperação da saúde. Tais iniciativas fortalecem a co-responsabilização das instituições: a Universidade na prestação do cuidado e os serviços na formação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

As experiências de integração vivenciadas até o momento foram agradáveis aos participantes. Entre os avanços percebidos pelos atores está a formação inicial dos estudantes no currículo novo, que apresentam formação sólida em questões fundamentais, tornando-se aptos a atuar nas clínicas por complexidade e nas atividades em cenários de prática.

Feuerwerker e Sena (2002) ponderam as características essenciais de uma proposta de inovação curricular: a organização curricular em módulos integrados, baseados em problemas extraídos da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; prática nos serviços e interação com a comunidade desde o início do curso; e avaliação formativa e somativa permanente do processo. Essas características se fazem presentes no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, algumas mais desenvolvidas e outras em construção.

Apesar do reconhecimento de avanços em diversos segmentos da reestruturação, há algumas dificuldades no percurso. Em alguns

momentos, as decisões institucionais são unilaterais, o que traz desconforto àquela instituição que não participou.

Então se vai negociar direto com a Secretaria não vai dar certo, por quê? Pela cultura que a universidade tem de achar que ela é que tem que dar as regras, porque isso é assim que acontece. [...] Aí começam os conflitos, porque você quer parceria, mas quer ditar as regras. Então se você quer ditar as regras, não é parceria. [...] Essas coisas têm que ser bem articuladas, mas está se construindo, tem que se fortalecer mais. (Gestor B)

A Universidade participa do Programa PET-Saúde, com o envolvimento de preceptores, docentes e estudantes do Curso. O PET-Saúde é uma das ações intersetoriais que favorece a atuação pedagógica na atenção básica, sendo uma das estratégias potencializadoras do Pró-Saúde. Visa o desenvolvimento de pesquisas, práticas de atenção e formação dos estudantes e preceptores. A atuação no PET-Saúde é fomentada por bolsas para preceptoria, docentes e estudantes da graduação (BRASIL, 2009).

Alguns preceptores bolsistas do programa PET-Saúde recebem estudantes do currículo novo, enquanto outros não recebem bolsa para atuação na preceptoria. A disponibilização de bolsas é vista com preocupação por gestores e docentes. Parte de alguns docentes a cobrança pela atuação e engajamento dos preceptores bolsistas PET, o que traz prejuízos à relação docente/preceptor/estudante.

Eu vejo com preocupação essa disponibilização das bolsas PET porque como todo processo, um dia vai acabar. [...] Que parece que ficou assim precisa ter aquele recurso para o profissional atuar e não é verdade, porque faz parte do processo do SUS, das diretrizes, atuar junto à formação. (Docente A)

Porque ao mesmo tempo em que há profissionais que são bolsistas, há não-bolsistas. Então como trabalhar com essa questão de diferenciação? Uns recebem para fazer a mesma coisa e outros não recebem. Isso é um problema muito sério. (Gestor C)

O incentivo financeiro é um recurso utilizado pelo Ministério da Saúde para engajamento inicial dos profissionais, e como todo processo, chegará um momento em que as bolsas cessarão. Será quando o programa deve estar efetivamente enraizado para que a aliança ensino/serviço não seja lesada.

Enfatiza-se a importância da co-responsabilização pelo ensino, através da desconcentração de papéis e responsabilidades, e da formação pedagógica para atuação dos preceptores como educadores e participantes ativos do desenvolvimento curricular. Tais direcionamentos trariam a possibilidade de alocar os preceptores em situação semelhante aos docentes, o que poderia reduzir o truncamento da relação (BRASIL, 2008; SCHMIDT, 2008; SILVA, 2008).

5.2 A ESTRUTURA CURRICULAR

O programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia faz parte de um processo de construção de novas práticas curriculares, planos e conteúdos de ensino que têm sido consolidados à medida que o Curso avança em semestres. Estruturalmente trata-se de um currículo inovador, entretanto as práticas ainda configuram um modelo curricular híbrido, por combinar atividades tradicionais a inovadoras, como descrevem Alonso & Antoniazzi (2010).

O cerne do programa é a interação dos estudantes e docentes do ambiente acadêmico, com os profissionais e serviços de saúde. Essas atividades intencionam a integração teórico-prática, o trabalho

em equipe, a prestação de cuidado integral à saúde, visando potencializar a formação, a reorganização do modelo de atenção e o enfrentamento das necessidades em saúde da população (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; MORITA; HADDAD, 2008; SILVA, 2008).

Tais incursões estão previstas nos planos de ensino do Curso de Graduação em Odontologia a partir do terceiro semestre, entretanto antes disso os estudantes têm a oportunidade de ir a campo. A inserção precoce dos estudantes nos cenários de prática (até o segundo semestre do Curso) têm sido realizada em serviços de atenção básica, seguindo a tendência das demais escolas do país. Os demais níveis de assistência (secundário e terciário) serão contemplados em semestres mais avançados do Curso, contudo a avaliação do Ministério da Saúde prevê que, mesmo em fases iniciais é importante que os estudantes percebam a integração entre os níveis de assistência (BRASIL, 2008).

A diversificação dos cenários de prática é fundamental no desenvolvimento de habilidades que possibilitem aos futuros profissionais produzir níveis crescentes de saúde na população, equilibrando ações sociais e formação técnica. Assim, cria-se a oportunidade do enfrentamento de diferentes problemas, que se apresentam nas diferentes realidades, em todos os cenários possíveis onde ocorre a prática profissional. O serviço como espaço pedagógico não deve ser modificado em sua dinâmica para atender às necessidades do ensino, mas sim mostrar-se realmente como está estruturado, propiciando ao estudante contato com a realidade da maneira que ela se apresenta (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; MORITA; HADDAD, 2008).

No momento da coleta de dados desse estudo, dez Unidades de Saúde recebiam os estudantes da Odontologia. A definição dessas Unidades é bastante criteriosa, segue a pactuação entre os gestores do ensino e do serviço, combinando garantia de estabilidade das atividades do serviço com a presença do ensino e a disponibilidade dos

cirurgiões-dentistas em atuar com a preceptoria. Ainda considera a estrutura física e pessoal, necessidade social e interesse a formação. A combinação de critérios utilizada pela UFSC segue a mesma linha utilizada pelas demais escolas do país inseridas no Pró-Saúde e é adequada frente ao proposto pelo Ministério da Saúde e da Educação e às diretrizes do Pró-Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Os estudantes são divididos pelos docentes em grupos de quatro ou cinco, que se distribuem entre as Unidades de Saúde participantes do programa. Previamente às atividades de campo existe uma fase de planejamento, aliado à orientação teórica de algumas disciplinas.

Os preceptores vão até a Universidade, apresentam a Unidade onde trabalham, a área de abrangência, a comunidade e suas características. São momentos onde docentes, preceptores e estudantes contribuem na definição das diretrizes das atividades a serem realizadas e têm a oportunidade de manifestar sua opinião a respeito do projeto a ser executado.

E aí a gente está participando nesse processo junto, em alguns momentos nós até comentamos que agora estamos tendo que ajudá-los a decidir o que eles vão pesquisar. Claro que sempre tentamos pensar o que será útil para eles e que também possa dar um retorno para nós no Centro de Saúde, como muitos aqui tiveram, nos trabalhos, nas pesquisas. Isso foi algo bastante enriquecedor. (Preceptor B)

O planejamento é uma estrutura comunicativa, que contém: afirmações sob as quais são compreendidos os fatos e processos problemáticos; expressões que aceitam ou rejeitam essas afirmações; declarações sobre os âmbitos de ação da proposta de planejamento; diretivas designando atividades aos atores participantes do processo de planejamento; e compromissos de ação das propostas operacionais desenvolvidas no plano (MATUS, 1987 *apud* RIVERA, 1995).

Todo processo de planejamento requer a definição do ator que planeja (planejador), que deve ser aquele que está inserido na realidade social, possuir controle sobre os recursos necessários ou ter capacidade de mobilizá-los, possuir habilidade político-administrativa de elaborar e desenvolver o plano, envolvendo os atores participantes do processo de planejar, através de um raciocínio estratégico que vise à viabilidade do plano (BRASIL, 1990b; SILVA, 2001).

As atividades de planejamento são importantes, pois criam espaços coletivos de discussão, onde as propostas planejadas podem ser acompanhadas, avaliadas, reavaliadas, e tornam-se fatores motivadores para o comprometimento dos participantes (SCHMIDT, 2008).

Por outro lado, existem algumas disciplinas que não realizam planejamento e fazem o encaminhamento dos estudantes diretamente aos cenários de prática, sem que haja um diálogo prévio com os preceptores. A dinâmica das atividades fica prejudicada, pois às vezes são previstas tarefas impraticáveis no contexto do serviço.

Eu vejo que às vezes existe algum conflito, porque a Universidade quer que eles [*referindo-se aos estudantes*] façam determinada coisa, mas que na prática não condiz com a nossa realidade. Então acaba criando um certo conflito ou um desconforto, entre o serviço e a universidade. (Preceptor C)

Do primeiro ao quinto semestre uma única disciplina é responsável pelas atividades em cenários de prática do Curso. No primeiro semestre não são realizadas atividades de campo. No segundo semestre, os estudantes realizam atividade observacional no serviço, na qual devem encontrar respostas a um roteiro de perguntas previamente estabelecido. O roteiro alia o conteúdo teórico de histórico da Saúde Pública e da Odontologia, o SUS, promoção e educação em saúde e em saúde bucal à atividade no campo.

O terceiro semestre foca questões auto-referidas, relacionadas ao processo de adoecer, controle de riscos, prevenção, promoção da saúde, comportamento, hábitos, aspectos sócio-econômicos e de saúde bucal. Os estudantes entram em contato com a Epidemiologia e com a Bioestatística, e confeccionam um projeto de pesquisa em sala de aula, que é o instrumento de coleta de dados na comunidade. Após a coleta dos dados no campo, os estudantes retornam a sala de aula para tabulação e análise. Os resultados do estudo são apresentados em forma de seminário, e levados a comunidade e a Unidade de Saúde.

O quarto semestre abrange os conteúdos de planejamento, programação e avaliação em saúde e em saúde bucal. As atividades de campo são centradas em um roteiro de perguntas sobre tais conteúdos.

O quinto semestre do Curso oferta conteúdos relacionados à epidemiologia, como: epidemiologia dos principais agravos bucais, metodologia de levantamentos epidemiológicos, coleta e análise de dados epidemiológicos em saúde bucal. Para que tais conteúdos sejam contextualizados, os estudantes planejam um estudo epidemiológico, no qual realizam coleta de dados referentes à saúde bucal através de exames clínicos, como CPO-D e ceo-d.

Os dados são tabulados, analisados e apresentados a comunidade e a Unidade de Saúde. O banco de dados gerado com as atividades de campo é utilizado pelos estudantes e pelos cenários de prática para planejamento e programação, portanto procura-se variar os grupos populacionais em estudo (idosos, crianças, adolescentes, etc.).

Os estudantes têm tido uma inserção importante na comunidade e nos serviços, com o reconhecimento da estrutura do serviço e coleta de dados epidemiológicos, no entanto, anseiam pela possibilidade de ampliar sua atuação conforme o decorrer do Curso, utilizando as capacidades aprendidas em benefício da comunidade.

Podendo chegar lá e fazer alguma coisa, e ter esse resultado e poder mostrar para os outros, que tendo isso também consegue fazer um trabalho, a efetividade no caso do que a gente faz nos postos, nas casas, e tal, acho que vai ser bem maior. Então eu acho que o trabalho é importante, não tem que parar, mas pode se tornar bem melhor, pode ampliar. E não só no sentido que eu estou fazendo agora de ajudar os outros, não. Quando eu estiver na sexta fase quero fazer uma coisa maior ainda, tentar resolver os problemas. (Estudante D)

As atividades no início do Curso ficam centradas na atenção básica, que é um espaço privilegiado para a exploração do ambiente, da Unidade de Saúde, dos recursos e da comunidade. Nos semestres mais avançados, pretende-se que os estudantes executem atividades variadas, na atenção básica e em outros níveis de atenção, direcionadas a Odontologia, com participação em grupos de promoção e educação em saúde bucal, vivenciando os diferentes ambientes de produção da saúde, o que concorda com os direcionamentos afirmados por Morita e Haddad (2008).

No entanto, a formação dos estudantes pautada na integralidade deve associar o incremento dos estágios na atenção básica a outros campos de produção de saúde durante todo o curso. Diversas escolas têm direcionado as atividades da mesma maneira que a UFSC, o que se percebeu como uma atitude relevante, porém não eficaz na integração dos campos de conhecimento da profissão e multiprofissionais (BRASIL, 2008).

O caminho a ser percorrido em busca da integralidade da atenção é árduo, envolve solidariedade e humanidade. O acolhimento pode ser o princípio de orientação técnica para reorganização dos serviços, em busca do vínculo e da melhor qualidade de atendimento (FERREIRA *et al.*, 2006).

A partir do sexto semestre do Curso as atividades clínicas iniciam na Universidade, e os pacientes que serão atendidos são aqueles que já estão em tratamento pelos estudantes do currículo anterior, juntamente a pacientes oriundos de uma comunidade próxima à Universidade, que não possui Unidade de Saúde.

A intenção da Universidade é tornar-se o centro de referência para a comunidade, visando a adequação do ensino de acordo com a realidade social da população local, com o intuito de produzir um modelo de atenção que resulte melhores índices de saúde. Como responsável por um território do serviço, a Universidade proporcionará aos estudantes a oportunidade de trazer diretrizes do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde para o cuidado na instituição de ensino.

Percebe-se que do segundo ao quinto semestre do Curso, as atividades nos cenários de prática ficam concentradas na atenção básica, no reconhecimento do território de atuação e da comunidade. Os exercícios focam principalmente o diagnóstico da situação de saúde da população e não o enfrentamento de problemas pelos estudantes. Visto que os semestres mais avançados do Curso não foram avaliados, não se pode afirmar que essa conjuntura persista.

Nos períodos do Curso incluídos neste estudo, as atividades das disciplinas da Saúde Pública/Coletiva têm recebido atenção diferenciada pelos estudantes, que têm as enfrentado com mais seriedade, apresentando-se mais participativos e ativos.

Matos e Tomita (2004) realizaram entrevistas com estudantes, que ao falarem sobre as disciplinas de natureza social referiram a uma prática cidadã e ao serviço público como “porto seguro” para o profissional, frente aos desafios impostos pelo mercado de trabalho atualmente. As autoras concluíram que apesar da permanência da visão mercadológica, há concepção ampliada da Saúde Coletiva.

Ali eu sinto que há uma diferença de interesse pela disciplina, os alunos comparecem a aula, a participação deles na aula, comentários e tudo mais. O que para mim é diferente, é novo e eu estou atribuindo a esta mudança toda que já começou no currículo deles. (Docente B)

Os estudantes reconhecem que as disciplinas encontram-se articuladas e proporcionam melhor embasamento teórico e a oportunidade de conhecer o sistema público de saúde. Essa abordagem favorece a integração disciplinar pelos estudantes, que percebem a relação existente entre a formação social e técnica, estabelecendo a perspectiva multidisciplinar e integradora na formação, posicionando o conhecimento sobre o SUS como parte global da formação (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008). Nesse contexto, encaram as atividades diferentemente dos estudantes do currículo anterior e percebem essa diferença:

Todo mundo achava que era uma matéria informal, mas confundiam informalidade com negligência. Informal porque é aquela matéria que não é técnica, você consegue conversar com as pessoas e tal [...] e desde o começo eles colocaram na nossa cabeça que não é bem assim. (Estudante D)

As atividades em cenários de prática, aliadas ao conteúdo teórico do Curso geram alta carga de créditos que limitam a disponibilidade dos estudantes para projetos de extensão e pesquisa, que poderiam fortalecer a IES. Reconhece-se a fraqueza na flexibilidade oferecida pela estrutura curricular, que poderia promover mais autonomia dos estudantes na formação, contribuindo com a sustentabilidade das mudanças (BRASIL, 2008).

A sobrecarga também se faz presente no trabalho dos gestores, docentes e preceptores que consideram que tanto o ensino quanto o

serviço precisam se preparar com estrutura física e pessoal para que possam absorver completamente os benefícios trazidos com essas atividades. Muitas vezes, as atividades são vistas como mais uma demanda a ser absorvida, do que potencializadoras da atenção (MORITA; HADDAD, 2008).

Eu acho que pouco é absorvido na prática do serviço, essa integração ensino-serviço. Eu acho que ainda é mais um problema, mais uma demanda nova para o serviço absorver. Essa troca com a participação do ensino no seu cotidiano, do que propriamente se aproveitar, no bom sentido, dessa integração e ampliar, e realmente enraizar, entrosar ambos os lados, sabe? (Docente D)

O que preocupa é na medida em que vierem mais alunos [...], como conciliar com a carga horária de trabalho, que temos que cumprir. (Preceptor C)

Frente às dificuldades, buscou-se maior integração entre disciplinas, ou até mesmo eliminação de disciplinas consideradas dispensáveis. Algumas das sugestões de mudança foram manifestadas pela representação estudantil, que participa de reuniões do Colegiado, interage com a Coordenação do Curso e com o Departamento.

Mas eu acho que a passos mesmo que de formiga, nós vamos conseguir colocar esse currículo em dia. Eu sei porque estou na quinta fase e vi esse currículo muito diferente de quando eu entrei. A gente conseguiu mudar muita coisa. (Estudante D)

5.3 A MUDANÇA DE PARADIGMA

O cumprimento dessas novas atividades requer mudança substancial no ensino e no serviço, implica em mudança de paradigma

na formação, tanto do ponto de vista pedagógico como da relação com os princípios e diretrizes do cuidado em saúde. Há certeza de objetivos pelos envolvidos e isso contribui para a construção do caminho, entretanto os participantes compreendem que o processo é gradativo e moroso.

A morosidade das mudanças na formação acompanha o processo de reforma do setor saúde, induzidas pelo SUS e suportadas por movimentos sociais e recursos financeiros. Contudo, não se pode esperar que a mudança seja espontânea, visto ao enraizamento das práticas vigentes (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008).

Não dá para nós querermos que hoje esteja desse jeito e amanhã de outro. O currículo mudou então amanhã já vai ser diferente. Não! A coisa é gradativa. Temos que nos fortalecer com as pequenas mudanças que acontecem, que daí tu tá vendo que antes não era assim e agora já é. Então já melhorou. Então não está sendo em vão (Gestor B)

O contexto atual acredito que é assim, em alguns aspectos está engatinhando. Eu me sinto muito novo, recente nesse processo, engatinhando junto, aprendendo junto, querendo construir junto e acho que tem muita coisa que poderemos construir, conversar e discutir. (Preceptor B)

Percebe-se o conflito entre o novo e o velho, a busca por novas maneiras de praticar, formar e produzir conhecimento em saúde. A reforma traz questões ainda sem resposta, mas que direcionam a construção de sujeitos coletivos parte de uma massa crítica, e ao êxito das ações em Saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002).

A credibilidade e pertinência da proposta são percebidas pelos participantes do programa, que sentiam a necessidade da mudança antes de sua realização e se sentem motivados com o processo.

Eu acredito nisso, acredito nessa integração, na necessidade e no futuro disso, por isso que eu trabalho assim. Eu espero que as coisas sejam produtivas e que consigamos construir. (Gestor C)

Mas por muito tempo eu sonhei em ter estudantes que vissem o que acontece na realidade [...]. Normalmente ele não imagina aquilo ali, ele não sabe como se articula um serviço de saúde, como se trabalha em equipe, como se conhece a população, como se consegue fazer atenção básica para uma determinada região, ele não tem essa noção. Por mais que ele aprenda na universidade o que é o SUS, ele vai ver a realidade lá no serviço. (Preceptor A)

Uma das características desejáveis na formação no serviço é o desenvolvimento de capacidades para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, um desafio na reorientação da formação. Ferreira *et al.* (2006) destacam que a solidariedade deve estar presente entre os atuantes na equipe, para que compartilhem saberes e práticas.

O arranjo para tais direcionamentos pode ser feito através da alocação dos estudantes nos mesmos campos de estágio; desenvolvimento conjunto de atividades entre os Cursos; atividades de extensão e pesquisa; e interação em ambientes onde há Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Outro dispositivo seria a criação de disciplinas ou módulos integradores como promotores de atuação coletiva (BRASIL, 2008).

No entanto, no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC ainda não foi possível organizar as atividades intercursos devido à dificuldade em conciliar horários das disciplinas e dos docentes, e à capacidade física das Unidades de Saúde. Portanto, os estudantes da Odontologia encontram ocasionalmente os estudantes de outros cursos da saúde.

Além do trabalho multiprofissional, as atividades intercursos possibilitariam o aproveitamento de recursos, pois os momentos

comuns poderiam ocupar a mesma estrutura física e humana, tanto na Universidade quanto no Serviço. O movimento nesse sentido tem sido feito através da Rede de Integração, onde os coordenadores dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia discutem essa possibilidade.

Se tiver dentro duma Unidade só estudantes da Odontologia, é uma realidade, se você tiver uma equipe de saúde que envolve a Odonto, Medicina e quem sabe, futuramente, Fisioterapia, Nutrição, etc.; você possa fazer um trabalho conjunto das várias especialidades em prol de um objetivo comum, em benefício da instituição, do aluno e da comunidade. (Preceptor A)

Percebe-se o envolvimento dos diversos participantes da pesquisa com as atividades referentes ao processo de mudança, entretanto essa anuência não é unânime, ainda prevalece para alguns dúvida e incerteza em relação às novas atividades.

Toassi (2008) observou que a resistência frente à implantação de um currículo modular foi manifestada principalmente por docentes. Os estudantes se mostraram receptivos e avaliaram positivamente a mudança. No presente estudo, foi observado que os docentes apresentam resistência em relação à modificação de suas práticas de ensino (pedagógicas), ao passo que alguns estudantes não se sentem sensibilizados e inseridos na proposta, concordando com os achados de Schmidt (2008).

Vai influenciar para pessoas que não conhecem a profissão. Meu pai é dentista também, entende? Eu acho que ele já tem uma carreira, já tem a clínica e eu vou usufruir disso. Mas uma pessoa que não tem essa base vai... Hoje em dia o mercado está acirrado, muitos dentistas. Eu acredito que essas pessoas, por exemplo, muita gente da nossa sala, vai para o postinho, vão

fazer PSF, essas coisas... Porque o mercado está difícil, tem que ser muito bom para ganhar clientela, essas coisas. Eu acho que a tendência é essa, o pessoal tentar procurar emprego no PSF, se encaixar no SUS. (Estudante C)

Esse depoimento ainda reflete a idéia de que o serviço público é para o profissional de saúde emprego provisório, enquanto não se estabelece em emprego de remuneração maior. O que também chama atenção é o fato do estudante não se sentir parte do processo, por considerar desnecessária a formação nesse sentido.

A divisão de opiniões dos estudantes entre favoráveis e não-favoráveis fica clara nas entrevistas, pois aqueles que acreditam na mudança consideram a formação atual um diferencial de empregabilidade no futuro, e os desfavoráveis, não consideram que a reestruturação curricular pode contribuir de alguma maneira na sua formação.

Eu sempre achei esse currículo novo a melhor opção. E se eu tivesse entrado no currículo antigo e tivesse vendo o currículo novo acontecer, eu iria voltar, assim como um monte de gente já voltou, eu iria voltar. A despeito de me formar antes, entrar no mercado de trabalho. Eu tenho noção de que o meu currículo é muito melhor para o meu futuro. (Estudante D)

Outra diferença que vai ter vai ser principalmente essa visão de clínica particular, que a turma do meu irmão tem [*referindo-se a uma turma inserida no currículo antigo*]. Eu tenho contato com eles ali, eles têm uma visão mais particular assim. E a visão do pessoal da minha sala já é uma visão mais dividida, tem muita gente também que é contra, não gosta do que eles falam ali e tem gente que gosta, que acha que é o futuro da profissão. (Estudante C)

O grupo de docentes também se apresenta heterogêneo quanto à concordância com as mudanças curriculares. No início do Curso, as atividades fazem parte de um eixo multidisciplinar, pertencente a diferentes departamentos. Já no eixo interdisciplinar, as atividades concentram-se basicamente no Departamento de Odontologia onde está alocado um número expressivo de docentes especialistas, de formação tradicional.

Historicamente, o professor de Odontologia é o profissional bem-sucedido, com disponibilidade para o ensino. As necessidades provenientes da atividade docente no contexto educacional atual demandam além da formação técnica, a didático-pedagógica. A formação do professor é um desafio para as instituições de Ensino Superior e depende da motivação pessoal e principalmente institucional. Com a falta de motivação, os professores desenvolvem sua profissionalidade docente³ de forma empírica e intuitiva, baseados principalmente em experiências pessoais (BAZZO, 2007).

Percebe-se a necessidade de formação dos professores na dimensão didático-pedagógica e na dimensão da mudança curricular, para que sejam conhecedores das Diretrizes Curriculares Nacionais, da Lei 8.080, das diretrizes do Pró-Saúde e demais movimentos incentivadores. Sobretudo os docentes devem aceitar as mudanças, estar dispostos a atuar diferente, ensinar e aprender diferente (BAZZO, 2007; SCHMIDT, 2008; TOASSI, 2008).

5.4 AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

A interação dos participantes do programa de integração ensino-serviço propõe utilização de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, que estimulam a participação dos estudantes como

³ O conceito de profissionalidade diz respeito à constituição do professor, na dimensão pessoal e objetiva, como ator social, inserido em um processo complexo, o qual compreende suas competências, comportamentos, conhecimentos, atitudes e valores, necessários ao exercício profissional (AMBROSETTI; ALMEIDA, 2008).

protagonistas do aprendizado e posicionam os docentes e preceptores como orientadores (MOYSÉS, 2004). Essas atividades tornam os estudantes mais dispostos e receptivos, o que está de acordo com os achados de Toassi (2008) e de Santa-Rosa; Vargas e Ferreira (2007).

O currículo novo é uma grande mudança, inclusive no perfil de aluno. [...] Tem um monte de gente da minha sala que é assim, o negócio é assistir a aula, ir para casa, estudar e fazer prova. [...] Eu estou aqui justamente para procurar essa diferença de professores, oportunidades e tudo mais. (Estudante D)

Um dos grandes acréscimos trazidos com a formação aliada ao serviço é o contato com a realidade, conhecer os serviços públicos de saúde como realmente estão estruturados e sua dinâmica, visto que uma grande parcela dos egressos será inserida nesse contexto (MOYSÉS, 2004).

Alguns estudantes consideram as atividades nos cenários de prática a parte mais importante do Curso que aliadas à orientação teórica, oportunizam um olhar crítico ao Sistema, fundamentado na aprendizagem contextualizada, modificando o juízo preconcebido.

Eles ali fazem a crítica do sistema, as mazelas, as coisas que não funcionam, mas fundamentados na teoria, que é o que deveria ser. E eles querem discutir o porquê não funciona, como poderia potencializar, eles têm outra perspectiva que não é aquela perspectiva que a gente tinha. (Docente A)

Então eu acho que com essas atividades a pessoa vê um outro jeito do SUS. Então ela tem uma experiência ótima. Porque aí a gente saiu ótimo, vendo o SUS perfeito para trabalhar. Nós achávamos que o SUS era tudo largado... O que a gente viu foi uma coisa bem organizada e isso vai

nos ajudar bastante, não só pensando em atender no particular, como nos Postos de Saúde. (Estudante A)

A visão dos estudantes sobre os serviços públicos como de baixa qualidade e insuficientes, também é relatada por Santa-Rosa; Vargas e Ferreira (2007) que realizaram grupos focais e observaram a modificação dessa visão após as atividades de campo.

Esse juízo também existe em relação aos trabalhadores dos serviços públicos, manifestado por estudantes e docentes, gerando desconforto na relação ensino/serviço (preceptor/estudante/docente), e prejudicando a construção da parceria. Contudo, percebe-se que o conhecimento da realidade é fator fundamental na modificação de conceitos.

E acho que ainda existe o problema do preconceito, esse é muito forte. De que existe uma Odontologia de consultório e uma Odontologia de serviço público. [...] Ele pode não ser claro, mas tu percebes que existe essa visão de que no serviço público é algo, vamos dizer assim, de menor qualidade. Então que se nós trabalharmos com nossos alunos para eles irem para as Unidades, que eles vão sair profissionais, com menos qualidade, menos formados. É triste. (Gestor A)

Isso é algo que me magoa sim. Porque às vezes a Universidade pode ajudar como também... Mas depois das conversas que a gente tem, que a gente explica, mostra, e que eles passam a entender o que é a realidade, as dificuldades que encontramos, que a cada dia é um... E isso acaba sendo realmente "eu não sabia, é interessante conhecer isso". Isso acho que está sendo bacana para nós porque estamos nos defendendo, mostrando o quanto a gente trabalha, o nosso valor, o valor do nosso trabalho. (Preceptor B)

Um benefício importante proveniente das atividades de campo é o contato com a comunidade, que proporciona a oportunidade de percepção do indivíduo, inserido no meio social, possibilitando a formação humanizadora em saúde (MORETTI-PIRES, 2008). Uma habilidade que os estudantes manifestam desejo de desenvolver em sua vida profissional.

Não é só fazer uma coisinha, tem muito mais sabe? É muito mais amplo. Os problemas, como ela falou, a gente conhece não só o problema ali da boca do paciente, a gente vai conhecer o geral. [...] Que essa interação é boa porque faz a gente abrir os olhos para muitas coisas, sabe? (Estudante B)

Na comunidade, os estudantes realizam atividades de territorialização, reconhecimento da área de abrangência, visitas domiciliares e participam de reuniões, dinamizando o trabalho da equipe de saúde como um todo, instigando atitudes crítico-reflexivas dos profissionais.

Então existe uma riqueza bastante grande dessa presença dos alunos ali dentro da Unidade de Saúde e não só pela pesquisa, mas também as intercorrências trazem muitos benefícios para eles, e para a gente. Querendo ou não, dá uma reflexão tanto do profissional que está ali dentro tanto dos alunos, porque entra em choque de informações e de realidade. (Preceptor C)

Algumas dificuldades no processo fazem com que os preceptores sintam-se desestimulados com as atividades no ensino e isso reflete no seu aproveitamento e participação. O processo de coresponsabilização pelo ensino e pelo serviço deve ser fortalecido. No serviço facilitaria o envolvimento dos preceptores e buscaria o envolvimento dos Gestores das Unidades de Saúde, para compreensão

do processo. No ensino, a co-responsabilização pelo serviço pode potencializá-lo (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; MORITA; HADDAD, 2008).

Agora o que eu estou vendo de dificuldade é também a questão do serviço, dos dentistas da Rede se envolverem com a proposta acadêmica. [...] Eu acho que é exatamente por causa da experiência que eles tiveram no período acadêmico deles, no período de formação. (Gestor B)

O grupo de docentes também vivencia dificuldades em relação às atividades de campo, apresentando resistência em acompanhar os estudantes nos cenários de prática e no aceite a proposta de mudança.

É porque são pessoas que se formaram há muito tempo, que sempre atuaram em clínica privada, que a perspectiva deles é o consultório privado. [...] Alguns desqualificam todo o esforço tanto da coordenação quanto dos outros profissionais que estão, mas eu acho que é isso, a gente precisa estar tensionando. (Docente A)

Tais distanciamentos estão presentes no relatório do seminário nacional do Pró-Saúde, que sugere a formação técnica e pedagógica dos docentes (BRASIL, 2008). Portanto, tanto o grupo de preceptores quanto os docentes encontram-se fragilizados e necessitam de formação para atuar mais resolutivamente na nova lógica curricular.

Então eu não sei o que vai acontecer, é uma incógnita. Mas eu acho que teria que ter uma formação, teria que formar os professores também. (Docente C)

A participação dos docentes atuantes em núcleos de saberes especializados no contexto curricular atual é vista com preocupação

por colegas docentes e gestores, pois o envolvimento desses profissionais com a nova proposta é limitado. O envolvimento desses inicia a partir do sexto semestre do Curso, período que não foi avaliado por este estudo.

Mas como a Odontologia se especializou tanto, eu acho que as pessoas que se tornaram especialistas em determinadas áreas e que estão trabalhando a mais tempo na área, elas sim, elas têm muita dificuldade em entender que elas estariam capacitadas a trabalhar como generalistas. (Gestor A)

Eu particularmente tenho uma expectativa muito boa porque quero que forme esse pessoal para atuar diferente, mas eu entendo que, por exemplo, há alguns colegas que passaram a vida inteira atuando na clínica e agora vão dizer que vão à Unidade conhecer o sistema da Unidade. Nunca foram profissionais da Unidade. É um desafio, mas eu acredito na proposta. (Docente A)

A relação entre preceptores e docentes é percebida como a mais delicada entre os participantes do programa, e pode ser fortalecida através de atividades conjuntas que estimulem o conhecimento um do outro, a troca de saberes e o compartilhamento de responsabilidades.

O processo de ensino-aprendizagem deve ser permeado por integração horizontal e vertical entre as disciplinas do Curso, como previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e na estrutura curricular do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC (BRASIL, 2002; UFSC, 2006).

Quebra aquela coisa que era antes, não é mais assim, cada um dando do seu jeito, tem que ser a continuidade. Então agora todos estão de acordo com a continuidade. (Docente B)

Inicialmente, como consequência da dificuldade do trabalho conjunto houve desarticulação entre algumas disciplinas, o que gerou repetição de conteúdo para os estudantes e redefinição de alguns cenários de prática. Os estudantes manifestaram descontentamento consequente da reestruturação disciplinar realizada:

Eu estou tendo [...] a mesma matéria do semestre passado. Eles deram um texto semana passada que era muito igual ao do semestre passado e pediram para fazer uma resenha. Eu copiei a do semestre passado, é o mesmo assunto sabe? (Estudante B)

Muitas modificações ainda carecem ser feitas no Curso, algumas dificuldades persistem, mas percebe-se os atores ativos no caminho da mudança de práticas.

Tem sido muito positivo, mas ainda tem uma distância muito grande entre o desejável para alcançar e o que nós temos conseguido fazer. (Docente D)

Acho que é o começo, a gente está engatinhando e esperamos que se construa realmente uma realidade legal que seja proveitosa tanto para o ensino, quanto para o serviço também, que venha agregar muitos valores. (Docente C)

Observa-se que todas as categorias sinalizam aspectos ativadores e em construção do programa de integração ensino-serviço da UFSC. Para sintetizar e tornar mais clara a visualização dos resultados foi elaborado um esquema posicionando os dados em relação aos eixos temáticos e colorindo-os conforme a categoria a qual pertencem:

Quadro 4- Quadro-síntese dos resultados do estudo aliados aos eixos temáticos

EIXO ATIVADOR	EIXO EM CONSTRUÇÃO
Rede de Integração UFSC/SMS: trabalho intersetorial	Institucionalização da proposta
Bom relacionamento entre gestores: articulação do processo	Definição de papéis dos participantes
Novas práticas na dinâmica ensino/serviço	Sobrecarga de atividades
Formação dos estudantes	Alta carga horária curricular
Inserção nos cenários de prática: aliam necessidades do ensino e do serviço	Deficiência na variabilidade dos cenários de prática
Planejamento conjunto das atividades	Heterogeneidade da relação docente/preceptor
Receptividade dos participantes	Presença de grupos resistentes
Busca por equacionar falhas e dificuldades	Co-responsabilização do ensino e do serviço
Há certeza de objetivos: credibilidade e pertinência das ações	Formação de docentes e preceptores
Metodologias de ensino-aprendizagem	Atividades multiprofissionais intercursos

Legenda:

Cor de Rosa	A parceria ensino-serviço
Verde	A estrutura curricular
Laranja	A mudança de paradigma
Roxo	As práticas pedagógicas

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível compreender a integração ensino-serviço no âmbito do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina identificando, a partir de diferentes fontes de dados, aspectos que direcionam ou distanciam a operacionalização do atual modelo de formação. As características do programa destacam A Parceria Ensino-Serviço como Eixo Ativador, enquanto os demais aspectos observados dividem-se entre os Eixos Ativador e Em Construção.

Os atores participantes do programa de integração ensino-serviço o percebem como potencial estratégia colaboradora do processo de mudança de práticas na formação em saúde, apesar de haver um expressivo número de grupos resistentes.

Os fatores potencializadores do programa são aqueles que se encontram no Eixo Temático Ativador, já os fatores inibidores são os que estão presentes no Eixo Temático Em Construção.

A mudança de práticas na educação em Odontologia é resultado histórico da inconformidade da produção do cuidado com a formação. Os serviços de saúde de nada adiantam ser reformados se aqueles que neles atuam não estiverem habilitados a atuar de acordo com seus princípios e diretrizes, visando sua consolidação.

O Curso de Graduação em Odontologia da UFSC participa de diversas iniciativas de reflexão de práticas. Esse processo iniciou com a mudança curricular e reforma do projeto político-pedagógico do Curso, que atualmente vive um período de adaptação frente aos novos desafios propostos pela mudança (UFSC, 2006). O programa de integração ensino-serviço é um dos eixos que busca solidificar a proposta curricular através de ações diversas na interface do ensino com o serviço, as quais este estudo buscou compreender.

A formalização do programa através da Rede de Integração Docente-Assistencial (RDA) é uma potencialidade que colabora com o

diálogo entre as instituições, os gestores e os demais participantes do processo pedagógico, fortalecendo a relação interinstitucional. As atividades de integração têm tido uma articulação adequada entre as instituições. As dificuldades e falhas fazem parte do processo de mudança e têm sido corrigidas conforme o progresso do Curso em diferentes momentos, após exaustivas avaliações e discussões. Em contrapartida existem algumas atividades que são pactuadas entre os participantes, e para que haja garantia de sua continuidade há iminente necessidade de formalizá-las.

Os cenários de prática do programa de integração ensino-serviço do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC estão concentrados na atenção básica, e inserem os estudantes em Unidades de Saúde, distribuídas no município de Florianópolis. Tais direcionamentos têm trazido uma dinâmica curricular proveitosa quanto à mudança de práticas em ambas as instituições, entretanto demandam mais tempo e dedicação, trazendo sobrecarga aos participantes.

Os estudantes se queixam da alta carga horária do Curso e da falta de tempo para dedicarem-se a atividades extras, como projetos de extensão, pesquisa e estágios. A falta de flexibilidade curricular é uma preocupação, pois dificulta a mobilidade estudantil (ALONSO; ANTONIAZZI, 2010).

A sobrecarga dos espaços físicos do ensino e (principalmente) do serviço tem sido amenizada com o investimento de recursos (advindos sobretudo do Pró-Saúde) na ampliação, equipamento e melhoria dos ambientes utilizados pelos estudantes. Para os preceptores podem-se desenvolver estratégias de divulgação das atividades aliadas ao ensino, para que mais profissionais sejam sensibilizados a participar do processo e haja distribuição das atividades.

A sobrecarga dos docentes está sendo amenizada através da ampliação do quadro docente, por meio da contratação de professores substitutos. A pós-graduação poderia fornecer suporte adicional às

atividades, contudo em nenhum momento foi relatada sua participação.

Observou-se a necessidade de inclusão de maior variedade de cenários de prática nos períodos iniciais do Curso, pois é importante que os estudantes percebam desde o início a referência e contra-referência e estejam em contato com o atendimento pautado em princípios da integralidade. Há certo receio quanto a inclusão dos estudantes em ambientes especializados (como os Centros de Especialidades Odontológicas) ou hospitalares, pois estes ambientes traduzem a prática curativa altamente especializada. Contudo, a diversificação dos cenários pode ocorrer em outros ambientes de produção de saúde, como centros de imunização, captação de sangue, etc.

O direcionamento de atividades em ambientes não-exclusivos da Odontologia pode colaborar com as atividades multiprofissionais, que são pouco desenvolvidas no contexto atual do programa. A programação de disciplinas e momentos intercursos é vista como uma atividade distante, tendo em vista a ampla mobilização acadêmica e do serviço para realizá-las.

Também são necessárias atividades motivadoras de enfrentamento de problemas em saúde pelos estudantes. Atualmente, as atividades nos cenários de prática focam o diagnóstico, o reconhecimento da comunidade e suas características. Espera-se que com o decorrer do Curso desenvolvam-se atividades que motivem os estudantes ao enfrentamento de problemas e situações adversas em saúde, para o desenvolvimento de características de autonomia profissional.

Comparativamente ao currículo anterior, a formação dos estudantes se percebe diferenciada em relação às disciplinas de caráter social, ao contato com a comunidade e ao conhecimento do Sistema Único de Saúde. Direcionamentos adequados frente ao previsto pelo Ministério da Saúde e da Educação (BRASIL, 2009).

O Programa de IES do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e da SMS de Florianópolis atende às Diretrizes Curriculares Nacionais e busca corresponder aos demais preceitos atuais de formação profissional em saúde. Para isto, desenvolve novas abordagens no ensino-aprendizagem, como a utilização de metodologias que orientam a participação ativa dos estudantes e propõem uma avaliação somativa processual frente à proposta de ensino.

A receptividade dos participantes frente a proposta se mostrou heterogênea, alguns são muito favoráveis, no entanto existe a presença expressiva de grupos resistentes, especialmente observada entre os docentes. A dissolução desses posicionamentos poderia ser realizada através da divulgação do projeto e do contexto em que está envolvido (parte de um movimento nacional e mundial), para todos os participantes, incluindo a população. Dessa maneira facilitaria a conscientização da dimensão dos acontecimentos e da necessidade iminente da participação.

Além da formação dos conceitos da mudança, os docentes precisam ser capacitados para atuação fora da Universidade, para o acompanhamento das atividades dos estudantes nos cenários de prática. Assim como os preceptores precisam de formação didático-pedagógica para interação adequada com os estudantes.

De modo geral observou-se que todas as dificuldades apresentadas no programa de integração ensino-serviço do Curso de Odontologia da UFSC estão sendo enfrentadas pelos participantes. Apesar das resistências e fraquezas, o programa está se desenvolvendo e a perspectiva futura é animadora.

Para dissolução dos impasses encontrados percebe-se a necessidade de capilarizar o projeto através da divulgação, desenvolver ambientes de diálogo entre os participantes, para que compartilhem conquistas e dificuldades, e oferecer atividades de formação para todos os participantes, incluindo a comunidade.

7 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

As limitações do presente estudo residem no fato de não ter contemplado os gestores de Unidades de Saúde e a comunidade nas entrevistas, por questões de limitação do objeto e de logística. O olhar desses sujeitos é importante, uma vez que os gestores das Unidades são responsáveis pelos direcionamentos do trabalho do preceptor e pela dinâmica da Unidade. A comunidade por sua vez é o foco da mudança, baseia todas as estratégias utilizadas e é o espaço onde todos os resultados esperados com a mudança se apresentarão. Portanto, recomenda-se que estudos futuros contemplem esses sujeitos para compreender seu olhar.

Para acompanhamento e avaliação totalizadora do Curso, recomenda-se a realização de estudo semelhante quando as atividades curriculares inovadoras contemplarem todos os semestres. Ainda destaca-se a importância de acompanhar o destino dos egressos do Curso, para que se observe em que medida a atual formação tem colaborado em sua vida profissional.

REFERÊNCIAS

ABENO. **Associação Brasileira de Ensino Odontológico**. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br/>>. Acesso em 11 nov. 2009.

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.356-362, 2008.

ALONSO, M.S.; ANTONIAZZI, J.H. (Coord.) **Livro do Projeto Latino-Americano de Convergência em Educação Odontológica (PLACEO)**. São Paulo: Artes Médicas, 2010. 207p.

AMBROSETTI, N. B.; ALMEIDA, P. C. A. **A constituição da profissionalidade docente: tornar-se Professora da Educação Infantil**. GT: Formação de Professores, n.08. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos>>. Acesso em 02 nov. 2008.

ARAUJO, M.E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277 – 290.

BARDÍN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BAZZO, V. L. **Constituição da Profissionalidade Docente: desafios e possibilidades** [Tese]. UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2007. 265p.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. 336p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a

53/06 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007. 462p.

_____. 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**, Brasília, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/legis/default.shtm/pdf/LDB.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**. Segunda Cartilha: Planejamento Local. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. 13p.

_____. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de março de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 11p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 23p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 84p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101,

de 03 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**. Seção 01. p. 111, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório do II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 35p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação e o Trabalho na Saúde: A Política e suas Ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 7p.

CARVALHO, A.C.P. **Educação & Saúde em Odontologia – Ensino da Prática e Prática do Ensino**. São Paulo: Santos, 1995. 93p.

CNSB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família – Março/2009**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php>. Acesso em: 30 nov. 2009.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família – Os Números**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 18 nov. 2009.

DAVINI, C. Currículo Integrado. **Texto de Apoio Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde**. Brasília: OPAS, 1983. 10p.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de Trabalho em Saúde Bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [Periódico na Internet]. 2007. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva>>. Acesso em 24 out. 2008.

FEUERWERKER, L. *et al.* **Divulgação em Saúde para Debate** – O processo de construção e de trabalho para a Rede UNIDA. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_process.asp>. Acesso em 12 mai. 2008.

FEUERWERKER, L.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p. 37 – 50, fev. 2002.

FERREIRA, E. F. *et al.* Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de odontologia da UFMG. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B., MATTOS, R.A. (Org.). **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 85-91.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FNEPAS. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em 18 de nov. 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

HOLBROOK, W.P. *et al.* Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. **European Journal of Dental Education**, v.1, n.12, p. 161-166, 2008.

MARSIGLIA, R.M.G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.) **Ciências sociais e saúde bucal**. São Paulo: Unesp, 1998. p. 175 – 197.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.6, p. 1538 - 1544, nov-dez 2004.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A.G. Políticas de Saúde no Brasil. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. (Orgs.) **Saúde Bucal Coletiva – conhecer para atuar**. Natal, RN: EDUFRN, 2004. p. 249 – 259.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 24ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. 80 p.

MORETTI-PIRES, R.O. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo** [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008. 342 p.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais – Interface da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs). **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268 – 276.

MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO** – Associação Brasileira de Ensino Odontológico. v.4, n.1, p. 30 – 37, 2004.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. si, 2006. p. 141-147

NARVAI, P.C. Saúde: governo transgênico? **Revista da Adusp**, v.29, mai. 2003. p. 28 – 33.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NORONHA FILHO, G. *et al.* Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais. **Revista de Saúde Pública**, v.29, n.3, p. 215 - 220, jun. 1995.

OLSCHOLOWSKY, A.; SILVA, G.B. Integração Docente Assistencial: um estudo de caso. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p. 128 – 137, jun. 2000.

PAGLIOSA, F.L.; DA RÓS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.32, n.4, p. 492-499, out-dez. 2008.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 120p.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde**: em foco o distrito do Butantã [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 2007. 136 p.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Saúde. **Histórico da Rede Docente-Assistencial**. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em 18 mai. 2008.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.

RIVERA, F. J. U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**: Uma Crítica ao Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253p.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. e Cols. **Odontologia em Saúde Coletiva** – planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28 – 47.

SACRISTÁN, J.C. **O Currículo: Uma Reflexão Sobre a Prática**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2000. 352p.

_____; GÓMEZ, A.I.P. **Comprender e Transformar o Ensino**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 1998. 396p.

SANTA-ROSA, T.T.A.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 451 – 466, set./dez. 2007.

SANTANA, J.P.; CAMPOS, F.E.; SENA, R.R. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Texto de apoio para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em 13 abr. 2008.

SCHMIDT, S.M.S. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica** [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 181 p.

SGTES. **Secretaria de Gestão no Trabalho e na Educação na Saúde** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes>>. Acesso em 05 fev. 2010.

SHIMIZU, H.E. A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente-assistencial. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 51 – 57, dez. 1999.

SILVA, E.V.M. A Formação de Profissionais da Saúde em Sintonia com o SUS - currículo integrado e interdisciplinar. **Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS**. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. 28p.

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: Markus Brose (Org.) **Metodologia Participativa**. Uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p.161-176.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, p. 2727 – 2739, nov. 2007.

STRAUSS, R. *et al.* Reflective Learning in Community-Based Dental Education. **Journal of Dental Education**. v. 67, n. 11, p. 1234 – 1242, 2003.

SZYMANSKI, H. (Org.), ALMEIDA, L.R.; BRANDINI, R.C.A.R. **A entrevista na pesquisa em Educação**: a prática reflexiva. Brasília: Liber Livro, 2004. 86p.

TOASSI, R.F.C. **O Embate do Processo de Implantação de um Currículo Modular na Educação Superior**: O Curso de Odontologia da UNIPLAC, Lages-SC [Tese]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. 192 p.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Coordenadoria do Curso de Odontologia. **Projeto político-pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia**, 2006. Disponível em: <<http://www.odontologia.ufsc.br>>. Acesso em 13 abr. 2008.

YIN, R.K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. 212p.

YODER, K.M. A Framework for Service-Learning in Dental Education. **Journal of Dental Education**, v.70, n.2, p. 115 – 123, 2006.

ZAGO, N. A entrevista e seu processo de construção: Reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N; CARVALHO, M.P. e VILELA, R.A.T. (Orgs.) **Itinerários de pesquisas: perspectivas qualitativas em sociologia da educação**. Rio de Janeiro: DP & A, 2003. p. 287-309.

ANEXO B – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CEP SH



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 332

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 367/08 FR- 231728

TÍTULO: Integração Ensino-serviço no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

AUTOR: Daniela L. Carcereri e Ana L. de Souza.

DPTO.: Odontologia/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.

Coordenador do CEP SH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEPESH/UFSC



Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 367/08

I – Identificação:

Título do Projeto: “Integração Ensino-Serviço no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina”

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri

Pesquisador Principal: Ana Luiza de Souza

Data Coleta dados: Início: Fevereiro de 2009 Término previsto: Maio de 2009

Local onde a pesquisa será conduzida: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e uma Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC)..

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Caracterizar a integração Ensino-Serviço no âmbito do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina;

Objetivos Específicos: Conhecer a percepção dos atores acerca do programa de integração docente-assistencial;

Identificar a presença de fatores que potencializam a Integração Ensino-Serviço e favorecem as mudanças esperadas com a implementação do novo currículo.

Identificar fatores que inibem o desenvolvimento do programa.

Contribuir com o aprimoramento do programa de Integração Ensino-Serviço na UFSC e com o processo de reforma curricular em andamento.

III - Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado. O objetivo do programa é promover a integração teoria e prática e, sobretudo, o contato dos futuros profissionais com a realidade dos pacientes. Há um termo de consentimento livre e esclarecido bem elaborado. O estudo terá uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Enfim, os princípios bioéticos encontram-se atendidos.

IV – Parecer final:

Ante o exposto, sou pela aprovação do projeto em análise.

V – PARECER CEPESH:

APROVADO

*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 15 de dezembro de 2008.


Prof.º Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO UFSC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

<http://www.ccs.ufsc.br/posodonto> cpgo@ccs.ufsc.br**DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Integração Ensino-Serviço no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 20 de novembro de 2008.

ASSINATURA / CARIMBO DA RESPONSÁVEL**Inês Beatriz da Silva Rath****Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia****Universidade Federal de Santa Catarina**

Prof.^a Inês Beatriz da Silva Rath
Coordenadora do Curso de
Graduação em Odontologia - CCS/UFSC
Petrópolis nº 518/GT/2008

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Integração ensino-serviço no curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina” da pesquisadora Daniela Lemos Carcereri, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/ UFSC.

Florianópolis, 02/12/2008.


Marynes T. Reibnitz
Assessoria de Desenvolvimento
Institucional
Matrícula: 10672-0
P.M.F. - SMS
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E EM GRUPO

- 1) Comente as atividades que você desenvolve na construção do processo de integração entre a SMS/Florianópolis e a UFSC, considerando o novo currículo do Curso de Graduação em Odontologia.
- 2) Quais as implicações dessas atividades na sua formação/ no seu processo de trabalho?
- 3) Em sua opinião, como a rede de Integração Ensino-Serviço da Odontologia está integrada ao Sistema de Saúde do município?
- 4) Como você percebe a integração entre os participantes da rede (Gestores, Preceptores, Docentes da UFSC e Estudantes do Curso de Graduação em Odontologia)?
- 5) Como você avalia o contexto atual do programa de Integração Ensino-Serviço da Odontologia em Florianópolis?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA INDIVIDUAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Luiza de Souza, estou desenvolvendo a pesquisa “Integração Ensino-Serviço no Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina”, orientada pela Professora Dra. Daniela Lemos Carcereri. Através deste estudo buscarei compreender o processo de integração entre os participantes do programa de integração estabelecido entre a UFSC e a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis. Para que isso seja possível, você apresentará a sua opinião sobre o programa, através de uma entrevista. A entrevista será registrada, com o auxílio de um gravador. Este procedimento não prevê desconforto e riscos, apenas tomará parte de seu tempo. Através dos resultados obtidos, espero colaborar com a melhoria do seu convívio e das relações dentro do programa de Integração Ensino-Serviço. Caso você tenha alguma dúvida ou não queira mais participar do estudo e deseje retirar seu consentimento, entre em contato com: Ana Luiza de Souza, pelos telefones (48) 32090697 ou (48) 99870697. Se você concordar em participar, garanto o uso das informações somente para esse estudo e a preservação do seu anonimato.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ discuti com a pesquisadora Ana Luiza de Souza sobre a minha decisão de participar do estudo. Foram explicados para mim os objetivos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a garantia de anonimato e do esclarecimento permanente. A minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização as pesquisadoras responsáveis a utilizarem os dados obtidos nesse estudo, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando o meu anonimato.

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Assinatura: _____

R.G.: _____


ASSINATURA
Daniela Lemos Carcereri
(Pesquisadora Responsável/Orientadora)


ASSINATURA
Ana Luiza de Souza
(Pesquisadora Principal/Orientanda)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA EM GRUPO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Luiza de Souza, estou desenvolvendo a pesquisa “Integração Ensino-Serviço no Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina”, orientada pela Professora Dra. Daniela Lemos Carcereri. Através deste estudo buscarei compreender o processo de integração entre os participantes do programa de integração estabelecido entre a UFSC e a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis. Para que isso seja possível, você apresentará a sua opinião sobre o programa, através de uma entrevista em grupo, junto com seus colegas de estudo ou trabalho. A entrevista será registrada, com o auxílio de um gravador. Este procedimento não prevê desconforto e riscos, apenas tomará parte de seu tempo. Através dos resultados obtidos, espero colaborar com a melhoria do seu convívio e das relações dentro do programa de Integração Ensino-Serviço. Caso você tenha alguma dúvida ou não queira mais participar do estudo e deseje retirar seu consentimento, entre em contato com: Ana Luiza de Souza, pelos telefones (48) 32090697 ou (48) 99870697. Se você concordar em participar, garanto o uso das informações somente para esse estudo e a preservação do seu anonimato.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ discuti com a pesquisadora Ana Luiza de Souza sobre a minha decisão de participar do estudo. Foram explicados para mim os objetivos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a garantia de anonimato e do esclarecimento permanente. A minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização as pesquisadoras responsáveis a utilizarem os dados obtidos nesse estudo, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando o meu anonimato.

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Assinatura: _____

R.G.: _____


ASSINATURA
Daniela Lemos Carcereri
(Pesquisadora Responsável/Orientadora)


ASSINATURA
Ana Luiza de Souza
(Pesquisadora Principal/Orientanda)