

OTAVIO FERNANDO GENTA CORDIOLI

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A
PRÁTICA GENERALISTA DA ODONTOLOGIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

SÃO PAULO

2006

OTAVIO FERNANDO GENTA CORDIOLI

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A
PRÁTICA GENERALISTA DA ODONTOLOGIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

SÃO PAULO

2006

Cordioli, Otavio Fernando Genta

O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional. /Otavio Fernando Genta Cordioli. – São Paulo, 2006. xii, 117f.

Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: The dentist undergraduate process and general practice in Dentistry: an analysis from the professional experience.

1. Educação em odontologia. 2. Prática geral de Odontologia. 3. Formulação de políticas.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE -
CEDESS**

Diretor do CEDESS:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Programa de Pós-graduação:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

OTAVIO FERNANDO GENTA CORDIOLI

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA
E A PRÁTICA GENERALISTA DA ODONTOLOGIA:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antonio César Perri de Carvalho_____

Profa. Dra. Renata Penteado_____

Profa. Dra. Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert_____

Aprovada em: ____/____/____

*Aos meus pais, Mário e Dayse,
por terem me dado a vida e a oportunidade
de nela construir meu caminho*

*Aos meus irmãos, Mario, Luciana e Adriana,
Pelas lições de humildade, compreensão e amizade.*

*À minha companheira Michelle,
por seu amor, apoio, estímulo e paciência.*

Agradecimentos

Como é difícil encontrar a originalidade na escrita dos agradecimentos. Mas me permitirei parafrasear uma colega que em sua tese de doutorado deixa, mais ou menos assim, sua mensagem introdutória desses importantes votos de reconhecimento.

Esta tese é fruto de colaboração expressa em tempo, em recursos financeiros e informações, das quais alunos do curso de pós-graduação *lato-sensu* do Senac-SP são credores. Assim, a dívida não significa imputar-lhes a responsabilidade pelo uso das informações e das falas. O ônus dos possíveis equívocos das traduções, interpretações e reinterpretações dos respondentes aos questionários e entrevistados fica ao meu encargo. Sou profundamente grato a todos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, pela compreensão, paciência e dedicação ao longo desta jornada.

À Professora Dra. Sylvia Helena S. S. Batista, esposa do meu ilustre orientador, por sua sempre atenciosa e doce receptividade, quando os encontros para a construção deste trabalho incomodaram o sossego do vosso lar.

A todos os professores do CEDESS, por terem sido excelentes facilitadores do caminho de construção do conhecimento durante todo o curso.

Aos funcionários do CEDESS, que em silêncio propiciam nosso encontro com o saber.

Aos colegas do Mestrado, pelas trocas e conquistas durante os créditos e pelos maravilhosos e saudosos encontros gastronômicos.

Ao meu amigo Antônio Carlos Fortis, pelas longas conversas esclarecedoras sobre os alicerces da filosofia das ciências.

Aos meus amigos mergulhadores, por me proporcionarem o descanso da mente ao imergir na profundidade exuberante dos oceanos.

Aos meus familiares, pelas palavras de estímulo e acolhimento, quando a saudade aperta o coração.

A minha amiga Ana Lúcia Zanovelo, que me levou a conhecer o CEDESS e me incentivou a prestar o exame para ingresso no Mestrado.

Ao colega poliglota Paulo Sérgio Rezende, pela pronta ajuda na tradução do resumo para a língua inglesa.

A minha amiga Ana Beatriz Castelo Branco Destruti, pela enorme contribuição na organização das referências deste trabalho e por seu eterno brilho positivo.

A minha amiga Fernanda Gorini, pelos solícitos atendimentos quando me faltavam informações para a tese.

Ao amigo e chefe Cláudio Luiz de Souza Silva, pela paciência digna de um grande líder e pela confiança.

E, finalmente, a Deus, a quem sempre recorri e recorrerei ao longo desta vida.

Educação é o que resta depois de ter esquecido tudo
que se aprendeu na escola.

Albert Einstein

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1 A Odontologia e sua prática.....	9
3.2 O Ensino da Odontologia na Graduação.....	22
4. METODOLOGIA	38
4.1 Amostra de Estudo.....	39
4.2 Instrumentos de Coleta de Dados.....	43
4.3 Análise dos Dados.....	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 Concepções de Formação para uma Prática Generalista da Odontologia..	49
5.2 A Graduação e a Formação para a Prática Generalista da Profissão.....	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
7. REFERÊNCIAS	95
8. ANEXOS	104
Anexo I – Questionário.....	105
Anexo II - Roteiro da Entrevista.....	108
Anexo III – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM.....	109
Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo V – Quadro Sinóptico - Núcleo Temático 1 – Concepções de Formação/Prática Generalista.....	112
Bibliografia Consultada	

Lista de figuras

Figura 1 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com o tempo de formado.....	40
Figura 2 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com a idade.....	41
Figura 3 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com a escola de origem.....	41
Figura 4 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com o local de trabalho.....	42
Figura 5 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com a titulação.....	42
Figura 6 –	Distribuição da amostra de estudo de acordo com a auto-percepção em relação ao exercício profissional.....	43
Figura 7 –	Preparo para a prática generalista.....	55
Figura 8 –	Articulação da teoria com a prática.....	57
Figura 9 –	Necessidade de maior domínio de conhecimentos teóricos.....	57
Figura 10 –	Necessidade de melhor desenvolvimento de habilidades práticas..	58
Figura 11 –	Entendimento das realidades social, cultural e econômica.....	60
Figura 12 –	Preparo para o trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde....	62
Figura 13 –	Preparo para a gestão de pessoas, de recursos físicos e de informação.....	65
Figura 14 –	Preparo para a tomada de decisões na prática da profissão.....	66
Figura 15 –	Preparo para o desenvolvimento da capacidade de comunicação..	68
Figura 16 –	Necessidade de treinamento para o relacionamento profissional com pacientes e familiares.....	69
Figura 17 –	Flexibilidade da proposta curricular.....	72
Figura 18 –	Preparo para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.....	74
Figura 19 –	Preparo para uma atuação multiprofissional.....	77
Figura 20 –	Indicações de mudanças em sendo coordenador de curso.....	78
Figura 21 –	Sugestões de mudanças.....	78
Figura 22 –	Preparo para o exercício ético da profissão.....	84
Figura 23 –	Preparo para a busca ativa de conhecimentos.....	85

Resumo

Este trabalho procurou investigar o processo de formação em Odontologia, a partir de egressos formados há até cinco anos e em movimento de busca por pós-graduação *lato sensu*, no exercício de uma prática generalista da profissão. Especificamente objetivou conhecer concepções de prática generalista, mapear dificuldades e facilidades enfrentadas no curso e levantar sugestões de mudança na graduação na perspectiva desta prática. Optou-se por uma pesquisa exploratória, com abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de questionário com assertivas relacionadas com a temática pesquisada e análise do grau de concordância e/ou discordância que foram quantificados, tabulados e dispostos em gráficos. Utilizou-se, também, de entrevistas semi-estruturadas cujo material foi submetido a uma Análise Temática. Os principais achados evidenciam aspectos essenciais que ainda dificultam a concretização do perfil de egresso preconizado pelas Diretrizes Curriculares, especialmente no tocante ao preparo para uma prática generalista da profissão. Salienta-se a falta de articulação da teoria com a prática, uma visão da Odontologia descontextualizada da realidade com conseqüente despreparo para atuação no mercado de trabalho, uma ênfase intra-profissional com pouca integração com as outras áreas da saúde, uma formação inadequada para o trabalho no contexto do SUS, um preparo inadequado para ações ligadas à administração e gerenciamento da própria prática e pouco preparo para o relacionamento com o paciente e com os outros profissionais da própria área. Este panorama aponta para a necessidade de mudanças destas falhas, incorporando também ampliação de cenários de aprendizagem com aprimoramento na proposta de ensino da clínica integrada, flexibilização curricular com maior integração de conteúdos/disciplinas e implantação de práticas interdisciplinares, uma proposta de melhor preparo do aluno para o estudo independente e para a pesquisa por meio do incentivo à iniciação científica e um investimento no corpo docente do curso. Pretende-se, com essa investigação, estabelecer novas interlocuções e ampliar novas possibilidades de pesquisas, assumindo o ensino-aprendizagem da Odontologia como uma área de produção de conhecimentos e de práticas.

Abstract

This dissertation comprises an investigative approach to the formation process in Dentistry, from the perspective of students that had graduated until five years ago and engaged in *lato sensu* post graduation courses, while experiencing a generalist practice of the profession. This research aims at knowing the conceptions of generalist practice, mapping the difficult and easy situations faced during the course and offering suggestions for changing the graduation courses, based on this practice perspective. An exploratory research was chosen for this work, considering quantitative and qualitative approaches. The data were collected through questionnaires related to the theme researched, and the analysis of concordance and discordance degrees were observed, quantified and shown in graphs. Semi structured interviews were also used and the results were investigated through a Thematic Analysis. The main findings show the essential aspects that are still the limitations for the development of the expected graduated profile, published by the Brazilian Curricular Policies, especially those related to a generalist practice of the profession. Among the elements observed in this investigation process, the most relevant were the lack of interaction between theory and practice, a vision of Dentistry out of the real context and a consequent lack of preparation for the market. Furthermore, the research also indicated the existence of an intra-professional emphasis with no integration with other areas of Health Care, an inadequate formation for the practice in the public systems (SUS), an inadequate preparation for managing the practice and self development and no preparation for social interaction with other professionals and patients. This landscape pointed to the necessity of changing these aspects, incorporating the improvement of learning scenarios with a focus on an integrated clinical teaching proposal and on a flexible curriculum with more contents and disciplines integration. Other actions should also be considered such as the implementation of interdisciplinary practices, a better preparation of undergraduate students in order to lead them to independent studies and research through motivating the scientific initiation, and finally more investments in the development of professors. This investigation suggests the establishment of new interlocutions and the enhancement of new research opportunities, considering Dentistry teaching and learning as an area that provides knowledge and practices production.

O homem deve criar as oportunidades e não somente encontrá-las.

Francis Bacon

1. INTRODUÇÃO

O profissional da área da saúde, de maneira geral, busca uma continuidade na educação visando manter-se atualizado e, assim, desenvolver seu trabalho em conformidade com a evolução científica e tecnológica, muito prevalente neste ramo de atividade.

A minha inserção na área educacional, na direção de uma clínica odontológica voltada para o ensino com foco em educação continuada, me levou a pensar sobre o processo de formação do acadêmico de odontologia e o exercício profissional.

Verifiquei empiricamente, ao longo dos oito anos de trabalho nesta área, que houve uma sensível mudança no perfil profissional dos alunos¹ que buscam os cursos de educação continuada. Inicialmente, havia uma preocupação deste profissional em se tornar um especialista em determinada área da Odontologia, restringindo sua atividade profissional àquela especialidade ou, pelo menos, que a maioria de seus atendimentos fosse concentrada nela.

Com o passar dos anos, os profissionais da saúde foram sofrendo pressões econômicas, vindas com a política de saúde modificada com a influência cada vez maior dos planos de saúde e, somada a isso, a redução do poder de consumo do cidadão brasileiro, devido ao aumento constante das taxas de juros e da estabilização ou sub-correção salarial, fazendo com que a saúde bucal fosse deixada em segundo plano.

Esta influência é evidenciada em um relato de entrevista do coordenador do curso de Odontologia de uma instituição de ensino do Estado de São Paulo, citado por Secco, Pereira (2004, p. 118) “São os convênios que estabelecem quanto vão pagar... se o cirurgião-dentista não estiver interessado, hoje existem milhares de profissionais querendo essa oportunidade de trabalho”.

Atualmente verifica-se uma nova busca destes profissionais por cursos de extensão universitária, com a finalidade de investir em programas que possam diversificar suas práticas por meio de cursos mais objetivos e de curta duração e que ofereçam embasamento teórico-prático para aplicação clínica em seus consultórios.

¹ Os alunos em questão são profissionais graduados em odontologia e buscam cursos de pós-graduação lato sensu como forma de educação continuada.

Deste público, verifiquei que um grande número de profissionais é formado há até cinco anos e que vem exercendo a prática generalista da Odontologia, fato que me provocou e me levou a querer pesquisar a relação entre o processo de formação e esta prática generalista da profissão.

Espera-se que o recém egresso da graduação esteja em condição de desenvolver uma prática generalista, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, no Parecer CNE/CES 1.300/2001. De acordo com estas diretrizes, o perfil do formando egresso/profissional deve ser o de um:

“Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (BRASIL, 2001, p.8).

Feuerwerkwer (2003, p.25) referindo-se às competências gerais propostas pelas diretrizes curriculares, aponta que *“... no campo da Atenção à Saúde, todos os profissionais de Saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo...”*. A autora ainda coloca que critérios epidemiológicos e a necessidade de saúde da população, devem orientar a seleção dos conteúdos a serem trabalhados na formação profissional.

Segundo Moysés (2003), alguns aspectos do ensino odontológico foram dominantes nas últimas décadas como, por exemplo, os aspectos demográficos e suas conseqüências epidemiológicas, que não têm sido considerados nos processos de ensino e aprendizagem.

O ensino não relaciona as condições de vida e o impacto das desigualdades sociais na saúde com o perfil epidemiológico, que é diferente entre as classes sociais de baixa e alta renda, priorizando subliminarmente esta última. O currículo não relaciona os seus conteúdos à realidade do estado de saúde, geral e bucal, da população.

Os desdobramentos das propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, para a área da saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino, incluem:

“promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.” E *“...garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional”* (Moysés, 2003, p. 90-1).

A avaliação da procura pela educação continuada nos anos subseqüentes à graduação nos induz a dois caminhos: o despertar natural desta necessidade profissional em manter-se atualizado, gerado pelo espírito investigativo adquirido durante a formação, dando vida ao processo de aprender a aprender; ou a falta de conhecimento básico para o exercício desta prática generalista da profissão, gerada por uma formação deficitária.

Moysés (2003, p.93) comenta que *“... o ensino, predominantemente exercido por especialistas, estimula a especialização precoce dos educandos e a fragmentação do conhecimento e do ato odontológico”* indicando uma tendência contrária ao perfil de egresso proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001).

Secco, Pereira (2004, p. 119) citam que *“o desafio a ser enfrentado parece passar pela superação da dicotomia entre formação geral versus formação específica”*, mediante uma nova racionalidade capaz de incorporar a diversidade, as contradições e as tensões que constroem o cotidiano nas instituições de ensino superior. Neste sentido, Garbelini, Morita, Terada (2003) apontam para a necessidade do desdobramento e adequação dos conteúdos e atividades curriculares para se construir um perfil generalista.

Garrafa (1993, p.51), analisando a prática odontológica na década de 1990, comenta que foi considerada como:

“tecnicamente elogiável (pelo nível da qualidade e satisfação inegavelmente alcançado nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência para expandir esta qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social ante as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados)”.

Segundo Narvai (1994), baseado numa análise do período entre 1952-1994, o mercado influenciou a prática e a educação odontológica.

Secco, Pereira (2004) indicam que os cursos de Odontologia iniciaram suas mudanças curriculares pressionados pelas Diretrizes Curriculares desde o final de 2001 e a segmentação da prática odontológica em especialidades, influenciada pelo ensino para uma odontologia de mercado, pode ter levado os cirurgiões-dentistas a uma especialização de sua prática clínica, não abrangendo a formação generalista preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e também não acompanhando a necessidade atual da população e sua condição econômica.

Perét, Lima (2005) complementam dizendo que a crescente redução do financiamento das universidades pelo Estado e o seu afastamento das políticas públicas na educação superior, somada à diversificação das fontes de financiamento em consonância com as diretrizes do Banco Mundial para o ensino superior, tem estimulado o setor privado a investir nestas instituições, direcionando suas atividades para o interesse no mercado.

Baseados nestes pressupostos, foram elaboradas as seguintes questões:

1. Como tem ocorrido o processo de formação do cirurgião-dentista para o exercício de sua prática generalista da profissão?
 2. A graduação tem preparado o cirurgião-dentista para esta prática?
-

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar o processo de formação em Odontologia na graduação, na perspectiva de egressos formados há até cinco anos e em movimento de busca por Pós-graduação *lato sensu*, no exercício de uma prática generalista da profissão.

2.2 Objetivos específicos

1. Conhecer as concepções de prática generalista da Odontologia.
2. Mapear os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação, no tocante ao exercício da prática generalista da Odontologia;
3. Levantar, da perspectiva da vivência da prática generalista da profissão, sugestões de aprimoramento da graduação em Odontologia.

Espera-se, assim, obter insumos para a discussão sobre a graduação e seu compromisso com a formação de um profissional com perfil generalista.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A odontologia e sua prática

“A história não promove uma necrópole de idéias mortas que, ressurgem, mas algo vivo, palpitante, que volta à luz, confirmando as palavras dos velhos textos” (Bobbio, 2001, p.3).

Seria muito pretensioso pensar em resgatar toda a História da prática da Odontologia abordando todos os seus acontecimentos e colocá-la, resumidamente, nesta introdução deste eixo de sustentação teórica. Isto posto, a revisão histórica aqui apresentada visa contextualizar esta prática, pontuando alguns fatos em sua evolução, embasando e colaborando no apontamento de tendências desta atividade, enfocando finalmente a relação entre formação profissional e demanda de mercado.

Figlioli (2001) aponta como precursoras da história da Odontologia, as escritas encontradas na Mesopotâmia, entre os rios Tigres e Eufrates, feitas em tábuas cuneiformes de argila pelos Assírios-Babilônicos (3500 a.C.), que falavam sobre o verme destruidor dos dentes, marcando a origem de relatos sobre a cárie dentária.

A autora coloca ainda que o primeiro instrumento utilizado para higiene bucal data de 3000 a.C., descoberto no Templo de Ningual, em 1888, na Babilônia, além de citar sobre os papiros de Smith e de Ebers, que tratam de assuntos odontológicos entre outros, explicando que o papiro de Smith é o mais completo tratado cirúrgico da antiguidade, cujo manuscrito original data de 2700 a.C., com descrições sobre instrumental cirúrgico utilizado para tratamento de fraturas dos maxilares e trepanações de mandíbula para drenagem de abscesso de origem dentária. Já o papiro de Ebers, compilado em 2500 a.C. e transcrito em 1550 a.C., sendo o mais importante receituário já conhecido, com 811 receitas descritas.

Saquy, Pécora (1996) complementam que o primeiro documento médico da história é o papiro de Ebers, que traz diversas informações sobre doenças, incluindo problemas da gengiva e dos dentes, mostrando assim, que o sofrimento do homem em relação às doenças bucais já se dava a mais de 4.500 anos atrás.

Como o dentista mais antigo da História, conhecido como “Chefe dos Dentistas e Médicos”, Figlioli (2001, p.8) cita Hesi-Ré, que trabalhava na época de Zosen (III Dinastia 2780-2720 a.C.), no palácio real.

O iniciador da ciência dental, segundo Saquy, Pécora (1996), foi Esculápio, 1300 a.C. Mais tarde, por volta de 400 a.C., os egípcios já consideravam várias especialidades médicas e, dentre elas, a Odontologia. Como prova desta tese, foram encontrados dentes artificiais, “pivots” e dentes obturados com ouro em múmias do Egito.

No período de 460-355 a.C., Hipócrates, o médico-dentista, relatou tratamentos de fratura de mandíbula e sua preocupação com as doenças gengivais e dentais. Aristóteles descreveu a mecânica de funcionamento do fórceps e seu uso na extração de dentes (Saquy, Pécora, 1996).

A reprodução encontrada num vaso de Kul Oba, 400 a.C., de acordo com Figlioli (2001) mostra um operador em frente ao paciente, ambos sentados de joelhos, no chão, realizando uma exodontia com o uso dos dedos, sendo considerada a intervenção odontológica mais antiga da Odontologia que se tem conhecimento. Mais adiante, entre 25 e 35 d.C., Aulio Cornélio Celso ilustrou os fórceps para uso dental e radicular.

Saquy, Pécora (1996) colocam que Cornélio Celso falava, na Era Cristã, do uso dos dentifícios e também das várias técnicas para avulsão dental e seus problemas. No ano 300 d.C. foi canonizada uma cristã, de Roma, que teve todos os seus dentes extraídos e, devido a esse martírio, Santa Apolônia foi considerada a padroeira dos dentistas.

Os autores ainda esclarecem que a obturação dos dentes foi iniciada por Rhazer, no século XI e, mais tarde, no século XV, o professor Jean Arculassus, de Bologna, descreve uma técnica de obturação dental com folha de ouro. Já no século XVI, torna-se conhecido, pelos transplantes e reimplantes dentais, o cirurgião Ambrose Paré, que também desenvolveu o método de tratamento das perfurações palatinas. Neste mesmo século, tem-se conhecimento da primeira coroa total confeccionada a ouro.

Por fim, os autores colocam que no século XVII, Frechman Dupon realizava reimplantes dentais, Lazare Reviere e Nicolaus Tulp estancavam hemorragias após extrações de dentes, Highmore descrevia o seio maxilar, Meibon, Croups e Drake tratavam as sinusopatias odontogênicas e Pierre Dionis descrevia o método de se confeccionar dentes artificiais com material a base de coral branco.

A primeira definição de um consultório odontológico, de acordo Figlioli (2001), veio de Pierre Fauchard, que descrevia sobre a cadeira odontológica e sua ergonomia. Além deste feito, o “pai da Odontologia moderna” como era conhecido, classificou, em 1728, cento e três doenças dentárias e, graças a ele, foi marcada a independência e a dignidade dos dentistas.

Para Perri de Carvalho (1995),

“...o vocábulo “dentista” aparece escrito pela primeira vez no documento “Plano de Exames da Junta do Protomedicato”, de 17 de junho de 1782, que incluía sangradores e dentistas” (p. 1).

Em 1756, Philip Pfaff publica o método de capeamento pulpar direto e em 1809, Edward Hudson obtura o primeiro canal radicular, dando o primeiro grande passo da Endodontia moderna, auxiliada também por Dwin Maynar que, em 1838, utilizou instrumentos feitos a partir de molas de relógio para instrumentar canais radiculares. Esta especialidade se torna ainda mais valorizada com a introdução do dique de borracha, em 1864, por S. C. Barnum, que isolava o dente a ser tratado do resto da cavidade oral, tornando o tratamento endodôntico mais asséptico e seguro (Figlioli, 2001).

Em 1857 aparece a primeira cadeira odontológica reclinável e com movimentos de assento, para cima e para baixo, apresentada na Sociedade Odontológica de Londres. Em 1871, James Beal Morrison introduz o revolucionário trepano de pedal, substituído pelo motor elétrico em 1872, inventado por George Green. Mais tarde, em 1950, surge a peça de mão movida à turbina, criada por J. Nielsen.

Posteriormente, Saquy, Pécora (1996) relatam que Wilhelm Konrad Roentgen descobriu em 1895, os raios X marcando definitivamente a ciência do diagnóstico das doenças. Figlioli (2001) complementa: a primeira radiografia

dental foi realizada por Frederic Otto Walkoff que a tirou de sua própria boca, expondo-se a 25 minutos de radiação.

As dentaduras em acrílico são da década de 1940, seguidas pelo descobrimento e uso da alta-rotação nos anos 50 e pela restauração dental com resina acrílica na década de 1970 (Saquy, Pécora, 1996).

Durante todo o século 20, além da evolução ocorrida nos equipamentos odontológicos, várias técnicas revolucionárias surgiram nos campos da Odontologia Preventiva, Saúde Pública e Prótese, além do aparecimento de oito novas especialidades odontológicas (Figlioli, 2001). O laser aplicado à Odontologia aparece nos anos 1990 e continua sua evolução tecnológica até os dias de hoje, assim como os materiais odontológicos que se encontram numa fase de transformação e desenvolvimento (Saquy, Pécora, 1996).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), com função de fiscalizar o exercício profissional, foi criado em 1964, juntamente com vários Conselhos Regionais, funcionando como autarquias do poder público federal, vinculados ao Ministério do Trabalho. O exercício da Odontologia no Brasil² foi regulamentado pela Lei 5.081, de 1966 (Narvai, 2003).

Para se entender a realidade em que o profissional de Odontologia se insere hoje no Brasil, alguns dados sobre o mercado são importantes.

Sobre a porcentagem de homens e mulheres na profissão, Pinto (1993) expõe uma acentuada tendência à maior presença da mulher na profissão. Em 1989, 42,9% dos dentistas eram do sexo feminino e a relação habitantes/profissional era de 1664 habitantes para cada dentista.

O Conselho Federal de Odontologia publicou em 2003 uma pesquisa encomendada pelas principais entidades de Odontologia do Brasil, que revela o aumento considerável do sexo feminino na profissão e uma concentração de cirurgiões-dentistas na região Sudeste, principalmente no Estado de São Paulo (CFO, 2003).

² LEI 5.081 DE 24/08/1966, que Regula o Exercício da Odontologia. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5081.htm, Acesso em 10/04/2004.

Segundo dados do CFO colhidos em outubro de 2005, o número total de cirurgiões-dentistas no Brasil é de 203.388, sendo que 69.452 (34,14%) encontram-se no Estado de São Paulo e 25.358 (12,46%) no município de São Paulo. Do total de profissionais pesquisados, aproximadamente 55% são do sexo feminino (CFO, 2005).

Em 2003, os dados apontavam que 40% dos profissionais apresentavam uma jornada de trabalho igual ou maior que 44 horas semanais e 37% trabalhavam em dois lugares diferentes, com vínculo empregatício. No que se refere à renda familiar mensal chegava, no máximo, a R\$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais), o equivalente a U\$ 1125,00 (um mil, cento e vinte e cinco dólares) de acordo com 48% dos entrevistados (CFO, 2003).

Costa (1988) considerava este aumento vertiginoso do sexo feminino na profissão odontológica, expondo que, dos resultados colhidos nos questionários respondidos pelos graduados entre os anos de 1981 a 1985, no Estado de São Paulo, quase 50% eram mulheres e que, 10 anos antes, este número era de 25%.

Com relação ao número de cursos de Odontologia no Brasil, este saltou de 90 para 165 no período de 1996 a 2003, resultando num aumento no número de cirurgiões-dentistas de 2,3% ao ano, enquanto que a população brasileira cresceu 1,8% ao ano (Brasil, IBGE, 2003).

Atualmente, encontram-se registradas no CFO, 174 faculdades de Odontologia no Brasil, sendo 27 Federais, 19 Estaduais, oito Municipais e 120 particulares (CFO, 2005).

Segundo Pinto (1993), de 1980 a 1989, o número de odontólogos cresceu 65,3% contra um aumento de 20% da população no mesmo período. Dados do Conselho Federal de Odontologia – CFO e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 2002, revelam que o crescimento na população de cirurgiões-dentistas tem sido 7% ao ano, enquanto que a população cresce 2% (Brasil IBGE, 2002; CFO, 2002).

Pinto (1993, p.39) acenava para um esgotamento de mercado e a diminuição do ganho em clínicas privadas, colocando a necessidade de:

“...adequar a área de formação de recursos humanos de nível acadêmico às condições epidemiológicas, fazendo com que em carreiras como a de Odontologia, o crescimento no número de profissionais pelo menos se adequasse aos padrões de crescimento populacional.”

Por fim, em 1989, o número de cirurgiões-dentistas em atividade estava em torno de 85 mil, sendo que 71% do tempo profissional era dedicado ao trabalho em clínica particular ou instituições privadas, com acesso inviável para a maioria da população devido ao alto custo do tratamento e aos baixos salários recebidos. Neste mesmo ano, estimavam-se terem sido gastos 2,4 bilhões de dólares com saúde bucal no país, porém, apenas 30% desse montante couberam às instituições públicas (Pinto, 1993).

Também segundo dados da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), 70% dos serviços odontológicos no Brasil ainda são financiados pelo setor privado e as ações do governo para reverter esse quadro são muito lentas e muito aquém do que a população realmente necessita. Esta situação da prática de saúde bucal no Estado tem aberto canais de ampliação dos “planos odontológicos”, que estariam cobrindo, aproximadamente, 4,5 milhões de brasileiros em 2002, com 413 operadoras e cooperativas. A expectativa para o ano de 2005 é que se atinjam 20 milhões de clientes dependentes desse serviço. O Sindicato Nacional da Empresas de Odontologia aponta que 68% dos cirurgiões-dentistas brasileiros já estão vinculados, de alguma forma, a estas empresas (ABO, 2004).

As informações da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) em 1988, com relação às possibilidades da população brasileira, estimam que 30% consultam regularmente um serviço de Odontologia, uma vez ao ano, sendo que este percentual torna-se bem menor (9,4%) quando se consideram apenas os cidadãos capazes de pagar por tratamentos particulares, utilizando-se de recursos próprios (Brasil. PNAD, 1998). Esta pesquisa também revela que 29,6% da população nunca foram ao dentista (Brasil. IBGE, 2000).

Considerando estimativamente a população de cem milhões de cidadãos com renda inferior a 10 salários mínimos, que visita esporadicamente o dentista, somada àquela de 29 milhões que jamais recebeu atenção odontológica, depara-se com um enorme desafio de atender as necessidades desta massa denominada "SUS dependente". Além disso, apenas 15 milhões de brasileiros poderiam pagar por tratamentos privados (Brasil. PNAD, 1998). Segundo Moysés (2004, p.34):

“A passagem da Odontologia de Mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda, num mercado extremamente competitivo, é a tônica moderna.”

O autor também mostra um cenário de diminuição de cárie nos jovens e, ao mesmo tempo, o alto índice da herança epidemiológica de edentulismo na terceira idade. A prática odontológica hegemônica do século XX também é considerada por Narvai (1994) como Odontologia de Mercado.

Referindo-se a normatização do ensino médico-odontológico encontrada nos Relatórios Flexner e Relatório Gies, publicados nos Estados Unidos em 1910 e 1926, respectivamente, Moysés (2004) aponta para o alto custo e difícil acesso ao tratamento curativo-reparador, enfatizado pela concepção mecanicista e pela dimensão biológica da doença, levando ao pouco impacto epidemiológico.

Para Moysés, Sheiham (2003), a hegemonia do modelo curativo-restaurador tão presente no século XXI apresenta-se como um corpo sócio-institucional preso a tempos históricos passados e representa, não só uma condição física e cronologicamente absurda mas, também, com implicações políticas, epistemológicas e paradigmáticas.

Perri de Carvalho (1995) questiona a falta de promoção da Odontologia como bem de consumo, dizendo que ela perde muito em relação a outros bens mais “divulgados” pelos meios de comunicação.

Moysés (2004) contempla sobre o canibalismo profissional no mercado de trabalho e, com isto, o comprometimento da ética profissional, dado pela

ocupação precária dos novos profissionais. Segundo este autor, a modalidade curadora da Odontologia ainda prevalece no mercado de trabalho e não atende aos problemas de saúde bucal da população, além de ser cúmplice de um quadro de barbárie e mutilação bucal, sem profissionais capazes de promover aberturas para a profissão e, assim, minimizar os problemas bucais da sociedade.

Kruger (2003) corrobora com esta afirmação ao colocar que, em todo o mundo, a prática eminentemente curativa não diminui os percentuais de cárie e doença gengival e que a concepção preventiva modificou a condição geral de saúde bucal da população em vários países, através de uma prática odontológica realmente eficaz. O autor ainda aponta que a ABOPREV – Associação Brasileira de Odontologia Preventiva - foi a responsável, nos últimos 15 anos, pela mudança nos conceitos da prática odontológica no Brasil, rompendo com o modelo flexneriano e implantando uma Odontologia promotora e mantenedora da saúde bucal.

Perét (2005) concorda que o modelo flexneriano distanciou a prática odontológica das sociais, induzindo aos princípios do biologicismo, mecanicismo, individualismo, tecnicismo, especialização, exclusão de práticas alternativas e atuação curativa.

Complementando essa idéia, Kruger, Moysés e Dzierwa (2003) afirmam que, para o profissional se adequar a uma nova lógica de atenção em saúde em sua prática clínica privada, faz-se necessária a incorporação de uma filosofia de promoção de saúde, de modo a não priorizar a intervenção curativa, promovida apenas pela complexa tecnologia utilizada para ela, mas sim, reforçar o entendimento de saúde e doença como um processo ativo do indivíduo na sociedade, valorizando estratégias de qualidade de vida, ampliando a autonomia do paciente e facilitando mudanças em seu comportamento individual, para que mantenha a saúde bucal promovida.

Os autores ainda colocam que, atualmente, os próprios pacientes já questionam sobre a real necessidade de se intervir invasivamente num processo de cárie dental, relatando que entrariam num círculo vicioso com necessidades de reposições freqüentes, fato que aumentaria sua dependência da atenção

profissional curativa. Além disso, os altos custos desta atual prática de tecnologia intensiva e pouco resolutiva oneram o paciente, que, por sua vez, não tem apoio do governo para a atenção à saúde. Com isto, os profissionais estão sendo obrigados a conhecer alternativas de tratamento que orientem decisões clínicas conjuntas com seus pacientes, evitando o chamado “sobretreamento”, ou seja, a intervenção pela intervenção, sem justificativa.

Na opinião de Weyne (2003), o grande abalo sofrido pela velha Odontologia cirúrgico-restauradora ocorreu quando foi descoberto o caráter infeccioso das duas doenças bucais mais prevalentes, a cárie e a doença periodontal, mostrando a necessidade de uma análise mais profunda do que apenas a superficialidade anatômica e morfológica, fortalecendo a ideologia preventiva e ajudando a mudar o paradigma.

Portanto, hoje, a até então hegemônica ideologia centrada no tratamento da doença vem dando espaço a uma atenção profissional que visa prevenção de doenças e promoção da saúde, colocando fim aos antigos “*tempos das restaurações*” (Weyne, 2003, p.3).

Outro aspecto levantado por Perri de Carvalho (1995) é a colocação de Pinto (1989) que relaciona a dificuldade de expansão do mercado de trabalho em Odontologia com os altos custos de sua prática, que se dá devido à dependência tecnológica e aos sofisticados insumos utilizados.

Este cenário cria espaço para as chamadas “clínicas populares” que praticam uma Odontologia barata, porém de qualidade duvidosa, mas que se torna o único recurso para a população que não tem acesso a outros serviços gratuitos ou convênios.

Outro aspecto apontado por Moysés (2004) é que, na prática profissional, o domínio clínico é indispensável, mas a contemplação das dimensões sociais do trabalho é fundamental para a promoção integral da saúde, tanto coletiva, quanto familiar e individual, mudando, neste contexto, o papel atribuído pelo mercado ao dentista.

De acordo com Perri de Carvalho (1995), por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1980, foi analisada pela primeira vez a contribuição da Odontologia num programa nacional de saúde, concluindo que o modelo da prática e assistência odontológica era ineficaz, ineficiente, descontrolado, mal distribuído, com enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, além de inadequado no preparo dos recursos humanos. Em outra perspectiva, Perri de Carvalho (1995, p.80) ressalta que:

“...Apesar das polêmicas e do ambiente predominantemente conservador e individualista da classe odontológica, tem havido progresso na inserção de preocupações humanistas, preventivas e educativas no ensino e na prática da Odontologia”.

Além desse fato, o autor coloca que, com a Política Nacional de Saúde Bucal a partir de 1989, cinco princípios começaram a servir de base para as ações nesta área: *“...universalização do atendimento, participação da comunidade, descentralização, hierarquização das ações e integração institucional”* (p.82).

Por outro lado, Perri de Carvalho (1995) alerta que, apesar dos esforços governamentais e da introdução de conteúdos da área de ciências sociais e humanas, o currículo “oculto” incentiva a prática privada no consultório e reforça o individualismo.

Para uma melhor compreensão do termo, Bertussi (1998) define o currículo oculto como um processo de formação de valores que engloba conteúdos diretos e indiretos, envolvendo a transmissão, aceitação ou negação de determinadas opiniões entre os próprios alunos, entre os alunos e seus professores ou entre os alunos e os demais membros da instituição de ensino. Em cada um destes momentos e espaços ocorrem estímulos à formação de valores, influenciados pelos conteúdos ocultos do processo de aprendizagem. Este currículo ultrapassa o desenvolvimento da programação do currículo formal e contempla o conjunto de experiências vividas pelo indivíduo nas várias esferas de sua existência. Desta forma, o espaço escolar serve também de palco para as histórias sociais e pessoais, tanto dos alunos quanto dos professores, mediando de maneira ativa a socialização e a produção do conhecimento.

Narvai (2003) salienta que a “equipe de saúde bucal” é o novo sujeito da nova prática odontológica que busca, efetivamente, promover a saúde bucal com competência para garantir um acesso universal e igualitário e que oriente para a promoção, proteção e recuperação, conforme previsto na Constituição da República (Brasil, 1988).

O caminho para a estruturação de uma rede efetiva de atendimento odontológico à população passa pela ruptura do individualismo e do isolamento da prática odontológica através da integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Pinto, 1993).

Este pensamento também é defendido por Narvai (2003) ao colocar que a orientação para a implantação e desenvolvimento do SUS é indispensável para as missões das instituições formadoras e empregadoras de recursos humanos em Odontologia no Brasil, sendo fundamental para a mudança em extensão e em profundidade do nosso perfil epidemiológico. Neste sentido, aponta que:

“...dotar a sociedade de recursos humanos adequados às suas necessidades, e atender às exigências da Constituição, permanecem como o grande desafio colocado neste início de século, nesse campo, a todos os que se ocupam de tarefas de transformar a prática odontológica, direcionando-a para a promoção da saúde, sem perder de vista seu papel no lidar com as incapacidades bucais” (p.476-77).

O autor entende “*incapacidade bucal*” como sendo impossibilidade, transitória ou permanente, de mastigar ou de falar adequadamente, incluindo o componente estético e variando de indivíduo para indivíduo de acordo com as condições sociais, acesso ao tratamento, características clínicas e tempo. O nível de qualificação técnico-científica do profissional está muito além do que a maioria dos egressos realmente utiliza em sua atividade prática diária para realizar os básicos procedimentos nos consultórios e serviços privados, já que não há ofertas de serviços públicos para encaixar a demanda desses egressos e já que os procedimentos mais complexos são mais caros e inacessíveis à maioria da população.

“...Não se trata, por certo, para alterar esse quadro, de banalizar a formação, diminuindo ainda mais a qualidade do ensino. A prática, infelizmente bastante difundida, de ensinar mal na graduação, reduzindo conteúdos e deixando conhecimentos essenciais “para o curso de especialização” e justificando tal redução com o argumento de que “você precisam ser bons clínicos gerais pois é disso que o Brasil precisa” é inaceitável...Trata-se, ao contrário, para alterar o quadro de má utilização dos CD disponíveis no país, de melhorar a qualidade do ensino e, no plano da organização e funcionamento dos serviços odontológicos, imprimir-lhes padrões de qualidade utilizando o potencial de trabalho dos CD brasileiros que vem sendo flagrantemente subutilizado, com evidentes prejuízos à população que deles necessita” (Narvai, 2003, p.482).

Referindo-se à especialização precoce dos profissionais, Costa (1988) não encontra em seu levantamento realizado com 993 cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo um apoio para esta tese, concluindo que a maioria atua como generalista e que, apesar do número de especialistas na época em que a pesquisa foi realizada, atingisse 24% do total pesquisado, a minoria concentrava suas atividades exclusivamente na área de especialização. Este resultado, porém, não condiz com a linha defendida por Secco, Pereira (2004), Moysés (2003) e Simonetti (1980) que falam que a concentração das atividades está na especialidade profissional.

No levantamento realizado pelo CFO, em 2003, o fenômeno encontrado foi denominado de "assalariamento indireto", ficando evidente a grande dependência dos convênios/credenciamentos e fundamental para a geração de receita no consultório privado (CFO, 2003).

Outro dado importante segundo Costa (1988), é que o especialista chegava a ter um ganho total médio 30% maior que o generalista. Analisando, também, o nível sócio-econômico do cirurgião-dentista, mostrou que 40% dos entrevistados, em sua pesquisa, dependiam de um vínculo empregatício para a sobrevivência profissional, fato que inviabiliza determinar de elitista a classe odontológica.

Já com relação ao perfil sócio-econômico dos alunos de Odontologia, Perri de Carvalho (1996) cita um projeto denominado “Projeto Tempo Zero” que avaliou os ingressantes da USP em 1992 e 1993 e revelou que a maioria dos acadêmicos de odontologia é das faixas sociais A e B.

Concordando com esta informação, a pesquisa de Freitas et al, em 1999, observou que há predominância dos setores de maior poder aquisitivo entre os alunos que fazem o curso de graduação em Odontologia. Os autores concordam que este curso apresenta uma postura elitista entre os estudantes, pois 72,2% dos entrevistados são de família com renda familiar acima de 10 salários mínimos e que apenas 12% dos alunos trabalham simultaneamente à participação no curso.

Neste estudo, quando os alunos foram questionados sobre qual o tipo de atividade gostariam de exercer após a formação, 22% tinham expectativas do exercício liberal em consultório exclusivamente e 70% relataram a associação entre o liberal e o serviço assalariado público ou privado. Dentre estes 70%, a maioria (40%) alegou a escolha pela necessidade de uma renda mensal fixa e também auxiliar a comunidade carente e 15% permaneceriam no serviço público até completarem uma especialização, para então investirem num consultório particular.

“Estas expectativas demonstram a fragilidade do ensino, já que a realidade do mercado de trabalho odontológico no País é o assalariamento do cirurgião-dentista, redução drástica do profissional eminentemente liberal e aumento significativo dos cirurgiões-dentistas dependentes de convênios e credenciamento” (Freitas et al, 1999, p.9).

Investigando o sentimento de realização profissional, Bastos et al (2003) comentam que 63,3% dos dentistas estavam convictos disso, porém apenas 12,2% sentiam-se realizados financeiramente. Ao serem questionados sobre as principais características que um cirurgião-dentista deve apresentar, apenas 8,2% responderam que *“ter uma boa formação profissional”* seria necessário. A maioria (32,7%) aponta o *“atualizar-se e estudar constantemente”*, seguida de 23,5% que consideram *“saber administrar, gerenciar e ter noções de Marketing”* e 22,4% o *“ter conhecimento técnico-científico”* (p.284).

O cenário da prática odontológica, apresentado neste capítulo, é complementado a seguir com uma aproximação ao ensino da Odontologia na graduação, visando maior sustentação teórica e maior fundamentação dos caminhos de discussão entre os questionamentos iniciais e os dados analisados nesta pesquisa.

3.2 O Ensino da Odontologia na Graduação

O título de “cirurgião-dentista” remonta ao ano de 1879 quando, pela “Decisão de Império nº10”, este título seria atribuído aos aprovados no curso de cirurgia dentária (Perri de Carvalho, 1996).

Um pouco mais adiante, em 1882, inicia-se a formalização do ensino da Odontologia no Brasil, com a criação dos Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Finalmente, em 25 de Outubro de 1884, pela reforma do então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Visconde de Sabóia, ocorre a oficialização do ensino de Odontologia, pelo Decreto nº 9311 do Governo Imperial. Apenas como marco histórico, cabe colocar que o primeiro curso de Odontologia do mundo foi o da Faculdade de Odontologia de Baltimore (*Baltimore Dental College*) nos Estados Unidos (Salles Cunha, 1931).

No ano de 1908, a Fundação Carnegie autorizou e financiou um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos, liderado pelo Doutor Abraham Flexner que, em 1910, produziu o conhecido Relatório Flexner, considerado um marco inicial para a reformulação do ensino em medicina e conseqüentemente em saúde (WHO, 2002).

Os pressupostos de reconstrução para um novo modelo de ensino médico são sustentados por alguns fatos importantes revelados no relatório, como: 1- nos últimos 25 anos, antes de 1910, muitos profissionais se formaram sem preparo para a prática médica; 2- muitas escolas médicas eram “comerciais” e apresentavam métodos duvidosos; 3- havia pouco ou nenhum investimento em estrutura laboratorial; 4- as escolas médicas pobres (sem infra-estrutura) eram defendidas por serem consideradas como espaços destinados à formação de um público economicamente menos favorável, porém, nenhum aluno pobre tem o direito de ser submetido a uma profissão, cuja preparação para ela foi inadequada; 5- um hospital-escola é tão necessário para uma escola médica quanto os laboratórios de química e patologia (WHO, 2002).

O professor de Bioquímica, Doutor William Gies, em 1926, considerando o ensino e a prática odontológica como mecânicos, empíricos, comerciais, reparativos e isolados de outras disciplinas, propôs uma série de mudanças em um documento conhecido como Relatório Gies. Nele, Gies coloca seu desejo de que as faculdades de Odontologia fizessem parte das Universidades com o mesmo “peso” das de Medicina, incluído o aumento do número de professores com dedicação exclusiva, a melhoria do ensino de graduação e a elevação da Odontologia à ciência (Donoff, 2002).

O Doutor Gies iniciou seu estudo sobre a relação entre Bioquímica e Odontologia em 1909, explorando os mecanismos da cárie e da doença periodontal. Em 1926, a escolha de William Gies, pela Fundação Carnegie para escrever o Relatório, deveu-se ao seu comprometimento com o ensino e a Odontologia e pelo conhecimento adquirido após visita e críticas a todas as faculdades de Odontologia dos Estados Unidos e Canadá. Conforme já colocado, ele acreditava que o ensino para o aluno de Odontologia deveria se equivaler ao ensino para o aluno de Medicina, focando em preparar ou formar cirurgiões-dentistas para uma prática generalista. Até hoje, muitos o consideram como o maior incentivador da criação das faculdades de Odontologia (Dougherty, 2003).

Brown, Meskin (2003) comentavam que com a disseminação das recomendações contidas no Relatório Gies houve um significativo aumento no custo do processo educacional em Odontologia, devido a alguns fatores como melhor qualificação docente e dedicação integral, melhores bibliotecas, ampliação dos programas de pesquisa, adequação de espaços físicos e ênfase nas disciplinas básicas e sua relação com a clínica médica.

Alguns anos mais tarde, em 1930, Flexner publicou um livro em que fazia comparações entre universidades americanas, inglesas e alemãs. Nesta obra, o autor enfatizava que a universidade não deveria abrir espaço para a educação secundária, técnica, popular e profissional, centralizando-se na dedicação às profissões cultas, cultura e ciência, características muito fortes da universidade humboldtiana alemã (Schwartzman, 1993).

Para o autor, a legislação da reforma universitária brasileira, ocorrida em 1968, foi presidida por estas premissas flexnerianas, imprimindo ao ensino superior do Brasil um conceito de qualidade ultrapassado e que não se encaixava no contexto social da época. Neste mesmo ano ocorreu o movimento estudantil na Europa e nos Estados Unidos e o livro do Doutor Flexner foi re-publicado com um prefácio escrito pelo então presidente da Universidade da Califórnia, Clark Kerr. No prefácio, Kerr mostra os equívocos de Flexner, evidenciados principalmente em dois aspectos.

Primeiro, o fato de ter pensado a universidade como um todo integrado e orgânico, sem efetiva conexão do conhecimento e da educação, dificultada pela origem aristocrática de seus alunos e professores. O segundo foi não entender que seria possível a combinação de qualidade e quantidade e a compatibilidade de práticas de atividades tão diversas ao mesmo tempo, como a prestação de serviços à comunidades, cursos de verão, esportes e pesquisas de alta qualidade. Para Kerr, a principal característica do sistema educacional superior é o pluralismo e a diversidade, traduzidos pelo termo “multiversidade” criado por ele mesmo, procurando contestar o sentido tradicional da universidade (Schwartzman, 1993).

A partir da reforma universitária, em 1968, e da análise das mudanças implementadas no ensino superior brasileiro, vários estudos foram sendo publicados evidenciando preocupações com a formação profissional. Na área da Odontologia, muitos autores explicitam importantes pontos de inflexão sobre este ensino como Simonetti (1980), Perri de Carvalho (1985-1996-2001-2004-2005), Costa (1988), Marcos (1988-1991), Costa et al (1992), Freitas et al (1992-1999), Masetto (1996), Macedo (2001), Almeida, Padilha (2001), Costa et al (2002), Bastos et al (2003), Narvai (2003), Moysés (2003-2004), Feuerwerker (2003) e Cristino (2005).

Costa (1988), investigando junto a 993 cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo, encontrou em seu estudo que as disciplinas de Ortodontia e Periodontia foram deficitárias frente à realidade prática diária, além das disciplinas de Oclusão e Semiologia.

Em pesquisa realizada em 2001 com dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB – USP) entre os anos de 1996 e 2000, Bastos et al (2003) verificaram que 54,1% consideravam o curso de graduação

“bom”, 43,9% “ótimo” e 2,0% “regular”. Além disso, 41,8% dos sujeitos pesquisados afirmaram que 4 anos não foram suficientes para o curso de graduação em Odontologia, indicando que seriam necessários 5 anos para que a carga horária fosse aumentada (na opinião de 31,7% desses sujeitos), para que fossem incorporadas novas disciplinas na grade curricular (24,4%) e para que se pudesse aprofundar os conhecimentos técnico-científicos (65,9%).

Neste estudo, foi constatado que as disciplinas mais deficientes eram Ortodontia, Saúde Coletiva/Odontologia Preventiva, Prótese, matérias básicas e Periodontia, corroborando com os achados de Costa et al (1992) em relação às disciplinas de Ortodontia, Prótese e Periodontia.

A partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 (Brasil. LDB, 1996), foram extintos os currículos mínimos e recomendada a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação. Para a área da Odontologia, as Diretrizes foram publicadas em 2001 (Brasil, 2001).

Antecedendo às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, Costa et al (1992) avaliaram a qualidade da formação acadêmica em Odontologia relacionando-a a atividade profissional posterior em um estudo com os cirurgiões-dentistas na grande São Paulo, no ano de 1987, apontando para o fato de que a Universidade não estava atingindo com eficiência o seu papel de formação profissional.

Entre os resultados mais relevantes encontraram que: o treinamento na faculdade era divorciado da realidade profissional; o ensino era teoricamente satisfatório, porém com necessidade de complementação prática adquirida com a experiência clínica pós-formação; as disciplinas básicas deveriam permanecer com a mesma carga horária; o treinamento clínico deveria ser incrementado; o preparo em cirurgia periodontal, diagnóstico de doenças com manifestação oral, prótese fixa, oclusão e ortodontia era insuficiente ou inexistente; havia um despreparo básico no manuseio clínico do paciente; a carga horária destinada ao treinamento prático deveria ser aumentada; deveria ser incrementado o ensino da administração do consultório.

Segundo Marcos (1991) os conteúdos das disciplinas, na maioria dos currículos eram específicos de cada área e estavam distanciados dos problemas culturais, políticos e sociais.

As Diretrizes Curriculares (Brasil, 2001) destacam em seus objetivos os quatro pilares da educação contemporânea, apontados pelo Relatório Delors (Moysés, 2003): I – aprender a conhecer; II – aprender a fazer; III – aprender a conviver; e IV aprender a ser. Estes aspectos indicam os caminhos para a interação da realidade com o processo educativo, oferecendo uma base estruturada para a adaptação natural ao mundo do trabalho, após a formação.

Já em 1988, Marcos, entendendo o currículo como o elenco de atividades e funções educacionais que permitem a transmissão dos conteúdos, salientava que suas propostas deviam ser trabalhadas no sentido de formar pessoas com uma consciência da realidade histórico-social e do contexto onde viviam e atuavam, para que as ações profissionais fossem direcionadas naturalmente para a promoção da transformação social.

Uma discussão com a participação da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) junto ao Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Núcleo de Pesquisa sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo (NUPES), resultou em um Manual do Projeto Pedagógico que estabelece relação entre as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico procurando facilitar o caminho de adequação deste último às recomendações das diretrizes de ensino. Um dos passos importantes a serem respeitados na elaboração do Projeto Pedagógico é o diagnóstico das necessidades da população quanto à saúde bucal (Perri de Carvalho, 2004).

O autor, contudo, aponta que a implantação do Projeto Pedagógico e o conseqüente caminhar para o atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais, demanda esforço conjunto e vontade política. Cabe colocar também que a inconformidade destes documentos pode levar a conflitos, ineficiência de processos e a uma formação não condizente com o papel que a universidade deve assumir perante a sociedade.

Moysés (2003), citando o projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, destaca alguns pontos importantes para a

formação de profissionais, principalmente para a área da saúde, enfatizando a necessidade da formação atender não só as demandas de mercado, mas, também, as necessidades sociais. Aponta ainda que são necessários novos procedimentos e métodos de aprendizagem que trabalhem vivências e experimentações a partir da problematização da realidade.

Nos Estados Unidos, Depaola, Slavkin (2004) apontam a necessidade de reforma no ensino odontológico universidade-centrado da Universidade de Santa Fé, evidenciando a insuficiência no preparo de profissionais que atendam as necessidades da comunidade e as exigências resultantes da mudança no sistema de saúde.

Os princípios das Diretrizes Curriculares apontam o estímulo ao estudo independente, na perspectiva de uma progressiva autonomia intelectual e profissional do aluno, além de, no seu artigo 4º, inciso VI, que trata das competências e habilidades gerais relativas à educação permanente, evidenciarem que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente na formação e na prática (Brasil, CNE/CES, 2002).

Para Macedo (2001), no sentido de manter-se atualizado, o profissional pode se utilizar de recursos tecnológicos e de telecomunicações que ampliam as oportunidades de busca pelo conhecimento. Ele ainda relata que o profissional do futuro será “híbrido”, com tendências de um planejador como Da Vinci e de um realizador como Santos Dumont, porém, sempre ético e solidário.

Costa et al (2002) colocam que a pesquisa científica é muito importante, não só para a aquisição de uma visão globalizada dos problemas e seus encaminhamentos, como também para a formação do acadêmico e do futuro profissional.

Os desafios trazidos pelas rápidas transformações da sociedade e do mercado de trabalho devem ser superados pela continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, catalisada pela competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, construída durante o processo formativo (Moysés, 2003).

As Diretrizes Curriculares também enfatizam que o perfil acadêmico a ser construído deve ser compatível com uma atuação de qualidade, eficiência e

resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Nacional Brasileira, trazendo em seu artigo 5º, parágrafo único, que “...a formação do Cirurgião dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Brasil. CNE/CES, 2002, p.2).

A atenção à saúde é abordada por estas Diretrizes (artigo 4º, inciso I), como parte das competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde, em que:

“ dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.” (Brasil. CNE/CES, 2002, p.1).

A falta de um ensino contextualizado com as necessidades da população tem sido enfatizada. Uma denúncia de divórcio entre o treinamento, comprometido com o academicismo, os interesses clínicos e as necessidades da comunidade remonta da década de 70 e 80, como se encontra nos trabalhos de Rovin, Magraw (1979) e de Simonetti (1980).

Rovin, Magraw (1979), especificamente, destacavam que a conduta diária do dentista não era considerada na elaboração dos conteúdos curriculares e que os assuntos sobre saúde e doença bucais, trabalhados durante a graduação, eram pouco aplicados na prática profissional.

Concordando com esta denúncia, Costa et al (1992) e Tortamano (1994 apud Almeida, Padilha, 2001) já salientavam que havia uma dissociação entre o que se ensinava nas universidades e o que a população necessitava.

Baseado na filosofia de ensino cirúrgico-restauradora, Almeida, Padilha (2001) comentavam que o atendimento clínico prestado pelos profissionais formados dava-se sob a égide dos aspectos curativos e não de promoção de saúde.

Moysés (2004) cita que todas as dissociações decorrentes do paradigma cartesiano, com a separação do todo em partes, suas influências nos currículos e disciplinas médico-odontológicas e as concepções flexneriana e giesiana levaram:

"...à ênfase ao domínio cognitivo e instrumental, com algumas das seguintes consequências: mecanicismo, biologicismo, assistência individual, especialização precoce, tecnificação do ato médico-odontológico, ênfase na Medicina/Odontologia curativa" (p.34).

No artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia encontram-se as competências e habilidades específicas, das quais o profissional deve estar dotado para o exercício da Odontologia, fazendo referência, no inciso II desse artigo, que sua atuação deve se dar em:

"...todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o" (Brasil. CNE/CES, 2002, p.2).

Reconhecendo no seu inciso IV a *"saúde como direito e condições dignas de vida"* estas Diretrizes salientam a assistência integral em ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de forma articulada e contínua (Brasil. CNE/CES, 2002, p.2).

Perri de Carvalho (1996) comentava que o entendimento deste assunto parecia não estar claro no ano de 1982, quando houve a introdução da psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica no currículo. Nesta época, estas matérias foram consideradas por muitos como "perfumarias". Para o autor,

"...a formação social ou humanística e ética será adquirida através do oferecimento de disciplinas de cunho social, mas também de conteúdo programático das demais disciplinas, pois o corpo docente deve estar engajado no processo educacional" (Perri de Carvalho, 2004, p.8).

Wotman et al (2003) propõem uma mudança filosófica do ensino odontológico referente ao papel da responsabilidade profissional, com ênfase na proteção e melhoria da saúde bucal e geral da comunidade. O modelo visa

incorporar ao currículo os conteúdos que capacitem o futuro profissional a promover a saúde e o bem estar da população, avaliando longitudinalmente as mudanças na percepção da responsabilidade profissional e nas atitudes dos alunos, assim como acompanhando paralelamente a evolução do estado de saúde da comunidade.

Ao se pensar num ensino mais humano e biológico, vinculado às necessidades da população e ao entendimento da realidade profissional, os autores atentam para a necessidade de considerar o ensino de ciências comportamentais e sociais no currículo da formação, com o objetivo de ampliar e contextualizar os pressupostos ontológicos do curso, viabilizando melhor compreensão e inserção do aluno na realidade que enfrentará após a formação, podendo, de fato, contribuir para a solução dos problemas de saúde bucal e colaborar com as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Narvai (2003), a reivindicação de uma ação reguladora do poder público na formação é fundamental para que os egressos possam alinhar suas ações e serviços numa produção de alta qualidade e dentro de pressupostos humanísticos das práticas de saúde.

Uma pesquisa realizada por Rubin (2004) com 61 estudantes de Odontologia da Universidade de Pittsburgh submetidos à experiência formativa nos serviços públicos desde o primeiro ano da faculdade com ênfase na formação humanística e social procurou avaliar, ao final do segundo ano do curso, as competências adquiridas com este cenário de aprendizagem. Os achados foram obtidos pela análise de conteúdo dos relatórios individuais, por meio da observação e categorização das frases e palavras-chave.

O autor conclui que a incorporação destas atividades extra-muro nos currículos deve se dar desde o primeiro dia de aula e se tornar um processo contínuo de desenvolvimento. Isto possibilita uma rica matriz educacional para a formação cultural e de competências de responsabilidade social profissional, fundamentais para o ensino odontológico contemporâneo. Além disso, o trabalho de dois anos na comunidade proporcionou melhoria nos aspectos da comunicação, senso crítico do aluno, compreensão e humildade. O relato de um dos alunos cita:

“O trabalho voluntário...ajudou-me a desenvolver compaixão, compreensão e humildade – três qualidades essenciais para a formação de um grande cirurgião-dentista” (p.467).

No artigo 6º, as Diretrizes recomendam que os conteúdos essenciais devem convergir e estar alinhados à realidade epidemiológica e profissional, de forma a integrar o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade (Brasil. CNE/CES, 2002).

Num estudo publicado em 1980, sobre as necessidades e tendências da Odontologia nas faculdades e no exercício profissional, Madeira, Perri de Carvalho relatavam que, para se colocar em prática a real função social da Odontologia, ou seja, propiciar saúde bucal à população, devia-se dar prioridade à orientação preventiva tanto no ensino quanto na prática odontológica (1980 apud Perri de Carvalho, 1996).

Freitas et al (1992) faziam uma referência ao modo como o aluno de odontologia encarava seus pacientes durante a formação. Para os alunos, os pacientes não passavam de material de ensino, sem relacionar suas necessidades à eficiência didática. Os autores ainda citavam que os conceitos de plano de tratamento, rotina preventiva e busca da alta eram importantes para a formação de um profissional generalista capaz de uma atuação comunitária eficaz e consciente. Para os autores, este modo como o aluno encarava o paciente durante a formação, podia levar a um distanciamento da realidade enfrentada após a graduação, pois não amadurecia o vínculo profissional/paciente e distorcia a realidade em relação à importância deste contato para o sucesso do tratamento e para o bem estar, tanto do paciente quanto do cirurgião-dentista, durante as intervenções clínicas.

Individualismo, centrando os esforços e objetivos no profissional a ser formado e excluindo as condições sociais de onde atuaria, bem como a especialização, focando o conhecimento específico e não abordando o holístico eram alguns “artifícios ideológicos” sustentados pela educação odontológica na visão de Marcos (1991). Neste sentido, o “curativismo”, que não valorizava a prevenção, mas a fisiopatologia e os sistemas, prevalecia.

Perri de Carvalho (1985) afirmava que os cursos de Odontologia no Peru, Colômbia, Venezuela e México integravam os objetivos do ensino à prática, realizando tratamentos integrais através da formação com mentalidade preventiva, ligados geralmente aos serviços de saúde do Governo Federal.

Freitas et al (1992, p. 149) também contemplavam esta relação ao colocarem na proposta de disciplina de Clínica Integrada, que o processo de funcionamento deve ser dinâmico e *“...com parâmetros que envolvam diretamente as necessidades dos pacientes, numa escala mais ampla que a do modelo biológico tradicional, por incluir necessidades em nível educativo e preventivo.”*

Também antecedendo às recomendações do artigo 6º das Diretrizes, Perri de Carvalho (1996) colocava que, na prática, o direcionamento dado pelo currículo oculto, tanto em faculdades nacionais como estrangeiras, voltava-se para uma prática individualista e privada no consultório e que esta era uma das questões “nevrálgicas” a serem vencidas na cultura do ensino e da prática da odontologia. O autor levantava a hipótese de que esta tendência era originária dos intercâmbios dos dentistas e professores de Odontologia do Brasil com as universidades norte-americanas que, apesar de terem contribuído para o crescimento da Odontologia nacional, trouxeram também a cultura do liberalismo econômico dos Estados Unidos e do seu povo, que apresentava uma condição econômica diferente da nossa, cuja prática odontológica era individualizada e centrada no sucesso econômico profissional.

Freitas et al (1999) colocavam, ainda, a necessidade de se pensar em alterações qualitativas nos cursos de Odontologia que levassem à mudanças de perfil do profissional a ser formado, visando adequação à realidade sócio epidemiológica da população brasileira na intenção de solução dos problemas de saúde bucal da carente população.

Feuerwerker (2003), falando sobre os princípios para o desenvolvimento curricular a partir das diretrizes, propõe uma correção deste apontamento ao afirmar que a educação profissional deve focar os problemas mais relevantes da sociedade e o programa do curso deve ser baseado nos critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde.

O perfil profissional do egresso do curso de graduação aponta para a formação generalista preconizada nas Diretrizes Curriculares. No inciso III do artigo 6º destas diretrizes, os conteúdos teóricos e práticos devem, também ser desenvolvidos no contexto de uma “...*clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais*” (Brasil. CNE/CES, 2002, p. 4).

A idéia de se implantar uma clínica integrada vem dos anos 1970, quando, na Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp, pensou-se na divisão em blocos de ensino de atividades pré-clínicas e clínicas, despersonalizando as disciplinas convencionais e, no ano de 1982, a clínica integrada é introduzida no currículo regulamentado (Perri de Carvalho, 1996).

Freitas et al (1992) num trabalho de proposta para Clínica Integrada no Curso de Odontologia da Universidade Gama Filho, em 1986, verificaram que não existia integração clínica entre especialidades e nem entre as disciplinas e que a clínica integrada não estava definida e nem conceituada por muitos cursos de graduação da época. Esta disciplina buscava a formação de um clínico geral pela reversão da especialização precoce nos cursos de Odontologia e através do ensino integrado de especialidade.

Porém, dentre suas conclusões, os autores descrevem que uma das dificuldades sentidas com a implantação desta disciplina foi o despreparo do aluno para a clínica geral, apesar do que propunha o currículo do curso. O aluno apresentava um perfil de especialização precoce e seus professores tendiam para este modelo, fato que provocou um choque com a intenção de se formar um clínico geral e levou à ruptura de alguns conceitos apesar de ter confirmado a importância desta disciplina para a cobertura das necessidades de saúde bucal da população.

Como apontado anteriormente existe uma tendência à especialização nos cursos de graduação em Odontologia (Moysés, 2003; Secco, Pereira, 2004).

Para Perri de Carvalho (2001), a causa primária desta aberração “especializante” se dá pela ausência de um entendimento claro sobre formação generalista (“clínico geral”).

Ao dizer que alguns docentes da graduação advêm do ensino de especialização, o mesmo autor destaca a necessidade de vinculação deste nível de ensino ao projeto pedagógico das Instituições de Ensino Superior (IES), integrando-o às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia. Explica também que o modelo flexneriano de ensino, com as características conservadoras e elitistas, estimula a especialização precoce, mesmo durante a graduação. Existem suspeitas de que o ensino de Odontologia no Brasil, além de se encontrar desvirtuado em relação ao mercado de trabalho, vem ensinando pouco o aluno para direcioná-lo aos cursos de especialização (Perri de Carvalho, 2005).

O perfil dos alunos mostra-se também como uma possível dificuldade no ensino comprometido com a formação generalista no âmbito da clínica integrada. Nesse sentido, Freitas et al (1999), realizando um levantamento do perfil de alunos em instituições públicas do Nordeste, verificaram que todos os 259 alunos pretendiam realizar algum curso de pós-graduação, apesar de ainda não terem passado pelo processo de fragmentação do curso em especialidades, encontrando-se na fase pré-clínica e sem experiência profissional, fato que mostra a figura pré-formada do especialista que o aluno já traz antes mesmo de entrar no curso.

Corroborando com este autor, numa pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), com 614 cirurgiões-dentistas, em 2002, tendo a maioria (62,9%) até 5 anos de formado, surge um cenário sobre a formação profissional em que 60% já haviam cursado pós-graduação. Dos profissionais que apresentavam um tempo de formação acima de 10 anos, 42% tinham especialização. Estes resultados apontam uma tendência do cirurgião-dentista, inclusive do recém formado, em valorizar e se encaminhar para um curso de pós-graduação *lato sensu*. O estudo conclui que esta valorização se dá pelas condições dos cursos de graduação, a situação do mercado de trabalho e o intenso desenvolvimento científico e tecnológico (Perri de Carvalho, 2005).

Outro levantamento realizado pelo CFO em agosto de 2005, mostrou que o número de especialistas registrados no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo é 14.047, correspondendo a 20,22 % do total de cirurgiões-

dentistas cadastrados neste órgão. O município de São Paulo concentra a maior porcentagem do Estado de São Paulo, com 5.548 especialistas (7,9%), representando 39,49% do Estado (CFO, 2005).

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam também para a necessidade do desenvolvimento de competências gerais nos alunos da graduação. Dentre estas competências enfatizam a capacidade de administração e gerenciamento.

Costa et al (1992) já verificavam que o ensino de administração do consultório deveria ser incrementado na formação.

Feuerwerker (2003) comenta que é indispensável para o exercício profissional que o graduado esteja apto a gerenciar os recursos materiais, humanos e de informação, além do desenvolvimento de liderança na equipe de saúde.

Outra competência geral enfatizada nas Diretrizes Curriculares é a capacidade de educação permanente dos egressos.

Madeira, Perri de Carvalho (1980) já afirmavam que a implementação da prática odontológica e a melhoria do atendimento à população dependem dos cursos de educação continuada (apud Perri de Carvalho, 1996).

Perri de Carvalho (1996, p.20) expõe que *“...os cursos de especialização (pós-graduação lato sensu), em intensa proliferação, não influenciam direta e/ou positivamente sobre a graduação, mas se refletem sobre o exercício profissional”*.

Bastos et al (2003) detectaram na pesquisa realizada na Faculdade de Odontologia de Bauru em 2001, que 66,3% dos dentistas fizeram ou fazem pós-graduação, sendo que 52,3% em nível de aperfeiçoamento/especialização, 47,7% mestrado e 7,7% doutorado. Essa pesquisa também mostrou como é importante a educação continuada para os cirurgiões dentistas pesquisados, pois

“ em sua maioria (69,4%) considera indispensável fazer cursos de pós-graduação, pois é uma tendência do mercado (44,1%) que leva ao aprimoramento técnico-científico (33,8%), melhora a qualificação profissional (17,6%) e promove uma melhoria no atendimento clínico (14,7%)” (p.284).

As Diretrizes Curriculares também recomendam uma carga horária mínima do estágio curricular supervisionado, que inclui a clínica integrada, de 20% da carga horária de todo o curso de graduação.

Costa et al (1992), em pesquisa realizada em 1987, advertiam que o treinamento clínico na formação deveria ser incrementado e sua carga horária deveria ser aumentada.

Este ponto foi reforçado na análise das diretrizes realizada pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), em 2002.

Não entendendo que uma eventual formação precária proporcionada pela faculdade possa explicar todo o contexto da prática profissional do cirurgião-dentista, Costa (1988) afirmava que o aumento no sentimento de frustração e desilusão do profissional estava relacionado com o divórcio entre o ensino e a realidade clínica vivida na prática do dia-a-dia após a graduação.

Para Freitas et al (1999), modelos fragmentados de ensino e de cursos (graduação e pós-graduação-especialização) são dominantes no País, não contribuindo para a solução dos problemas de saúde bucal da população.

Analisando o perfil de 636 alunos de odontologia, Costa et al (2002) encontraram alguns resultados importantes e que levam a pensar no real papel da universidade, ou seja, o de formar um profissional crítico e reflexivo contribuindo, desta forma, para sua inserção no mercado de trabalho.

Ao falar sobre as premissas fundamentais para a proposta do Ministério da Saúde, Feuerwerker (2003, p.26) propõe “...como alternativa, negociar iniciativas inovadoras e articuladoras em quatro campos: produção de conhecimento, educação permanente, mudanças na graduação e prestação de serviços.” Assim, deixa claro a necessidade de rever a formação em Odontologia para que sejam alcançados os objetivos propostos nas diretrizes curriculares. A autora chama ainda a atenção que para se atingir o núcleo duro da formação, será fundamental a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e da implantação de políticas convergentes e coerentes, além da integração da escola com o SUS.

Deve-se considerar que algumas falhas na graduação, que eventualmente possam ser sentidas pelos profissionais que ingressam na vida profissional à medida que enfrentam seus casos clínicos, pode ter relação com o perfil do professor de Odontologia e da metodologia de ensino por ele utilizada, conforme aponta o depoimento de uma aluna de pós-graduação, encontrado numa tese de livre-docência de Masetto (1996, p.67): “*Estou acostumada com o “profissional dentista” que dá aulas e é bem diferente do “profissional professor” que está realmente preocupado com a aprendizagem*”.

Um debate nos Grupos de Discussão da 39ª Reunião da ABENO, em 2004, sinalizou que as faculdades de Odontologia têm encontrado dificuldades para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em seus cursos, também pelo grande número de docentes especialistas, tomados pela mentalidade flexneriana que predomina na prática profissional especializada (Perri de Carvalho, 2005).

Cristino (2005) comenta que

“Convivemos numa realidade paradoxal e numa conseqüente crise paradigmática na qual somos especialistas tendo que formar generalistas” (p. 13).

4. METODOLOGIA

Buscando alcançar os objetivos deste trabalho, optamos por uma pesquisa de caráter exploratório, construída a partir de abordagens quantitativa e qualitativa. Partimos do pressuposto de que os métodos podem ser complementares na busca de explicações para o objeto de análise

A metodologia quantitativa pode ser combinada com a metodologia qualitativa, respeitando-se o emprego das diferenças entre os dois métodos pelo pesquisador, podendo contribuir para o enriquecimento da análise (Minayo, 1994).

A metodologia qualitativa, segundo Minayo (1999, p.10), é aquela capaz de *“incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”*.

Justificando ainda o uso das duas abordagens, quantitativa e qualitativa, Minayo, Sanches (1993) fortalecem sua complementaridade, desde que usadas dentro dos limites de suas especificidades e com o objetivo de construir teorias e levantar hipóteses, compreendendo melhor a realidade social.

Os autores incrementam este pensamento dizendo que *“...o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa”* (Minayo, Sanches, 1993, p.13). Para Bardin (1995 apud Szymanski, 2002, p.63), a análise qualitativa trabalhará no desvelamento de mensagens ocultas e não-aparentes.

4.1 Amostra de Estudo

Os sujeitos da pesquisa são cirurgiões-dentistas formados há até cinco anos, que exercem em seus consultórios a prática generalista da profissão e que estão cursando um programa de pós-graduação *lato sensu* na Clínica Odontológica do Senac-SP.

Os dados foram coletados com o total de alunos matriculados nos cursos de pós-graduação em Ortodontia, Odontologia Estética e Implantodontia no ano de 2005, em uma amostra de 21 cirurgiões dentistas. Escolhemos os

profissionais com até cinco anos de formados, acreditando que os dados obtidos com estes sujeitos traduzam melhor a relação entre a vivência da prática generalista e a realidade experimentada na graduação.

Dentre eles, dois estão formados a menos de um ano, cinco encontram-se na faixa entre um a dois anos desde a formatura, quatro entre dois a três anos, três entre três e quatro anos e sete ocupam a faixa etária mais numerosa, entre quatro a cinco anos (Figura 1).

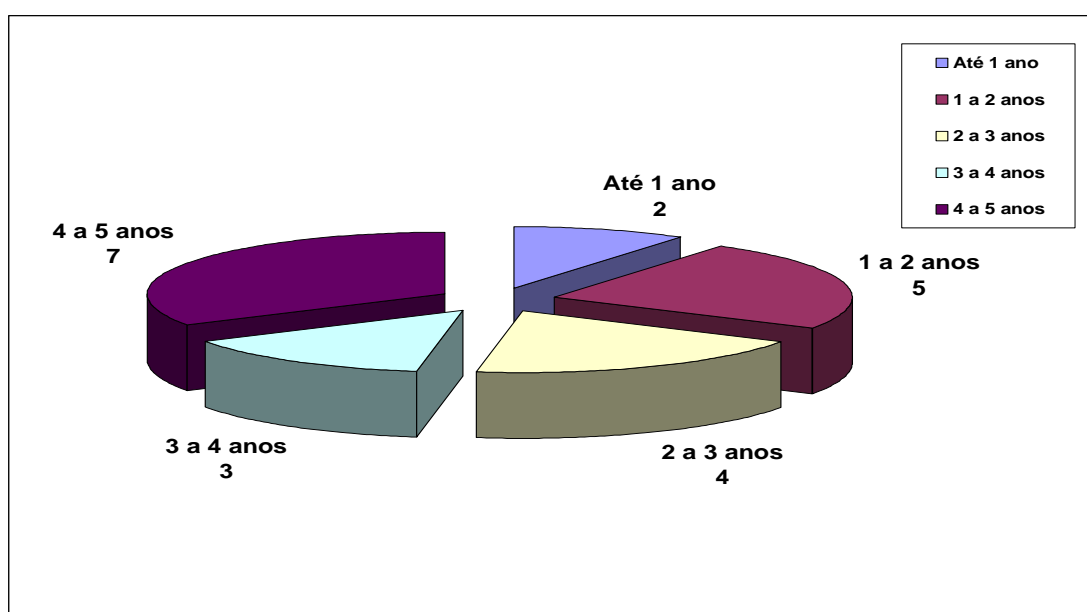


Figura 1 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com o tempo de formado.

Conforme se pode observar nas figuras 2, 3 e 4 respectivamente, a maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária entre 26 e 30 anos, formou-se em faculdade privada e trabalha em consultório particular.

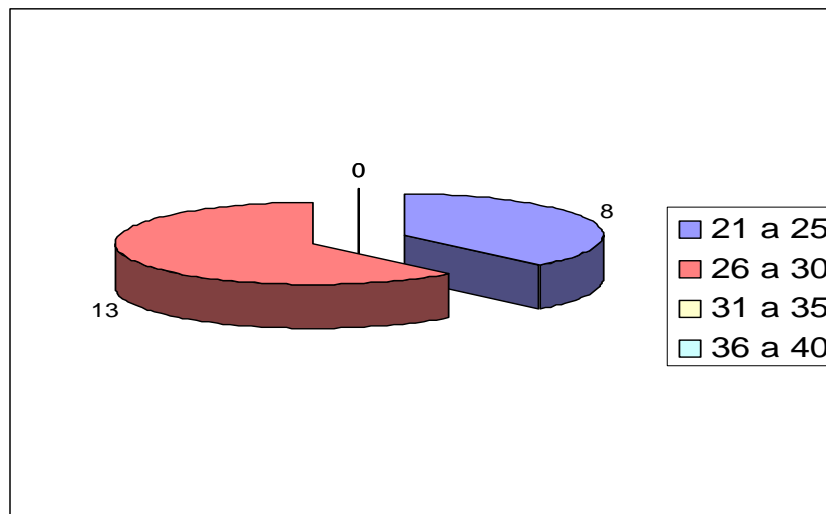


Figura 2 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com a idade.

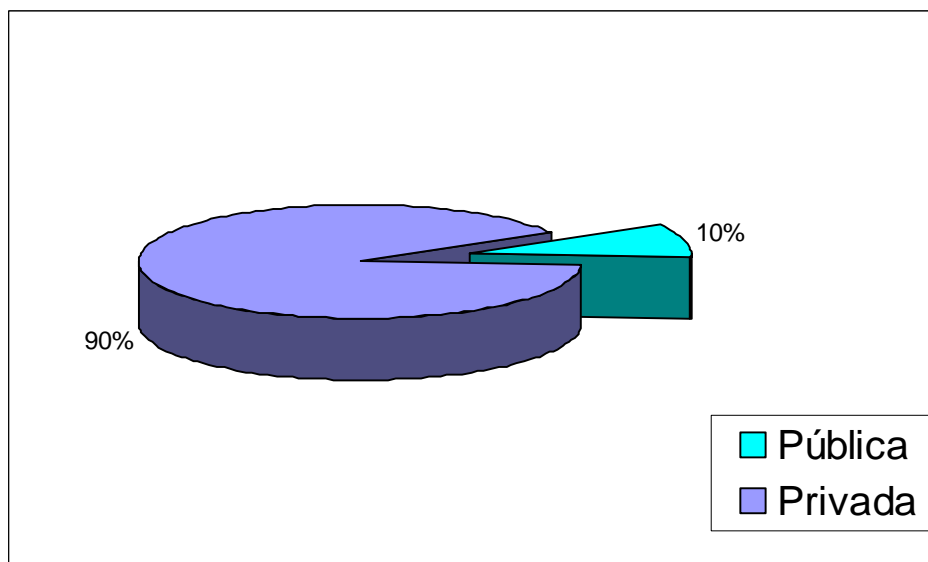


Figura 3 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com a escola de origem.

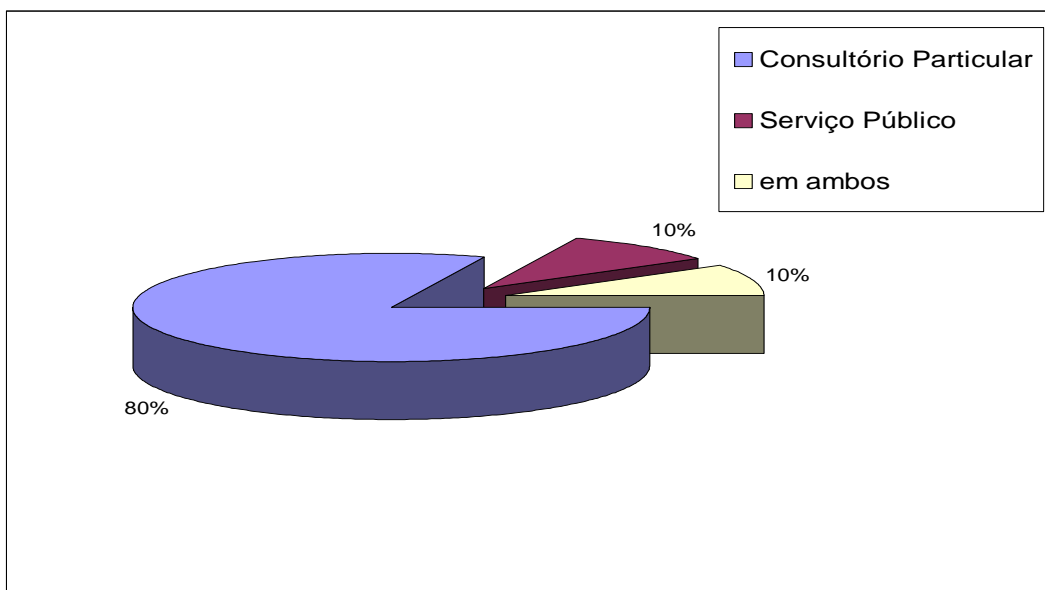


Figura 4 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com o local de trabalho.

Dos sujeitos pesquisados, 17 não eram especialistas e quatro já haviam cursado especialização *lato sensu* (Figura 5).

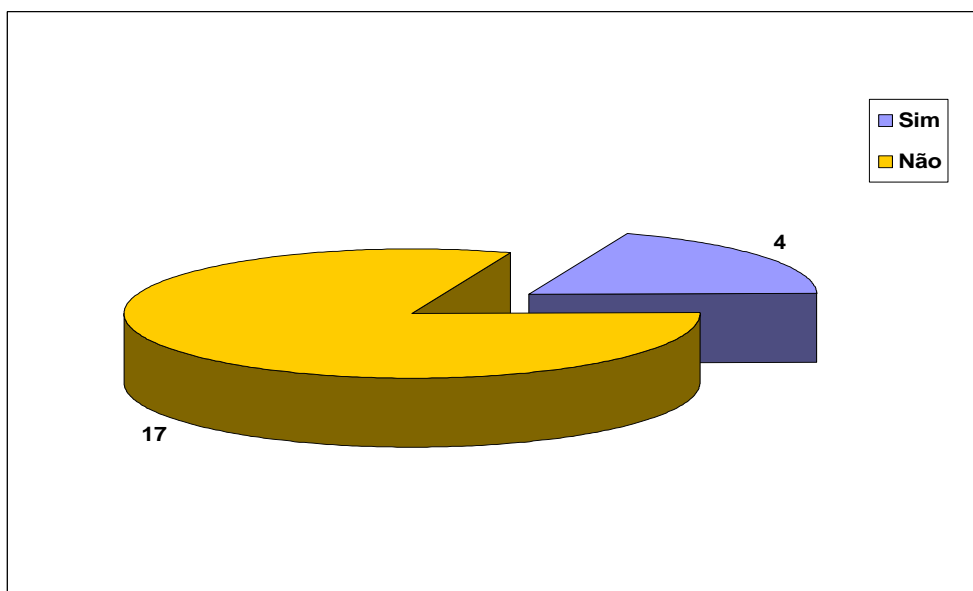


Figura 5 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com a titulação.

Ainda procurando definir o perfil da amostra de estudo, 19 profissionais responderam que se consideram dentistas generalistas e apenas dois não se viam neste contexto, apesar de praticarem uma clínica geral no seu dia-a-dia (Figura 6).

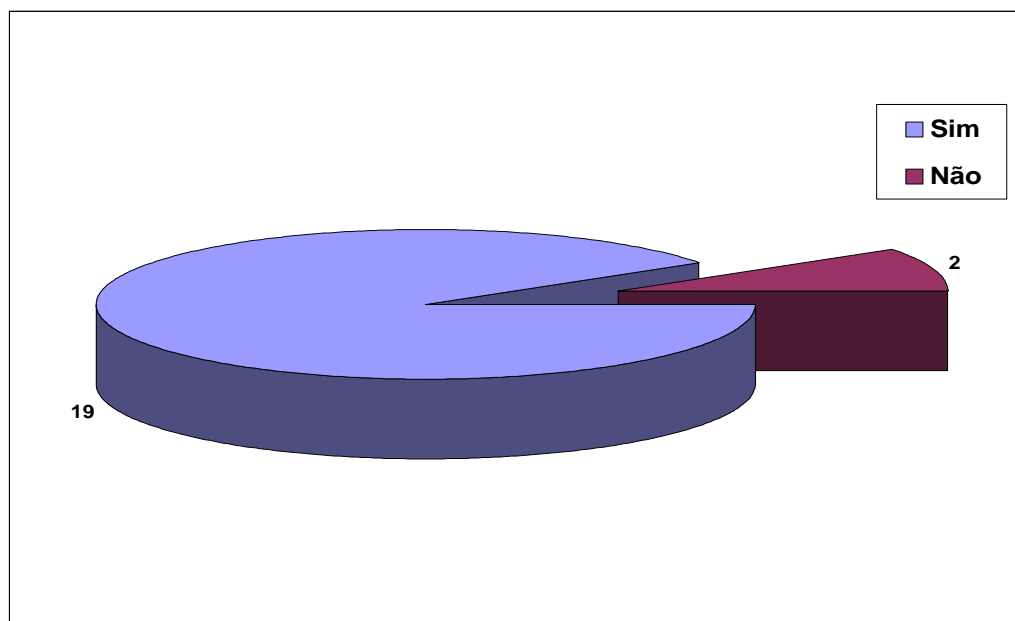


Figura 6 – Distribuição da amostra de estudo de acordo com a auto-percepção em relação ao exercício profissional.

4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos escolhidos para a coleta de dados foram o questionário (Anexo I) e uma entrevista semi-estruturada (Anexo II). Segundo Gil (2002) o questionário é um conjunto de questões respondidas por escrito pelo pesquisado, mas que pode conter questões a serem formuladas oralmente pelo pesquisador e respondidas oralmente pelo sujeito. Neste caso, o questionário é designado de entrevista. Tanto o questionário quanto a entrevista foram aplicados pelo próprio pesquisador.

A primeira parte do questionário, com nove questões fechadas, serviu para identificação dos sujeitos. A segunda parte visou à coleta específica dos

dados para pesquisa e foi composta de 16 questões fechadas desenvolvidas com base nas principais recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. O questionário com perguntas fechadas apresenta um número de opções de resposta limitado, segundo Leopardi (2001).

As respostas às questões foram dadas conforme a escala de Likert ou escala somatória, com uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado, isto é, várias assertivas sobre cada assunto, em que os respondentes não apenas responderam se concordavam ou não com as afirmações, mas também informavam seu grau de concordância ou discordância. Foi atribuído um número a cada resposta, refletindo a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação.

Chisnall (1973) coloca que as escalas de Likert, além de confiáveis, são mais simples de construir e permitem obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes, o que dá mais liberdade a eles, já que não precisam se restringir ao simples concordo/discordo.

Ao final do questionário, foi aplicada uma entrevista, cujo roteiro contou com três questões abertas. Para Marconi, Lakatos (2002) a entrevista:

“...é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um instrumento utilizado na investigação social, para coleta de dados...” (p 92).

Esta entrevista ocorreu de forma semi-estruturada na qual, segundo Minayo (1999), o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o tema proposto.

Este tipo de entrevista é mais flexível, pois mantém certa padronização que permite a comparação dos dados obtidos pelo conjunto de perguntas, na fase de análise dos resultados e também possibilita adaptações que facilitam a obtenção de mais informações relevantes para o estudo. Além disso, uma relação de confiança entre o entrevistado e o entrevistador é fundamental para a obtenção dessas informações (Marconi, Lakatos, 2002). Os dados levantados com as questões da entrevista serviram para aprofundar as informações colhidas com os questionários.

Para que os sujeitos fossem respeitados e conhecessem as intenções do pesquisador, motivando-se a responder as questões e verbalizar seus pensamentos, alguns passos foram seguidos. Primeiro, a pesquisa foi submetida à avaliação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM, sob o processo CEP 0105/05, conforme explicitado no Anexo III. Em seguida, foi realizada uma testagem prévia do instrumento, com três sujeitos de mesma formação acadêmica que a dos entrevistados.

Uma vez adaptado o roteiro, procedeu-se a aplicação do instrumento, sendo esclarecido ao entrevistado os motivos da pesquisa e que ele fosse sincero consigo mesmo em suas respostas e que não tivesse receio de desagradar o pesquisador. Finalmente foi garantido o anonimato e o sigilo das respostas (Leopardi, 2001). Apenas os sujeitos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) participaram da pesquisa.

As respostas da entrevista foram gravadas em áudio, mediante o consentimento do entrevistado. Posteriormente, este material foi transcrito integralmente pelo próprio pesquisador, respeitando-se as pausas, gestos, mímicas e outras expressões que puderam auxiliar na tradução da realidade em que se deu a entrevista. Além disso, teve-se o cuidado de respeitar um período de até cinco dias entre a entrevista e sua transcrição, visando o melhor aproveitamento da memória e da lembrança ainda viva e recente do momento da entrevista, possibilitando a obtenção de dados sem desvios de interpretação.

Com relação à transcrição, Szymanski (2002) coloca:

“A transcrição é a primeira versão escrita do texto da fala do entrevistado que deve ser registrada, tanto quanto possível, tal como ela se deu. Ao escrever faz-se um esforço no sentido de passar a linguagem oral para a escrita, ou seja, há um esforço na tradução de um código para o outro... Ao transcrever, revive-se a cena da entrevista, e aspectos da intenção são lembrados” (p.74).

4.3 Análise dos Dados

Os dados obtidos com as questões fechadas foram quantificados, tabulados e dispostos em gráficos. O material qualitativo adquirido com as entrevistas foi tratado por uma das técnicas de Análise de Conteúdo, denominada Análise Temática, visando atingir os significados manifestos e latentes. Nesta análise, os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas (Minayo, 1999).

Szymanski (2002, p.63) considera a Análise de Conteúdo como uma condição de “...hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência”, que favorece a desocultação de significados e superação de intuições precipitadas.

Falando sobre Análise de Conteúdo, Franco (2003) ressalta a importância da produção de *inferências*, colocando que estas são a razão principal deste tipo de análise, pois permite comparações de dados com os pressupostos teóricos, conferindo assim relevância teórica ao procedimento. Com relação à Análise Temática, Minayo (1999) ainda coloca:

“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso” (p.209).

Segundo Franco (2003), o tema é a unidade de registro mais útil em análise de conteúdo. Para se entender a noção de *tema*, Bardin (1979, p.105) cita que “...é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.”

Este trabalho analítico passou por três fases (Minayo, 1999). Primeiramente, na Pré-análise, foi feito um contato exaustivo com o material, através de repetidas leituras (leituras flutuantes), retomando simultaneamente os questionamentos e os objetivos iniciais da pesquisa, criando-se indicadores que orientaram a interpretação final. Nesta fase foram estabelecidos pressupostos iniciais flexíveis, que permitiram a incorporação de hipóteses emergentes.

Para se evitar a criação de uma categoria para cada resposta, levando a uma fragmentação intensa do discurso e podendo dificultar a análise das convergências, Franco (2003) sugere primeiro a criação de categorias mais amplas (molares) e depois os módulos interpretativos menos fragmentados (categorias moleculares) facilitando a classificação dos indicadores. Ainda nesta fase foram determinadas as unidades de registro (palavra-chave, frase, tema ou acontecimento).

Desta forma, nesta fase de pré-análise, estabelecida uma identidade maior com o material colhido nas entrevistas, foi possível a criação de grandes **núcleos temáticos (categorias molares)**. A partir deste ponto, **unidades de contexto** foram sendo separadas do texto, juntamente com as **unidades de registro** nelas presentes, sendo que, em algumas situações, uma única unidade de contexto apresentou mais de uma unidade de registro.

A segunda fase consistiu na Exploração do Material ou Codificação, quantificando as unidades de registro e suas respectivas unidades de contexto e classificando-as (agregando-as) de acordo com seus significados em **categorias de análise (categorias moleculares)**, que foram agrupadas dentro dos grandes núcleos temáticos anteriormente criados. Um exemplo desta análise está explicitado no Anexo V.

Finalizando a Análise de Conteúdo, houve a fase de Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, em que foi feita uma aproximação dos dados categorizados e a busca de divergências e convergências entre as unidades de registro, visando obter respostas à inquietação inicial desta pesquisa.

O passo seguinte constou da análise dos dados quantitativos junto aos achados qualitativos na busca de inter-relações das informações, para formulação de hipóteses a serem discutidas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão pertinente com a literatura são apresentados em dois sub-capítulos: “Concepções de Formação para uma Prática Generalista da Odontologia” e “A Graduação e a Formação para a Prática Generalista da Profissão”.

As “Concepções de Formação para uma Prática Generalista da Odontologia” foram extraídas a partir de entrevistas que, após análise temática, possibilitaram a criação de cinco categorias de análise relativas à **concepção ampliada de formação** e oito relativas à **prática generalista da profissão**.

Os dados relativos à “Graduação e a Formação para a Prática Generalista da Profissão” foram obtidos por análise do grau de concordância ou discordância sobre afirmativas relacionadas à graduação e pela exploração, por meio de entrevistas, de dois outros núcleos temáticos: “dificuldades/facilidades enfrentadas na graduação” e “propostas de mudança da graduação”.

No primeiro, três categorias foram formadas para contemplar as unidades de registro relativas às **facilidades enfrentadas na graduação** e outras 10 categorias para as unidades que traziam as **dificuldades experimentadas durante a graduação**. No segundo, 13 categorias compreendem as unidades de registro que apontam **propostas de mudança na graduação**.

5.1 Concepções de Formação para uma Prática Generalista da Odontologia

Apesar de não ter sido objeto da pesquisa um aprofundamento das concepções de formação propriamente dita, unidades de registro puderam ser detectadas na fala de alguns entrevistados e estão agrupadas em cinco categorias de análise.

Buscando melhor compreensão dos achados que integram essas categorias, nos reportamos a Houaiss, Villar (2001), que entendem “concepção” como sendo a “...*faculdade ou ato de aprender uma idéia ou questão, ou de compreender algo; compreensão, percepção... modo de ver ou sentir, ponto de vista; entendimento, noção... maneira subjetiva de ver e entender o mundo...*”

Uma primeira concepção de formação é a de “capacitação para a solução de problemas da área de formação”.

“...formação que capacita um indivíduo a ter total competência para solucionar, em quase a sua totalidade, problemas abrangidos em toda sua área de formação...”

Uma segunda concepção é a “capacitação para uma visão globalizada da profissão”, contextualizada em todos os espaços sociais/realidades para o trabalho.

“... para você ter uma visão mais globalizada mesmo, de como funciona a Odontologia fora de uma universidade... é mostrar para o graduando como que funciona a odontologia fora da faculdade, que eu saí só com essa idéia, como funciona lá dentro. Saí de lá e não conhecia. É isso.”

Formação é também entendida como uma “lapidação do estudante para a futura prática”.

“...é complicado, é complicado... eu acho que falta...o que falta, o básico na minha graduação, foi lapidar você...”

A “capacitação para o inter-relacionamento pessoal” se relaciona à concepção, na visão de alguns entrevistados.

“...Isso eu até hoje eu acho que precisa duma educação generalizada, assim, de mais essa relação um entre o outro.”

Finalmente, a “capacitação para conhecer direitos do profissional e do paciente” completa os parâmetros que integram uma concepção ampliada de formação, percebida na fala dos sujeitos.

“...até mesmo uma relação com a vivência clínica e ao mesmo tempo, generalista, de escolas, né? Estar vivenciando mais isto. E quanto à política de saúde pública, focar um pouco mais para que a gente possa conhecer mais as leis, o que é direito do profissional, o que é direito das pessoas, do paciente, do cliente. Eu melhoraria isso, no demais, pra mim foi boa a faculdade. A parte generalista.”

No entendimento de Lombardo (2000), a formação generalista é a que, por meio de uma metodologia de ensino multidisciplinar e integradora de múltiplos conhecimentos, permitirá ao profissional a aquisição de competências para a execução de trabalhos no âmbito da clínica geral, diagnosticando, planejando e avaliando os problemas odontológicos dos pacientes.

Moysés et al (2003, p. 58) a concebem como aquela que prepara “*um profissional tecnicamente competente, com sensibilidade social, capaz de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a maior parte da população brasileira*”.

Para apreender a concepção da formação generalista dos egressos investigados, foi necessário captar qual o entendimento de prática generalista que traziam. As 40 unidades de registro relacionadas a esta concepção estão agrupadas em oito categorias de análise.

As concepções vão desde visões de uma prática simplificada até o seu entendimento como complexa e abrangente. Neste sentido, um dos entrevistados a concebe como uma “prática ampla e superficial”.

“...uma formação bastante ampla, mas ao mesmo tempo bem superficial.”

Outro sujeito complementa dizendo ser uma “prática corriqueira do dia-a-dia, incluindo as emergências”.

“...são aqueles acontecimentos corriqueiros do dia-a-dia, aquelas emergências do dia-a-dia, o que é que você faz...”

Sete citações expressam como sendo uma “prática de atendimento ao ‘básico’ da profissão”, em que o profissional reconhece e encaminha os casos que necessitam de conhecimento específico.

“...um profissional que saiba...não atuar nas diversas especialidades, né? mas ele saiba um básico sobre Odontologia e que ele saiba indicar é...para os especialistas né?...os casos que ele não consiga resolver, né?”

“...o cirurgião-dentista tem que tá preparado, é, pra atender, é...vamos dizer assim, os procedimentos básicos, né? e também ele ter consciência daquilo que ele não pode, é...não tem domínio nem técnico e nem...teórico pra, é...praquilo e ele saber também, é...pra quem que ele vai encaminhar esse paciente, de que forma ele vai encaminhar esse paciente da, da melhor maneira possível. Então, ele tem que ter essa, essa bagagem, ele tem que ter esse tipo de, de, de, né? essa noção.”

Uma relação direta com “prática de clínica geral” é apontada em 12 citações. Os achados deste tema atribuem a esta prática uma visão generalista de competência geral, com noção de tudo, ou seja, noção geral da profissão, em que o profissional sabe lidar com situações gerais, realizando adequadamente o básico do dia-a-dia, atendendo as necessidades do paciente tanto em consultório particular, quanto no SUS, sabendo diagnosticar e encaminhar os problemas.

“...prática generalista envolve a formação do clínico geral e visa estar atuando, não só fazendo todas... desempenhando as áreas que lhe cabem, como também sabendo indicar os pacientes...”

“...Então isso eu acho que a graduação falhou bastante. A visão de competência geral exatamente... tem uma noção de tudo, né? Que promove, consegue desenvolver todas as áreas dentro do consultório. Tem uma noção geral da profissão.”

“...tem que dar condições de você trabalhar em todas as áreas. Caso você não queira trabalhar numa área específica, você sabe indicar para quem possa desenvolver melhor aquela especialidade. E também para que você possa tanto trabalhar no consultório particular ou no SUS da mesma forma, atendendo a todos... e sabendo fazer um tratamento geral.”

A prática generalista, vista como o exercício da clínica geral em odontologia, é concebida por três entrevistados como a “capacidade de diagnosticar e tratar toda e qualquer alteração em Odontologia, com exceção de casos específicos que necessitem de encaminhamento às especialidades”.

“...seria o clínico geral, seria uma pessoa que tem capacidade de diagnosticar, é...desde manchas brancas, que seria uma cárie inicial, até um câncer bucal, talvez... Então..., é, eu acho que tá preparada pra pelo menos saber encaminhar, é, botar o paciente na direção correta, tá? É... eu acho que seria principalmente isso, você ta capacitado pra direcionar o paciente pra melhor opção.”

“...tornar um indivíduo capaz de diagnosticar e tratar toda e qualquer alteração acometida em sua área, no caso odontologia, restando somente casos específicos que necessitem de um nível de conhecimento da “formação especialista”

A compreensão desta prática generalista se amplia e se torna mais complexa quando se analisam 12 citações que a contemplam como uma “prática multidisciplinar”, que percebe as especialidades de forma integrada, com uma visão do contexto geral do paciente (visão global) capaz de desenvolver um planejamento geral para este paciente.

“...é uma formação geral, multidisciplinar, onde engloba todos os segmentos da odontologia...”

“...seria você mais diagnosticar, identificar todos os problemas, relacionar a todas as áreas e fazendo o que for possível dentro da tua atuação e indicando, também, corretamente.”

“...uma visão global do tratamento... a integração, a visão global da Odontologia mesmo, o que acontece...”

Além disso, esta prática assume um relacionamento com outras áreas de conhecimento, permitindo uma visão global da Odontologia dentro de um processo “transdisciplinar”.

“...seria eu sair da graduação e conseguir não ter uma visão só da odontologia, mas, uma interligação de todas as disciplinas, desde área humanas, exatas, tudo isso...”

O campo ainda traz duas citações que incorpora bom senso, avaliação crítica e auto-avaliação frente a um caso clínico no exercício da prática generalista, desvendando e convergindo para um processo complexo entendido como uma “prática do discernimento”.

“Porque muita coisa a gente vai ver realmente na prática, mas ter um embasamento teórico e saber né?...ter discernimento do que dá para ser feito, do que não dá... encaminhar.”

“...ele ter consciência daquilo que ele não pode, é...não tem domínio nem técnico e nem...teórico pra, é...praquilo e ele saber também, é...pra quem que ele vai encaminhar esse paciente, de que forma ele vai encaminhar esse paciente da, da melhor maneira possível. Então, ele tem que ter essa, essa bagagem, ele tem que ter esse tipo de, de, de, né? essa noção.”

A “responsabilidade social” abrigada na prática generalista da profissão, através da atuação humanística de relacionamento com o paciente e também preventiva, promovendo a saúde e o bem estar da população e posicionando seu compromisso com a ética e com o social é citada por apenas dois sujeitos entrevistados.

“...um profissional de formação generalista é um profissional que está capacitado a atuar tanto na parte preventiva, a parte de relacionamento com o paciente promovendo a saúde da comunidade em que ele está inserido assim como também, atuar como ele foi designado para atuar na boca do paciente especificamente. Mas, com certeza em todos os âmbitos, tanto na sua comunidade, melhorando assim a saúde da... toda... inter-relacionado não só com a boca mas também com o bem estar da população mesmo.”

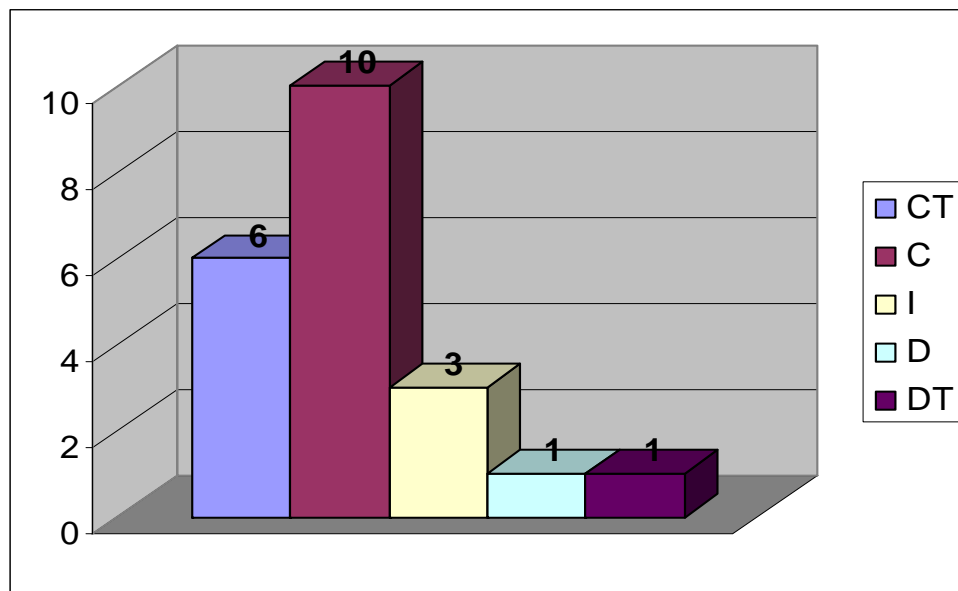
“...é uma formação geral, multidisciplinar, onde engloba todos os segmentos da odontologia, desde a parte prática, teórica, ética e social.”

Para Tumang (1981), a prática generalista, seja autônoma ou assalariada, isolada ou em equipe, deve envolver: diagnóstico dos problemas bucais existentes, planejamento de tratamentos compatíveis com as condições sócio-econômicas e com o estado de saúde geral do paciente, encaminhamento, se necessário, a um profissional especializado, racionalização do trabalho buscando equilíbrio entre a produtividade e o nível de qualidade desejado, educação para a comunidade e paciente visando manutenção da saúde bucal e implementação de métodos preventivos individuais e coletivo.

5.2 A Graduação e a Formação para a Prática Generalista da Profissão

Este sub-capítulo procura explorar as seguintes questões desta pesquisa: 1- Para você, qual a relação que existe entre a sua graduação e as dificuldades/facilidades enfrentadas no exercício da prática generalista? e 2- Com base em sua atividade como generalista, que sugestões você colocaria para o aprimoramento da graduação em Odontologia, visando a formação de profissionais preparados para o exercício desta prática?

Questionados especificamente sobre o preparo profissional para o exercício da prática generalista da profissão, 16 sujeitos concordaram que a graduação levou-os a atingir este preparo, três manifestaram indiferença em relação ao assunto e dois apontaram que a graduação não possibilitou o preparo (Figura 7).



3

Figura 7 – Preparo para a prática generalista.

Este resultado, apontando para um desempenho satisfatório da graduação no tocante ao exercício da prática generalista da profissão mostra, no entanto, dados conflituosos quando se analisam as questões abertas. A análise de questões abordando facilidades e dificuldades experimentadas na profissão e sua relação com a graduação, permitiu a detecção de 132 unidades de registro. Deste total, apenas nove citações (6,8%) referem-se à facilidades e estão agrupadas em três categorias de análise e 123 (93,2%) estão ligadas a dificuldades, agrupadas em 11 categorias de análise.

Das facilidades, cinco citações mostram um bom “embasamento teórico e prático” obtido na graduação, o que corrobora com uma boa formação para a prática generalista.

“Eu saí da faculdade com um bom embasamento teórico e prático. A gente teve uma carga horária bem boa...”

³ A legenda das figuras expressam o grau de concordância da escala Likert (CT = Concordo Totalmente; C = Concordo; I = Indiferente; D = Discordo; DT = Discordo Totalmente). Chisnall (1973).

Uma citação mostrou isoladamente uma “competência para a prática com concepção preventiva”.

“Facilidade em que sentido... é que na minha faculdade, foi uma faculdade baseada na prevenção, então, desde o 1º período ao 9º período, que lá são 9 semestres, a gente teve esta parte básica bem focada.”

Três apontamentos salientam como facilidade o “embasamento teórico” mas, paradoxalmente, realçam a pouca articulação com a prática.

“...facilidade... foi que você tendo um embasamento teórico, você tem como ir atrás do que você tava precisando, do que tá faltando pra poder fazer a parte prática.”

O Exame Nacional de Cursos (ENC) de 2003 mostrou que 55,7% dos alunos estão insatisfeitos com os cursos de graduação em Odontologia no Brasil (Perri de Carvalho, 2004). Este cenário de ineficiência da faculdade em seu papel de formação já vinha sendo apontado por Costa et al (1992), em 1987, analisando as faculdades de Odontologia da Grande São Paulo.

Ryding, Murphy (2001), analisando os cursos de Odontologia do Canadá, consideram os egressos um importante grupo de formadores de opinião capazes de fornecer informações a respeito da efetividade do currículo do curso em relação ao preparo para a prática profissional.

Outro estudo, realizado por Rafeek et al (2004), com 115 egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade de West Indies, utilizando um questionário com respostas em escalas de pontuação de um (não competente) a cinco (muito competente), mostrou que a competência relativa ao preparo para a prática atingiu a marca de 3,27, que em sua maioria (61, 8%) são generalistas. Uma outra informação trazida pelo estudo aponta que 55,1% dos egressos sentem-se bem preparados para a prática e 34,8% muito bem preparados.

A articulação da teoria com a prática e sua relação com o sucesso do processo de formação parece se desenvolver de forma satisfatória para 71,4% dos investigados, conforme mostra o gráfico abaixo (Figura 8).

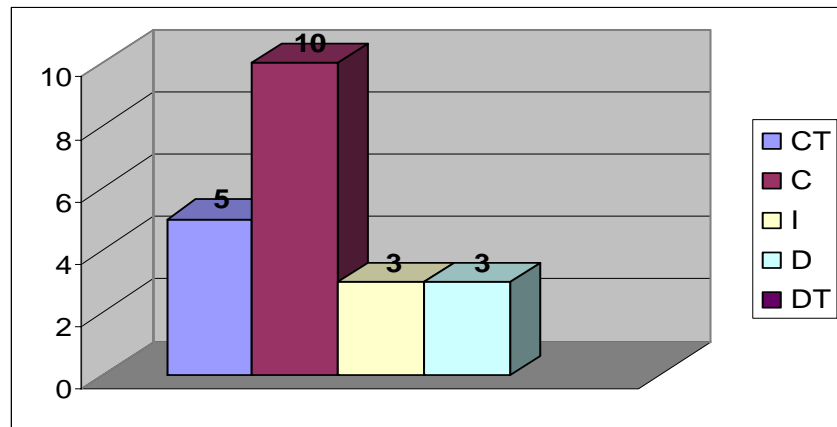


Figura 8 – Articulação da teoria com a prática.

No entanto, quando questionados sobre o que foi trabalhado na graduação, 20 sujeitos responderam que sentem a necessidade de maior domínio de conhecimentos teóricos e apenas um foi indiferente (Figura 9). Neste mesmo contexto, questionados em relação à necessidade de desenvolver habilidade prática (clínica), 17 concordaram, três foram indiferentes e apenas um discordou (Figura 10).

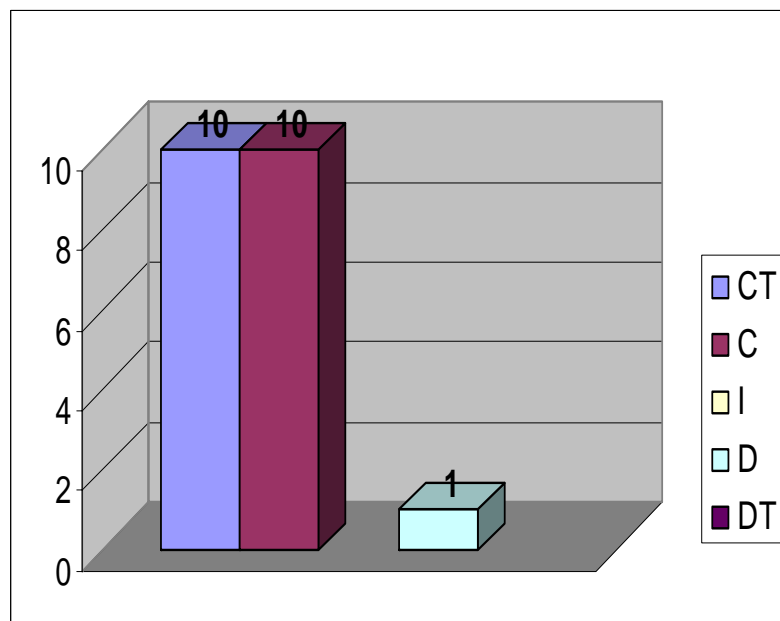


Figura 9 – Necessidade de maior domínio de conhecimentos teóricos.

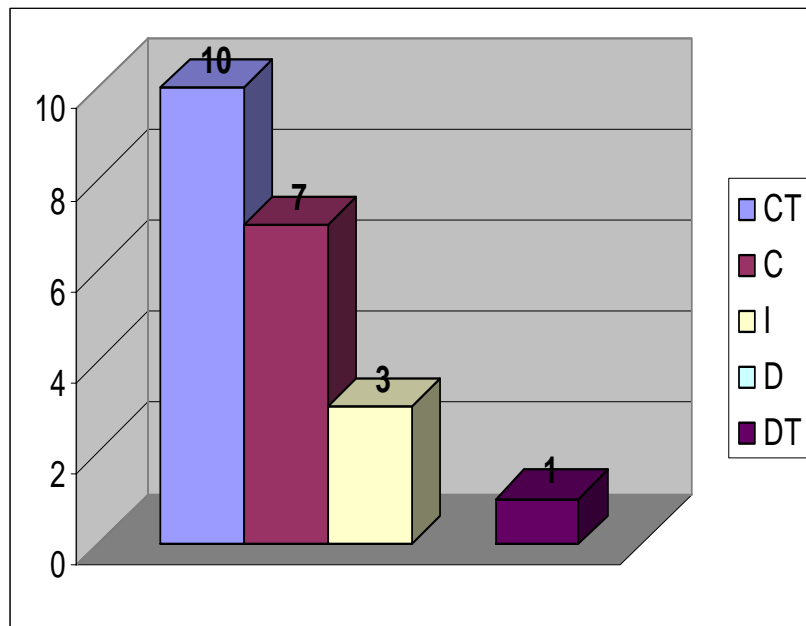


Figura 10 – Necessidade de melhor desenvolvimento de habilidades práticas.

Na avaliação qualitativa, esta “falta da articulação da teoria com a prática” constitui a categoria de análise com maior número de unidades de registro (35 citações), com ênfase na falta de treinamento das habilidades práticas para o atendimento clínico geral.

“...a graduação, ela te prepara teoricamente para tudo, mas até o momento de você viver aquela prática... então acaba sendo uma dificuldade.”

“Na graduação, o que faltou, foi a maior parte prática, então eu saí com um embasamento teórico até que razoável da faculdade, mas eu fui pra um consultório sem o preparo prático necessário pra atender os meus pacientes.”

Em um dos relatos, a falta da articulação da teoria com a prática, mostrou uma tendência inversa, ou seja, uma deficiência na teoria.

“Eu acho que no caso da... faculdade...que eu fiz... eles fazem muito mais a prática do que propriamente a teoria... Eu me sinto muito mais preparada pra fazer prática do que de repente você me perguntar alguma coisa sobre a teoria e eu te responder, entendeu?...”

Na pesquisa realizada por Costa (2002), com 636 alunos de Odontologia, 68,82% dos estudantes atribuíram às discussões de casos clínicos como a atividade que mais contribui para o aprendizado e para a maior integração

entre teoria e prática profissional. Este dado, de certa forma, mostra que o achado de Costa et al (1992) que trazia a necessidade de se incrementar o treinamento clínico, sinalizando falta de integração da prática com a teoria, tem sido trabalhado nas universidades, pois os alunos conseguem enxergar a importância na discussão da vivência clínica, o que pode formar uma base mais estruturada para a prática clínica acadêmica, levando-os a aproveitar melhor o tempo destinado a esta atividade durante a formação. Para os autores, as atividades teóricas de ensino eram satisfatórias, porém, o maior problema encontrava-se no preparo insuficiente para a prática, havendo desequilíbrios entre as cargas horárias dedicadas a estas modalidades de ensino.

Um forte exemplo desta desarticulação é trazido por Figueiredo et al (2005) em um estudo realizado com pessoas ligadas à rede SUS, mostrando que os professores e acadêmicos percebem claramente um distanciamento entre a teoria e a prática e que a graduação não prepara o futuro profissional para o trabalho no SUS, sendo que o foco do ensino ainda se encontra no setor privado. Os autores concordam que apenas as reformas curriculares implementarão mudanças para melhorar a integração entre o que se ensina e o que se pratica, assim como a qualidade dos profissionais formados.

A “visão de uma Odontologia descontextualizada da realidade” é a segunda categoria mais apontada como dificuldade após a graduação, com 21 citações. Esta descontextualização gera um despreparo para um enfrentamento da realidade da profissão frente ao mercado de trabalho.

“...a faculdade não ensina nada, de como está o mercado de trabalho hoje... Eu acho que a realidade do mercado não é mostrada. Acho que eles iludem um pouco a gente... os professores. Depois que você vai conversar como um colega aí sim, eles falam, mas durante a faculdade não. E aí você tem um impacto muito grande, quando você começa a trabalhar...”

Uma das questões do questionário abordou, especificamente, se as disciplinas desenvolvidas durante a graduação permitiram o entendimento da realidade social, cultural e econômica que o egresso enfrentaria após sua formação. Dentre os sujeitos, nove concordaram com este entendimento e 10 discordaram, ficando apenas dois indiferentes sobre a questão (Figura 11).

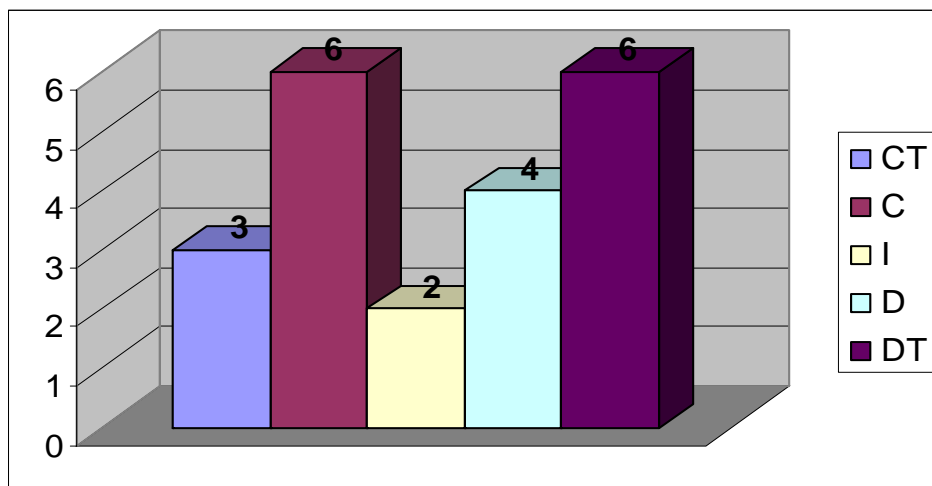


Figura 11 – Entendimento das realidades social, cultural e econômica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, ao definirem o perfil profissional do egresso, recomendam que sua atuação esteja pautada “...na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (Brasil, 2001, p.4).

Uma melhor compreensão da realidade da população a ser atendida pelo profissional pode ser conseguida com a ampliação dos cenários de ensino para as Unidades Básicas de Saúde, a comunidade e os domicílios, entendendo-se, a partir de um conceito ampliado de saúde, que “...todos os cenários onde se produz saúde são ambientes relevantes de aprendizagem” (Morita, Kriger, 2003, p.20).

Perri de Carvalho (2004), concordando com os autores acima, cita que o estágio supervisionado coloca o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais. Para a ABENO, este estágio proporciona ao aluno a integração e conhecimento da realidade social e econômica da região e do trabalho na área.

Uma pesquisa realizada com 213 alunos de uma escola pública americana e 267 alunos de uma escola privada, buscando analisar as percepções gerais em relação às atividades extra-muro do curso de Odontologia, apesar de ter encontrado diferenças entre os resultados dos dois grupos, concluiu que a missão, metas e o projeto pedagógico da escola devem ser obedecidos na execução e no

desenvolvimento desses programas. Além disso, os programas extra-muro não devem ser considerados apenas como um complemento, mas sim como um componente integral e necessário de um curso contemporâneo de Odontologia, em que as opiniões e percepções dos alunos devem ser respeitadas (Ayers et al, 2003).

Na opinião dos sujeitos pesquisados, um sistema deveria ser implantado em todo local de atividades extra-muro visando assegurar que estas ações tenham atingido as expectativas e necessidades do paciente e do estudante, assegurando o benefício de ambos nesse processo pedagógico.

Um estudo nacional, valendo-se de uma metodologia quanti-qualitativa, realizado com egressos da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (FOA-UNESP) mostrou que as atividades extra-muro levam os alunos a uma melhor compreensão das políticas de saúde bucal e do contexto social no qual irão ingressar, capacitando-os no atendimento às necessidades da população (Zina et al, 2005).

O aumento do tempo de prática clínica para alunos de último ano, em atendimento nas comunidades carentes, também é apontado como objetivo a ser atingido pelo Programa de Ensino Odontológico Baseado na Comunidade, financiado pela fundação W. K. Kellogg e pela Fundação The Robert Wood Johnson e California Endowment (Bailit, 2005).

O grupo de avaliação nacional de currículo, prática e profissão da Associação Americana de Ensino Odontológico (ADEA) concorda que a ampliação dos cenários de treinamento clínico pode ser uma estratégia para aproximar o aluno do contexto social. Em estudo sobre a percepção dos estudantes sobre os programas clínicos extra-muro, o grupo concluiu que as atitudes positivas de consciência social e um número grande de semanas dedicadas a estas atividades agregam valor à experiência. Dos 2950 alunos avaliados, muitos consideraram que esta experiência prepara efetivamente para o mundo do trabalho e para o entendimento da realidade social, devido ao enfrentamento de pacientes com grande diversidade cultural durante a graduação (Thind et al, 2005).

Miguel et al (2005) complementam as causas desta visão desvirtuada, assinalando a fragmentação do ensino odontológico nas universidades brasileiras como promotora deste entendimento distorcido da realidade social.

Questionados se a graduação os capacitou para o trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo os princípios e diretrizes deste sistema, 10 profissionais concordaram e 11 discordaram (Figura 12).

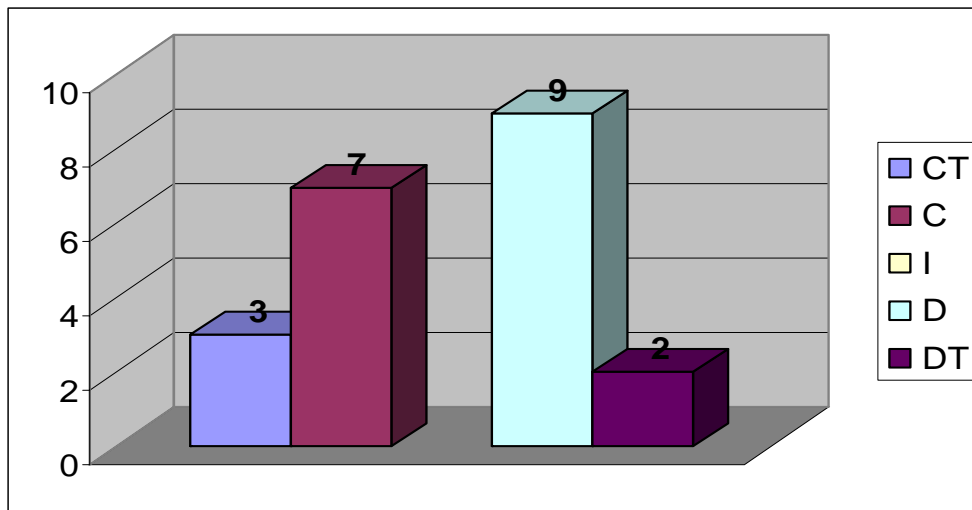


Figura 12 – Preparo para o trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde.

As entrevistas também realçaram o pouco preparo para o enfrentamento do paciente na sua realidade social e para a atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

“Então na verdade, na graduação, ela não me preparou para ter um contato maior com os pacientes dentro da realidade social em que eles viviam.”

“A questão também do Sistema Único de Saúde, eu acho que a universidade também não mostrou a realidade de como funciona um posto de saúde, numa prefeitura... Então, às vezes, você não tem gaze, tem que trabalhar com algodão... e na universidade você trabalha com isolamento absoluto, você trabalha com os ideais do que deveria ser a odontologia, mas dentro da realidade não é possível você aplicar isso...Então, de repente, fazer com que o aluno vá, conheça a realidade, as dificuldades das pessoas.”

Morita, Kriger (2003), concordando com a deficiente competência em atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), entendem que as Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde, precisam ser apreendidas num contexto maior, envolvendo a Reforma Sanitária Brasileira e a conseqüente criação deste Sistema. Os movimentos de mudança no Brasil referentes à Odontologia, encontram-se atrasados historicamente, fazendo-se necessário um esforço para a integração da saúde dentro dos novos cenários de aprendizagem interdisciplinar e multiprofissional, possibilitando a formação de profissionais com perfil adequado.

Conforme os autores, o Ministério da Saúde, ao definir politicamente a aproximação entre a formação de recursos humanos e as necessidades do SUS, sinaliza a necessidade de aproximação da Odontologia às outras áreas da Saúde. Apesar da inserção do odontólogo no Programa de Saúde da Família (PSF), Morita, Kriger (2003) confirmam que isto ainda não provocou o impacto esperado no ensino de graduação. O perfil que se espera deste cirurgião-dentista é o de generalista, tecnicamente competente, capaz de prestar atenção integral e humanizada com sensibilidade social, que saiba entender a realidade de vida da população e trabalhar em equipe.

Visando a adequação do ensino às necessidades do SUS, os autores colocam que os cursos de graduação em Odontologia poderão estabelecer acordos sistemáticos com a ABENO, Ministério da Saúde e Ministério da Educação e os coordenadores das instâncias municipais e estaduais do SUS.

Além desta estratégia, para se descobrirem os caminhos que a formação deve percorrer para atender às necessidades do SUS, Feuerwerkwer, Almeida (2004) lembram dos fóruns propostos pelo Ministério da Saúde, com o envolvimento das instituições formadoras, gestores do sistema de saúde e representantes do controle social.

Corroborando com os autores acima em relação ao deficiente preparo para atuação no SUS, Santos et al (2005) comentam que o papel dos cursos de Odontologia se torna indispensável para a formação próxima da realidade, atendendo as necessidades e anseios da população. Neste contexto, os autores citam o ensino da Universidade Estadual de Feira de Santana, oferecendo conteúdos que enfatizam a atuação do profissional de saúde em comunidade junto à estratégia do PSF e desenvolvendo estágios curriculares nos espaços sociais, já a partir do 4º semestre.

Os autores ressaltam a criação, pela Portaria nº 1.444, de 28/12/2000 do Ministério da Saúde, do incentivo destinado ao financiamento de ações possibilitando a inserção do cirurgião dentista no PSF e que este processo de inserção ainda encontra-se em construção.

Do total de cirurgiões-dentistas, 26% estão empregados em serviço público, sendo que metade destes encontra-se ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, criado em 1994, visando a substituição do modelo tradicional de atenção à saúde e a aproximação da equipe de saúde à família, melhorando assim a qualidade de vida dos brasileiros (ABENO, 2005). Na pesquisa realizada por Matos (2005), os respondentes consideraram este Programa, até hoje, como algo novo no cenário profissional, porém Capistrano Filho (2000) aponta que para o bom desempenho das atividades da equipe de saúde são necessárias posturas e práticas muito distintas das atualmente vigentes nos profissionais.

Um dos entrevistados aponta a não atualização da proposta de ensino com a realidade da profissão.

“...aprender toda a parte de...enfim, a visão de uma Odontologia que a gente não tem na faculdade, que é fora da realidade. Para mim a faculdade está uns 10 ou 20 anos para trás do que a gente tem hoje...então, é isso.”

Em relação a este evolutivo cenário da Odontologia, Figlioli (2001) e Saquy, Pécora (1996), conforme citação anterior neste trabalho, já comentavam sobre a crescente modernização de equipamentos e técnicas em várias áreas da Odontologia desde o século 20, passando pela inserção do laser nos tratamentos odontológicos, até as atuais transformações e desenvolvimento de novos materiais. Da mesma forma, Costa et al (1992), denunciavam esta dissociação entre o ensino e a realidade da prática.

Perguntados sobre o preparo para o desempenho de ações ligadas aos aspectos da administração e gerenciamento, 15 profissionais discordaram que a graduação os preparou para a gestão de pessoas, de recursos físicos e de informação, três acharam que o preparo foi adequado e três foram indiferentes, conforme o gráfico abaixo (Figura 13).

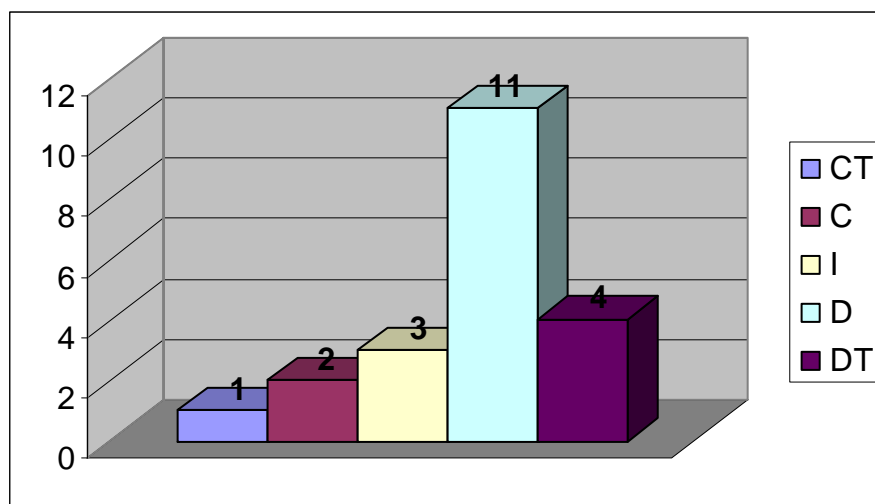


Figura 13 – Preparo para a gestão de pessoas, de recursos físicos e de informação.

Esta “falta de ensino sobre administração e gerenciamento de consultório” foi a terceira categoria mais encontrada (16 citações) na análise temática realizada, relacionando as noções de marketing em três destas citações.

“A outra dificuldade também é administração de consultório...a gente não tem base de informação...nenhuma...base de informação zero. Não sabe o que faz, o que é que compra, que material que é bom, que material que não é bom, é...as leis, o que que tem que ter. E até hoje eu ainda fico assim... Eu acho isso difícil.”

“você não aprende a trabalhar com dinheiro e no mundo de hoje, infelizmente, sem dinheiro você não vive... quanto cobrar, como se relacionar com funcionários, se você vai ter funcionários, se você não vai ter funcionários, quais vantagens e desvantagens? Se você vai ter uma secretária no seu consultório, uma ACD ou uma THD...Na verdade, eu acredito que seja mais umas noções de marketing que eu não vi em nenhuma universidade ter isso... como trabalhar o mercado...”

A pesquisa de Costa et al (1992) corrobora com este dado, ao concluir sobre a necessidade de se trabalhar melhor os conteúdos de administração aplicados ao consultório odontológico, durante a graduação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, em fase de implantação nos projetos pedagógicos dos cursos, descreve nas competências gerais dos egressos que estes devem estar aptos a “...fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (BRASIL, 2001, p.4).

A “segurança para o atendimento dos procedimentos da prática generalista” também foi trazida pelos entrevistados como uma categoria de dificuldade relacionada à graduação. Dentre as 15 citações que abordaram este tema, a falta de competência para a tomada de decisão foi citada quatro vezes.

“...você tem que dar uma resposta definitiva para o problema dele, se você pode ou se você não pode tratar. Na verdade, a graduação não me preparou para isso, né? Isso eu só fui descobrir quando eu enfrentei o problema na realidade.”

Neste contexto, estiveram presentes no discurso cinco citações sobre insegurança na execução das atividades do dia-a-dia.

“A gente fica meio perdido, a gente é inseguro, a gente não sai... eu sinto isso assim... a gente não sai da faculdade completamente treinado e preparado para entrar no consultório e atender e achar que tudo que você vai receber, você vai saber fazer. Não é bem assim. Então, eu senti essa falta.”

“Então, no começo, eu ia fazer uma moldagem com alginato eu já tinha medo. Eu via uma MOD gigante, falava “meu Deus como é que eu vou fazer”, né?...Tirar uma...fazer Prótese..nossa! Prótese foi um horror...fazer aquela coisa...isso eu também tinha pânico...pânico.”

A tomada de decisões na prática da profissão, no tocante ao manuseio de medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas, é apontada como competência desenvolvida na graduação por 15 profissionais. Dois sujeitos discordaram e quatro foram indiferentes (Figura 14).

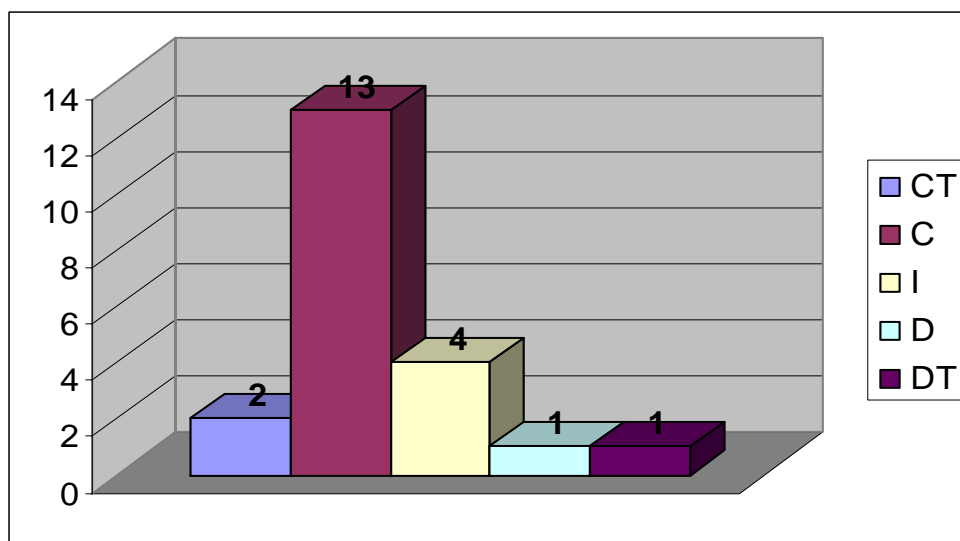


Figura 14 – Preparo para a tomada de decisões na prática da profissão.

Reforçando este ponto, as Diretrizes Curriculares Nacionais citam que “...o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade...” Para isto, as orientações dispostas no documento alinham que os egressos devem “...possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas” (BRASIL, 2001, p.4).

Um estudo realizado por Vizzotto et al (2005) sobre a Disciplina de Extramuros e o programa de Estágios em Unidades Básicas de Saúde do curso de Odontologia da UNIVILLE mostra que a inserção do aluno frente às dificuldades encontradas nos serviços públicos em graus de progressiva dificuldade, colabora com o despertar do senso crítico do aluno. Os autores ainda consideram que estas atividades preparam também o futuro egresso para a contextualização da realidade social da população, corroborando com Zina et al (2005) e Perri de Carvalho (2004).

Maltagliati et al (2005, p.171) escrevem que “a aproximação com o SUS possibilita ao indivíduo em formação capacidade para desenvolver um pensamento crítico e compromissado com a transformação da realidade de saúde do país”.

Diegoli et al (2005) acrescentam que a estratégia da pesquisa na graduação propicia a formação de um profissional mais crítico e atuante, além de melhorar o atendimento e a inserção na realidade social, na medida em que funciona como um fator propulsor da integração de conteúdos e disciplinas, contribuindo assim para a segurança no exercício de sua atividade profissional.

Já o preparo para o desenvolvimento da capacidade de comunicação inter-profissional e também entre o profissional e seus pacientes, obtido na graduação, mostrou uma heterogeneidade de opiniões entre os pesquisados (Figura 15).

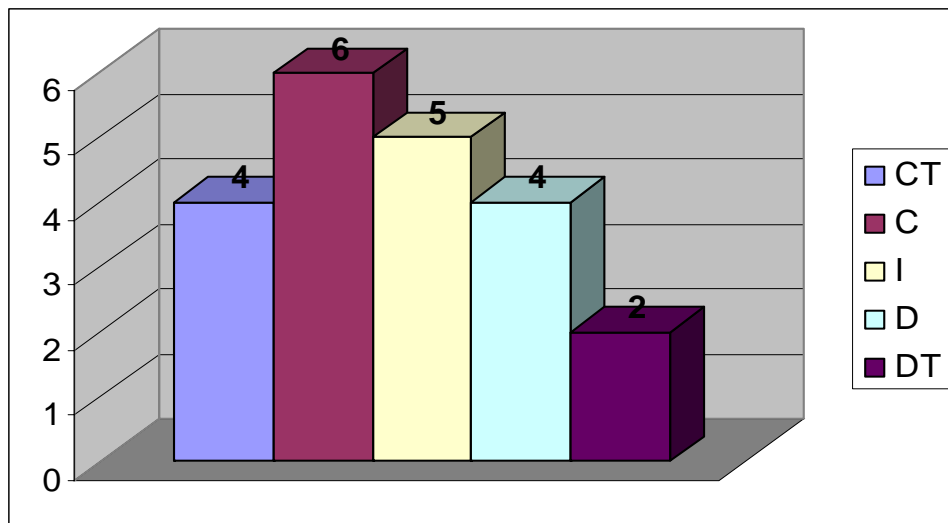


Figura 15 – Preparo para o desenvolvimento da capacidade de comunicação

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal enfatiza que:

“Comunicar é por em comum, entrar em relação, é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, tornar transparente e em saúde, deve assegurar a capacidade de gerar e trocar conhecimento que fundamenta a saúde, tendo a comunicação como processo democrático que envolve informação, interlocução e outros processos culturais como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção à saúde” (ABENO, 2005, p.9).

Assim, considerando o ensino na graduação, 16 profissionais sentem necessidade de um melhor preparo para o desenvolvimento de atitudes de relacionamento profissional com pacientes e seus familiares, percebido após o curso, durante o exercício da prática generalista da profissão (Figura 16).

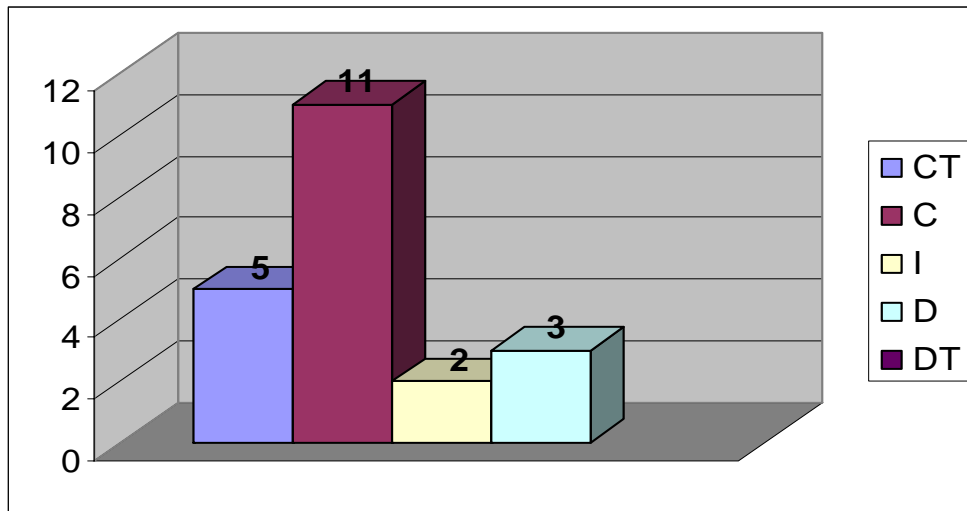


Figura 16 – Necessidade de treinamento para o relacionamento profissional com pacientes e familiares.

Nas entrevistas, os aspectos do relacionamento aparecem em duas perspectivas na fala dos sujeitos. Primeiro, a dificuldade apontada em 15 citações foi a “falta de preparo para o relacionamento paciente-profissional”.

“A relação pessoa a pessoa, profissional com paciente...a faculdade em si, ela não ensina o que você, como você tratar o teu paciente. Isso vem de você, da sua criação e isso falta na faculdade, sim.”

“Eu acredito que faltou também um pouco de...talvez uma matéria que envolvesse a nossa adaptação ou o nosso preparo em relação... quando o paciente chega para a gente, primeira consulta, como eu vou lidar com ele, entendeu? Saber visualizar qual é a necessidade do paciente, o que ele está te passando, o saber ouvir o paciente, que eu acho que é muito importante. Então eu acho que faltou uma atenção neste sentido.”

A segunda perspectiva refere-se à “falta de preparo para o relacionamento inter-profissional” abordada em cinco citações, envolvendo os aspectos éticos deste relacionamento em apenas uma delas.

“... o que eu quero dizer é o seguinte: falta também ter uma relação dentista-dentista, uma relação mais amigável... Pela concorrência, um quer massacrar o outro e isso é triste, é triste, é horrível e eu acho que deveria ser completamente diferente. Se você não faz aquilo, você indica para o seu colega, tem um relacionamento bom, você troca idéia com ele. E não é só com aquele colega que é seu amigo, aquele que se formou com você. É com todos, de idades diferentes.”

“...o relacionamento com outros profissionais... Deveria ser dada uma importância maior quando você faz um modelo de estudo, para você solicitar uma radiografia, um exame e, da mesma forma, para que você possa trabalhar melhor com outros profissionais, de outras áreas. De repente, o paciente tem outro problema que foge da Odontologia e que você vê, você percebe claramente que não é o fato de ele estar dentro do seu consultório que você vai conseguir resolver. Você tem que encaminhar para outra especialidade e você não sabe.”

As Diretrizes Curriculares Nacionais preconizam a comunicação como uma das competências gerais de formação em saúde, compreendendo a “...*interação com outros profissionais de saúde e o público em geral*” e explicando que esta “...*envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação*”. No tocante às competências e habilidades específicas, as Diretrizes reforçam o trabalho em equipes interdisciplinares (BRASIL, 2001, p.4).

Feuerwerker, Almeida (2004), ao abordarem as competências comuns a todos os profissionais de saúde das Diretrizes Curriculares Nacionais, indicam e defendem a necessidade de trabalho no campo da comunicação e do trabalho em equipe.

Falando sobre o ensino superior em Odontologia, Bertolami (2002) evidencia alguns atributos indispensáveis para se determinar a sobrevivência e o sucesso dentro de uma profissão em que o conhecimento especializado tem uma vida média de poucos anos. Além do senso de contextualização de mundo, natureza, sociedade e comprometimento com a cidadania, o autor traz como predicados de vitória a abertura e a habilidade em se comunicar com clareza e precisão.

“Acompanhamento/entendimento da proposta de ensino na clínica integrada” é também apontada como dificuldade vivenciada na graduação (seis achados).

“Na clínica integrada... uma dificuldade, vamos supor, igual ao curso aqui, que é tudo integrado, na faculdade não funcionava bem assim, então, esta visão generalista não tinha muito a ver.”

Esta dificuldade é explicitada como uma proposta teórica de clínica integrada, porém executada na prática de maneira segmentada, uma proposta teórica de prática integrada e substituição para estudo para o provão e, também, o pouco tempo de vivência clínica para se entendê-la de forma integrada.

“Tudo tinha que chamar um ou outro, né... Cada um via um pedaço de um dente. Então eu acho que complica, a hora que você sai, o mercado, começa... você fica... tem que fazer tudo, mas, puxa, isso daí eu tinha que chamar não sei quem pra fazer...”

“...a dificuldade que eu tive assim que eu me formei foi que eu tive durante os dois últimos anos da faculdade as especialidades separadas, endodontia, pério, enfim...e no último ano que a gente tem a tal da clínica integrada, na minha faculdade em específico foi usada pra estudo de provão...tá. Então eu tive uma dificuldade enorme depois de estudar a integrada... Então, eu senti muito essa necessidade de ter uma clínica integrada...”

“... você entra num consultório perdida...você olha a boca de um paciente você está perdida. O recém formado, ele não sabe integrar Endo, com a Pério, com a Prótese, não sabe ver um contexto geral do paciente...não sabe...”

Marcos (1991, p.13) explica que os primeiros exercícios acadêmicos na “clínica integrada” foram desastrosos, pois o que realmente acontecia era a união de vários especialistas (que não eram clínicos gerais) tentando adaptar os passos operativos de um tratamento seqüencial, porém desagregando a formação do clínico geral. Sendo assim, a clínica integrada era “*simulada*”, “*artificial*” e distorcia o propósito da formação geral, perdendo confiabilidade ou credibilidade e dando espaço a uma ideologia hegemônica, então dominante, de uma prática individual, desigual e curativa, não funcionando como um “*sistema de atenção*”, como deveria ser. O autor ainda alertava que esse modelo primitivo e desprovido do sentido histórico social não promovia uma “*boa*” formação profissional.

Freitas et al (1992) concordam com a não integração entre especialidades nas atividades de Clínica Integrada, talvez pela falta de uma conceituação do termo e definição do seu papel por parte dos cursos de graduação.

Um dos pontos comuns, encontrados nas conclusões dos grupos de estudo da Reunião 2000 da ABENO, refere-se à necessidade de reformulação da atuação docente/aluno para permitir a realização da prática clínica integrada dentro de uma linha de pensamento interdisciplinar (ABENO, 2005).

O processo de formação do corpo docente da Clínica Integrada deve ir muito além do que simplesmente o agrupamento de professores e também de acordos para a seleção de conteúdos a serem trabalhados nas disciplinas. A integração necessária deve ser alcançada com o desenvolvimento de habilidades e competências destes docentes para lidarem com o todo, sem ter o foco único no conteúdo de suas especialidades (Cristino, 2005). A autora completa dizendo ser possível a construção de uma prática de Clínica Integrada com docentes especialistas, entendendo-se, porém, o árduo trabalho pedagógico para se atingir o perfil ideal do professor para este ensino.

Uma das questões do questionário abordou a estrutura curricular do curso de graduação, sendo que apenas três sujeitos disseram que ela foi flexível, permitindo adaptação às vocações, potenciais e interesses individuais dos alunos (Figura 17).

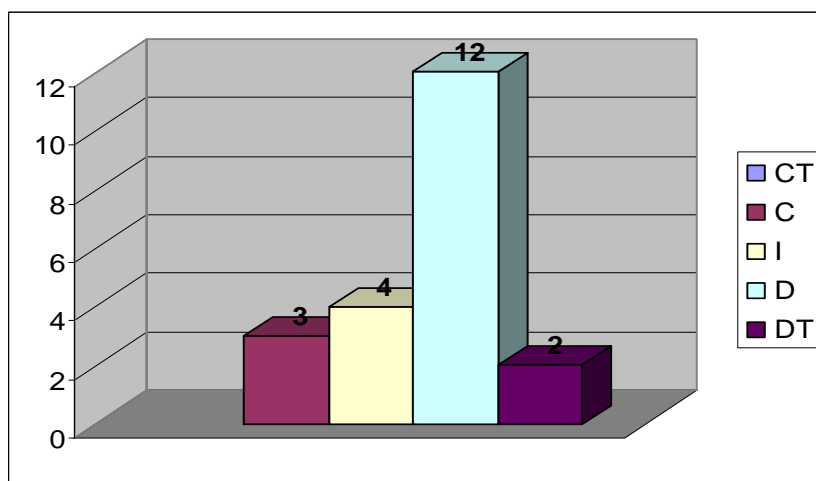


Figura 17 – Flexibilidade da proposta curricular.

A “segmentação do curso” é também abordada na análise qualitativa (cinco citações), incluindo a heterogeneidade das disciplinas que desencadeia diferentes níveis de aprendizado do aluno (três citações).

“...eu vou acrescentar mais uma coisa, nos termos de periodontia, eu senti também muita falta de aprendizado, muita falta, especialmente para as questões de periodontia mais avançada. Não só a parte de raspagem. Na clínica a gente fez raspagem e tudo, mas na parte de cirurgia, uma aumento de coroa, procedimentos até simples, aumento de coroa, plástica gengival não teve, não teve. Alguma coisa de teoria, mas a parte prática realmente faltou.”

“Com relação à parte de clínica, a única coisa que a faculdade me deixou um pouco defasado foi a parte de prótese, eu tenho dificuldade até hoje de prótese. Agora, o restante foi satisfatório. Eu consigo me dar bem com tudo que eu aprendi na faculdade.”

As Diretrizes Curriculares Nacionais em seu artigo 13, incisos II e III, abordam sobre a fragmentação do ensino. Comentando sobre isto, Morita, Kriger (2004) afirmam:

“Na articulação de conhecimentos, busca-se mudar a estrutura curricular de tal forma que se eliminem os ciclos clínico e básico, completamente separados e organizados em disciplinas fragmentadas, passando para um currículo majoritariamente integrado, sem disciplinas isoladas” (Morita, Kriger, 2003, p. 19).

Perri de Carvalho (2004), citando as Diretrizes Curriculares Nacionais, enfatiza a integração de matérias, mostrando uma referência feita à aproximação do conteúdo básico e a sua aplicabilidade clínica, viabilizada pela integração curricular.

Feuerwerker, Almeida (2004) comentam o convite das Diretrizes à interdisciplinaridade como avanço e passo fundamental para a superação dos currículos organizados por disciplinas e centrados nos conteúdos, evidenciando a complexidade do trabalho com esta premissa.

Grande parte das distorções no currículo de Odontologia e a perda de visão integral do curso ocorrem, para Perri de Carvalho (2005), pela falta de inter-relação das disciplinas e a livre escolha dos seus conteúdos, além da falta de um projeto pedagógico.

A fragmentação do ensino nas disciplinas clínicas ministradas isoladamente, num nível de articulação quase inexistente, torna questionável sua contribuição para a formação profissional. Esse modelo que trata partes de partes e não o paciente como um todo, tem possibilitado apenas o estudo integral da boca, sem vinculá-la ao conjunto de saberes que envolve um estado de saúde integral, convidando para um necessário repensar da prática integrada, chamada hoje de “clínica integrada” (Cristino, 2005).

“A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas” (Cristino, 2005, p.13)

Conforme o estudo realizado por Perét, Lima (2005), a formação do docente em Odontologia está, até hoje, concentrada e estruturada a partir de um curso de pós-graduação, voltada para as especificidades da profissão, numa perspectiva fragmentada do ensino, com uma clara deficiência na perspectiva pedagógica. Para as autoras, a formação crítica do professor de Odontologia pode se dar pela articulação entre o ensino e a pesquisa, possibilitando a aquisição de competências e habilidades que o levem a refletir sobre o seu papel como agente de desenvolvimento de uma Odontologia voltada para atender as necessidades da população.

Na pesquisa realizada por Ryding, Murphy (2001) nas faculdades de Odontologia do Canadá, questionando os egressos sobre o preparo para a prática odontológica, o currículo que integra as ciências básicas às clínicas apresentou uma pontuação mais alta do que o currículo tradicional,. Esta diferença de resultados deve-se a incorporação de um maior contato com a prática odontológica nos primeiros dois anos do curso.

A visão holística da profissão, trabalhada em uma das perguntas fechadas do questionário que visava avaliar se a graduação permitiu o preparo para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, foi concordada pela maioria dos profissionais respondentes, conforme pode-se ver no gráfico abaixo (Figura 18).

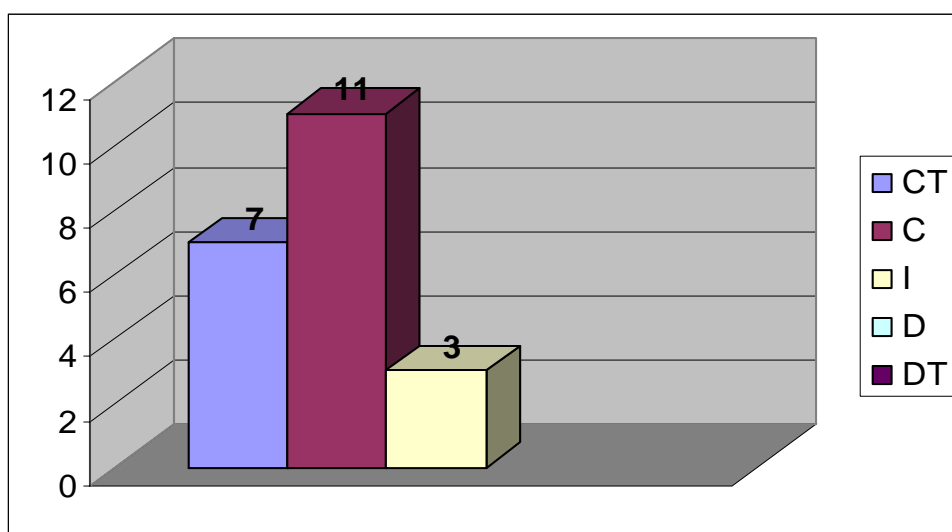


Figura 18 – Preparo para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.

Na análise temática das entrevistas esta “visão integral (entendimento do contexto geral) do paciente” é apontada em três citações como dificuldade durante a graduação.

“Eu acredito que faltou também um pouco de...talvez uma matéria que envolvesse a nossa adaptação ou o nosso preparo em relação... quando o paciente chega para a gente, primeira consulta, como eu vou lidar com ele, entendeu? Saber visualizar qual é a necessidade do paciente, o que ele está te passando, o saber ouvir o paciente, que eu acho que é muito importante. Então eu acho que faltou uma atenção neste sentido.”

“...100 por cento que começam na clínica integrada, a gente fez o que, adequação, começou a fazer alguma coisa e acabou...quer dizer, você não tem esse crescimento, você não tem essa integração, então, você entra num consultório perdida...você olha a boca de um paciente você está perdida. O recém formado, ele não sabe integrar Endo, com a Pério, com a Prótese, não sabe ver um contexto geral do paciente...não sabe...”

As Diretrizes Curriculares Nacionais, em seu artigo 5º, item IV e parágrafo único, tratam a visão integral como a competência em

“...atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” contemplando *“...a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”* (Brasil. CNE/CES, 2002, p3).

Para Perri de Carvalho (2001), visando-se a oferta de uma visão de conjunto/integral da profissão, torna-se fundamental que o clínico geral trabalhe, durante a graduação, com informações que o capacite para o discernimento dos limites de atuação e para o entendimento e relacionamento com as especialidades odontológicas. O autor também defende que o estágio extra-muro possibilita um atendimento integral ao paciente, prestado pelo aluno de Odontologia à comunidade (Perri de Carvalho, 2004).

Morita, Kriger (2004) sinalizam a tendência das instituições de ensino em Odontologia a anteciparem a prática clínica integrada, imprimindo complexidade progressiva às atividades, favorecendo assim a visão integral do paciente.

Com relação a este aumento de tempo de treinamento clínico, o curso de Odontologia da UNIVILLE, com cinco anos de duração, trabalhando uma visão de integralidade, adota as atividades de Clínica Integrada a partir do terceiro ano (Miguel et al, 2005).

As diretrizes do ensino odontológico norte americano preconizam que, no mínimo, os egressos devem estar aptos a cuidarem da saúde bucal numa perspectiva generalista e de visão integral, atendendo ao público infantil, adolescente, adulto, idoso e que necessitem de cuidados especiais (Holmes, 2003). Este modelo de atendimento clínico com visão integral caracteriza-se pelo papel mais generalista do que especialista e por um ensino com foco mais no paciente do que no aluno.

A falta de maturidade do aluno ao ingressar no curso de Odontologia foi elencada em três citações na categoria de análise que aborda a “característica do aluno” como dificuldade enfrentada na graduação para o exercício da prática generalista da profissão.

“Então já começa por ai, eu acho que tem muita gente imatura que não tá nem ai pra nada...”

“Eu acho que o que falta na graduação, antes de culpar as instituições que seria o mais fácil, eu acho que falta muito hoje a maturidade mesmo de você entrar num curso e ver isso daqui cinco anos como é que vai ser.”

A “falta de conhecimento para o tratamento multidisciplinar” é também citada como dificuldade enfrentada no exercício da prática generalista relacionada à graduação (duas citações).

“...o relacionamento com outros profissionais... Deveria ser dada uma importância maior quando você faz um modelo de estudo, para você solicitar uma radiografia, um exame e, da mesma forma, para que você possa trabalhar melhor com outros profissionais, de outras áreas. De repente, o paciente tem outro problema que foge da Odontologia e que você vê, você percebe claramente que não é o fato de ele estar dentro do seu consultório que você vai conseguir resolver. Você tem que encaminhar para outra especialidade e você não sabe.”

Por outro lado, os achados quantitativos mostraram que 66,6% dos profissionais responderam que foram preparados na graduação para uma atuação multiprofissional, com enfoques inter e transdisciplinares, conforme se observa no gráfico abaixo (Figura 19).

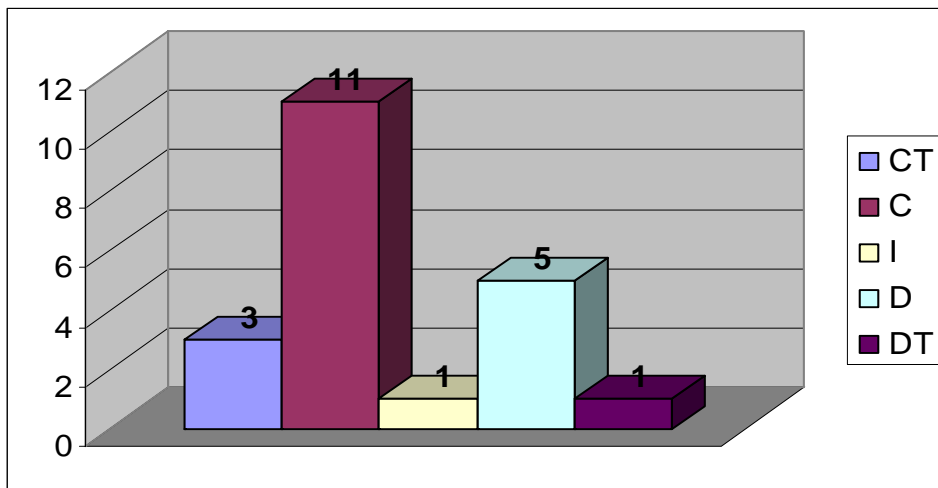


Figura 19 – Preparo para uma atuação multiprofissional.

Estes pressupostos são trazidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia como o preparo do egresso para:

“...atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética” (Brasil. CNE/CES, 2002, p.3).

Falando dos ganhos adquiridos com o estágio curricular extra-muro, Perri de Carvalho (2004) coloca que, dentre as atividades desenvolvidas no estágio supervisionado, o aluno participa de atendimentos multidisciplinares em serviços públicos e privados.

Miguel et al (2005), no estudo realizado na UNIVILLE, comentam que a referida graduação constrói e orienta suas disciplinas propondo um ciclo básico laboratorial com uma visão multidisciplinar do todo.

Quando se questionou sobre indicação de mudanças na graduação, caso fossem os coordenadores do curso de Odontologia da faculdade onde estudaram, 100% dos profissionais responderam que fariam mudanças, visando melhorar a graduação (Figura 20).

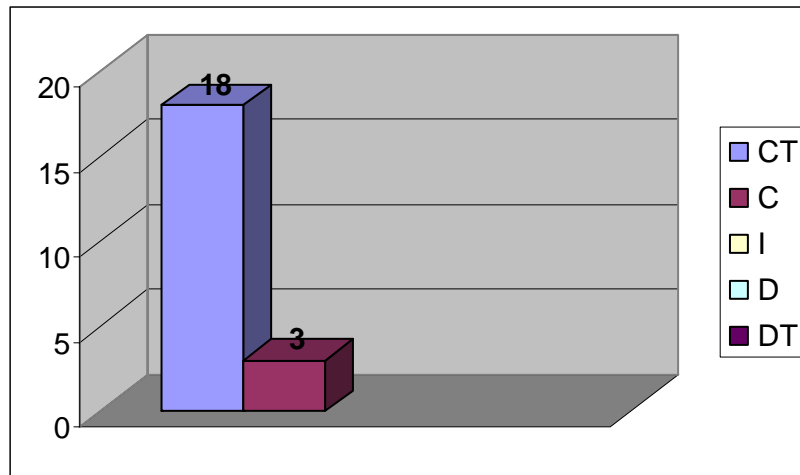


Figura 20 – Indicações de mudanças em sendo coordenador de curso.

Das 48 mudanças sugeridas, 17 estavam ligadas à metodologia de ensino/aprendizagem, 13 relacionadas à carga horária de prática clínica e laboratorial, 12 à carga horária de teoria e seis aos espaços físicos como laboratório, clínica e sala de aula (Figura 21).

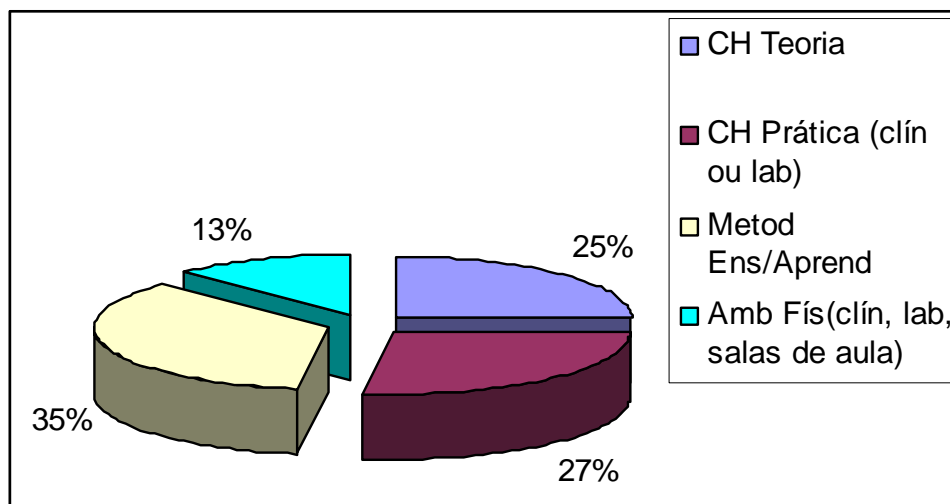


Figura 21 – Sugestões de mudanças.

O total de unidades de registro que aborda as sugestões de mudança da graduação na avaliação qualitativa, foi de 141, divididas em 13 categorias de análise.

A categoria que traz o maior número de unidades de registro é a necessidade de “melhor articulação da teoria com a prática”, com 32 citações, sendo o aumento do tempo de treinamento clínico a proposta mais apontada pelos entrevistados (13 citações).

“... para melhorar a faculdade, a graduação, eu apostaria mais na clínica integrada... dar um tempo maior dentro da integrada. Uma visão mais geral. Você poderia pegar o paciente e trabalhar o geral dele, todos os procedimentos, como funciona no consultório.”

“Quanto a COI, né? Que era a Clínica Odontológica Integrada, eu acho que, foi dado um ano só de COI. Eu acho muito, muito, muito pouco. Eu acho que deveria ser trabalhado, sei lá, já que nós tínhamos aula de sábado poderia ter, ter sido trabalhado em outros anos, anos anteriores e não só apenas no último ano, entendeu? Acho que faltou sim tempo, acho que o tempo foi inimigo, né?”

A integração propriamente dita foi também muito enfatizada nesta articulação.

“Eu estenderia primeiro na carga horária, principalmente de clínica para a gente trabalhar, e principalmente de clínica integrada, não daquela coisa separadamente... só aula de canal, hoje, só aula de... não, aquela coisa integrada que você chega, você pega o paciente e você faz do princípio ao fim e você vai da oclusão, da restauração até reabilitação e estar trabalhando como um todo. Eu estenderia a grade horária clínica, principalmente clínica integrada.”

Para a melhoria da articulação foi também sugerida alteração de grade curricular.

“formação profissional a gente teve quando estava no 2º ano...A gente acabou tendo esta formação profissional quando você tem só teoria, você não tem convívio com o paciente, você não tem contato com outras disciplinas, com outros professores que tenham outras idéias. Então, talvez foi uma disciplina com uma capacidade pedagógica boa mas no lugar errado. Uma disciplina que deveria ser ministrada quando a pessoa está no último ano.”

“colocar algumas matérias que poderiam ter sido colocadas, em anos anteriores. Às vezes, a carga horária, joga essa matéria pro oitavo semestre, poderia ter sido dada no segundo, antes de entrar na clínica pra você estar mais preparado até pra, é, atender mais rapidamente e com uma ergonomia melhor, que isso daí não foi aplicado né?”

Como segunda maior categoria de análise nas propostas de mudança, os entrevistados propõem em 30 citações um “ensino mais contextualizado com a realidade”, abordando neste contexto a própria prática generalista em sete citações.

“...é o que eu mudaria assim... é **mostrar para o graduando como que funciona a odontologia fora da faculdade**, que eu saí só com essa idéia, como funciona lá dentro. Saí de lá e não conhecia. É isso.”

“...Isso eu acho que eu mudaria na graduação, para **melhorar**, até mesmo **uma relação com a vivência clínica** e ao mesmo tempo, **generalista, de escolas, né? Estar vivenciando mais isto.**”

A atuação no SUS aparece em três citações.

“A questão também do Sistema Único de Saúde, eu acho que a universidade também não mostrou a realidade de como funciona um posto de saúde, numa prefeitura... Isto foi mostrado em teoria, mas o aluno deveria ir, pelo menos, para conhecer e ver como é...”

“Então, de repente, fazer com que o aluno vá, conheça a realidade, as dificuldades das pessoas.”

Ainda nesta categoria, dois profissionais sugerem uma ampliação do compromisso social da escola.

“...outra coisa, o envolvimento maior da...da faculdade dentro da própria cidade, expandindo cada vez mais pra tá atendendo a população mais carente, é...não só num, num, num período de um ano que, que, que é o estágio, essas coisas, mas até antes de, de... promoção de campanhas de câncer bucal, campanhas, todo tipo de campanha que possa tá ajudando a população de, de alguma maneira né?”

A “melhoria do ensino de administração/gerenciamento de consultório” foi citada 17 vezes.

“Eu acho que também deveria também haver uma disciplina que só falasse da administração de um consultório, sabe...e isso assim ser como se fosse “*sine qua non*” pra uma curso de Odontologia. Porque, realmente, o aluno sai da faculdade despreparado, com uma mão na frente e outra atrás, não sabe o que fazer, né...”

“Até eu acho interessante também fazer... no caso, o profissional fazer uma gerência mesmo, fazer simulações de compra de material, o que vai se utilizar e o que não vai, e fazer um levantamento... Isso eu acho que seria interessante, na graduação já, voltando àquela parte de administração do consultório e tudo mais.”

A “integração do ensino” é apontada como sugestão de mudança na graduação em 16 citações.

“...a universidade deveria ter trabalhado melhor. Acho que isso de trabalhar esta prática generalista, na graduação você consegue ver todas as disciplinas, você consegue ter uma parte básica de todas as disciplinas. Agora, no conceito generalista... ainda falta alguma coisa para que você consiga trabalhar melhor todas as áreas.”

“Você tem que encaminhar para outra especialidade e você não sabe. Então, de repente, você, dentro da graduação, você fazer uma integração entre outras disciplinas, de repente seria interessante. Você ter... sei lá, monta uma disciplina de formação profissional e, dentro disso, você faz uma abordagem do que você pode encaminhar para outras disciplinas, do que você vai...”

Uma única unidade de registro refere-se, especificamente, à interdisciplinaridade numa perspectiva de uma prática multiprofissional do trabalho.

“Você tem que encaminhar para outra especialidade e você não sabe. Então, de repente, você, dentro da graduação, você fazer uma integração entre outras disciplinas, de repente seria interessante. Você ter... sei lá, monta uma disciplina de formação profissional e, dentro disso, você faz uma abordagem do que você pode encaminhar para outras disciplinas, do que você vai...”

Além dessa, o estímulo à interdisciplinaridade no atendimento clínico (integração das competências docentes na prática clínica geral) é encontrado em outra citação.

“Deveria ter sido integrado melhor as disciplinas. Então, de repente, para que você pudesse mudar isso, você monta uma equipe com 4 professores de dentística mas, um desses professores, de repente, está ali e não é um professor de dentística, é um professor de periodontia. Então você tem uma dúvida num caso, você chama o professor de dentística, mas chama o de perio também e aí, ele vai dar uma sugestão melhor...Não digo que todas as disciplinas tivessem um professor de outra área, mas um professor que tivesse uma capacidade de gerenciar o pensamento lógico dos outros profissionais daquela disciplina”

A “ampliação de cenários de treinamento clínico” foi sugerida em 10 citações, sendo que em quatro destas aparece a referência sobre a necessidade do graduando fazer estágio extra-muro.

“...É o que eu mudaria assim... é mostrar para o graduando como que funciona a odontologia fora da faculdade, que eu saí só com essa idéia, como funciona lá dentro. Saí de lá e não conhecia. É isso.”

“...Realmente criar um trabalho em escolas, criar consultórios, para disponibilizar, já que está no meio acadêmico, sobre coordenação de como é feita uma clínica integrada.”

“eu colocaria, eu faria os alunos ficarem mais tempo em contato com a clínica, é...faria eles fazerem estágios obrigatórios com número de horas x, eu não sei, eu não tenho contato com isso, mas eu sinto que eu saí totalmente despreparado... então faltou a experiência realmente, clínica, horas de experiência, né?”

Outra sugestão de mudança é o melhor “preparo para a pesquisa/iniciação científica” durante o curso, evidenciado em nove citações.

“A área de metodologia deveria ter sido muito mais, apesar de ser chata, honestamente falando, eu acho que deveria ter sido muito mais abordada e não, nunca no começo como eles colocam, no primeiro e no segundo semestre, mas sim nos últimos, quando é o momento da gente fazer a monografia.”

“aquele empurrãozinho pra você ir pesquisar além disso, tá na biblioteca sempre...o pessoal fala assim, ó, vai atrás disso, que isso aqui é importante, isso daí falta muito também eu acho, que falta muito dos, dos professores tarem incentivando...”

A melhoria do ensino das “relações inter-pessoais” foi apontada em oito citações.

“Talvez não de uma forma mais específica, mas, pelo menos, você dar uma noção para o aluno de como guiar os pacientes né? Na verdade, eu acredito que seja mais umas noções de marketing que eu não vi em nenhuma universidade ter isso... como trabalhar o mercado... o relacionamento com outros profissionais... a forma também... uma parte básica também da documentação do consultório.”

“Os professores deveriam, não sei de que forma, isso é bastante difícil, bastante complicado... se eu formasse o curso de odontologia eu iria priorizar muito o bom relacionamento entre os colegas, que falta muito. Pela concorrência, um quer massacrar o outro e isso é triste, é triste, é horrível e eu acho que deveria ser completamente diferente....uma relação de um não querer massacrar o outro, de um querer ajudar o outro, querer fazer crescer a Odontologia no nosso país. Eu acho que isso que deveria ser visado...”

“Investimentos no quadro docente” envolvendo melhoria na remuneração, na competência didático-pedagógica e na qualificação acadêmica dos professores foi citado em quatro depoimentos.

“E acho também super importante, fundamental pra essa motivação, pro ensino ficar melhor no país, seria melhorar a remuneração dos professores sem dúvida...Então o profissional acaba tendo que escolher, ou eu vou ser só pesquisa ou...e as vezes só pesquisa não dá dinheiro. Isso é um absurdo porque o ensino é base, né... é fundamental. Então eu iria investir em professor.”

A “melhoria do processo seletivo para ingresso” encontrada em três citações e a “melhoria do processo avaliativo” presente também em três citações ampliam o número de propostas de mudança na graduação.

“Então já começa por aí, eu acho que tem muita gente imatura que não tá nem aí pra nada...Então eu acho que tinha que mudar um pouco isso. Reavaliar bem as pessoas que querem fazer...deveria haver uma seleção melhor das pessoas que vão fazer uma faculdade, né...”

“É difícil você poder avaliar um aluno... mesmo, sei lá, na parte clínica. Cada pessoa tem uma dificuldade, cada pessoa tem uma habilidade... eu acho que você tem que avaliar cada pessoa como um todo, o aluno como um todo... na conduta dele, na responsabilidade... não só simplesmente a prática, não tentar fazer dele um macaco treinado na verdade né?”

Cinco unidades de registro, classificadas na categoria das “mudanças gerais”, propõem o trabalho com turmas pequenas (duas citações), aumento da carga horária do curso (uma citação), controle da abertura de faculdades (uma citação) e melhoria da formação humanística (uma citação).

“Eu acho que assim, as turmas de odontologia deviam ser turmas pequenas, acho isso muito importante. Eu tive, a minha turma foi uma turma pequena, mas eu vejo que aqui em São Paulo tem turmas de cem alunos e não sei como é que se faz isso, como é que se dá conta disso... se eu fosse montar um curso de odontologia eu faria com turmas pequenas e alta tecnologia, que nem aqui assim.”

“Só que eu acho que tinha que é, é, que o curso de odontologia necessitaria de uma carga horária maior, acho que todos, é...quer dizer, acho que bem mais, acho que, por exemplo, em quatro anos, eu acho que já não poderia dar mais, odontologia em quatro anos, a começar por aí, né?”

“É..., eu acho que primeiramente teria que ter um maior controle sobre as, as faculdades, a abertura das faculdades, por aí, que eu acho que nos últimos anos houve um certo exagero e, isso acabou complicando pra todo mundo, né?”

“E é isso que eu acho que é o maior pecado na, na faculdade, na graduação porque eles, eles não tem que formar técnicos, entendeu? Eles têm que formar é...pessoas que...que saibam do que tão fazendo entendeu?”

Outra indicação de mudança que aparece em duas citações é a de “trabalhar o aluno para a análise crítica”.

“...até ter dado mais artigos para a gente ler, para a gente não ficar só preso ou acreditando naquilo que eles falam. Porque a gente percebe, depois que a gente sai da faculdade... que nem tudo o que eles falam é verdade.”

Finalizando, duas questões foram ainda abordadas nesta pesquisa: o preparo para o exercício ético da profissão e a capacitação do aluno para o estudo independente.

Em relação à preparação ética desenvolvida na graduação, considerando os padrões éticos de conduta profissional, 14 profissionais responderam que foi adequada, um foi indiferente e seis disseram que foi inadequada (Figura 22).

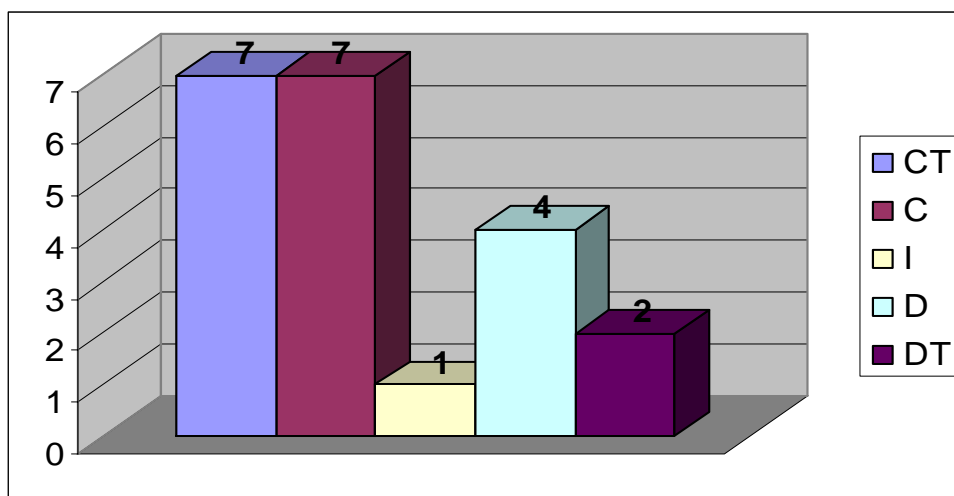


Figura 22 – Preparo para o exercício ético da profissão.

A melhoria do ensino da ética profissional foi sugerida por dois profissionais.

“...Eu acho que é importante uma ética. Até pela concorrência que está. Eu acho que passaria a ter mais respeito, valorização para o colega que já está formado há mais tempo. Até discutir para o bem em conjunto da profissão. Ética faltou.”

Para nove pessoas pesquisadas a graduação os capacitou para o estudo independente e para a busca ativa de novos conhecimentos, cinco pessoas se mostraram indiferentes e sete discordaram sobre este preparo (Figura 23).

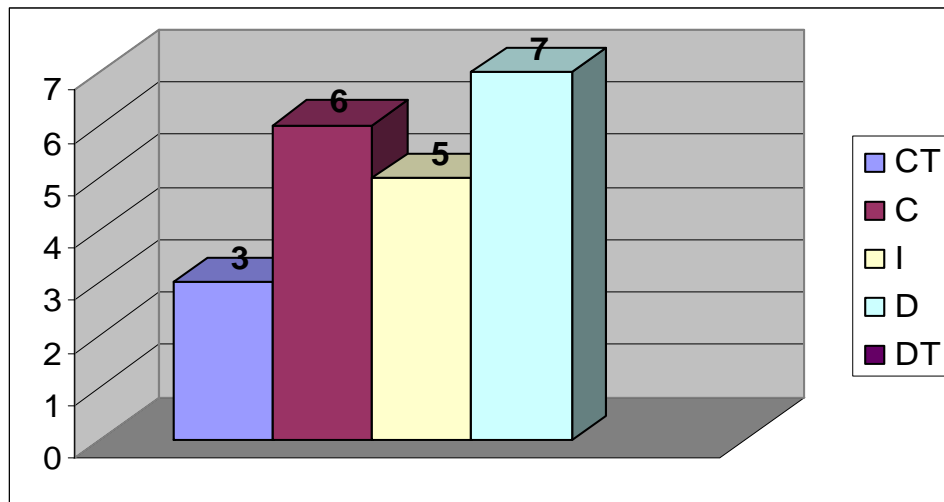


Figura 23 – Preparo para a busca ativa de conhecimentos.

Sobre as tendências do ensino em Odontologia, Perri de Carvalho (2004) traz uma grande preocupação da ABENO, das faculdades e dos setores governamentais em relação à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação. Neste sentido, a ABENO tem desenvolvido várias “oficinas” visando debater e refletir sobre este cenário. O autor enfatiza a atuação e o esforço da Associação, que há quase 10 anos vem induzindo processos de melhoria no ensino de Odontologia.

O relatório final do tema oficial da reunião/oficina – Planejando o Ensino de Odontologia – realizado em 2000 pela ABENO, trouxe importantes recomendações às Instituições de Ensino Superior (IES).

“1- O planejamento no ensino de Odontologia é importante para a visualização do produto final (formação de um profissional generalista, apto a trabalhar em equipe multiprofissional comprometido com a promoção da saúde e da qualidade de vida); 2- As diretrizes curriculares devem ser amplamente discutidas pelos docentes, discentes e técnicos administrativos incluindo o usuário; 3- Com relação à questão de novas disciplinas versus novos conhecimentos, considerar a interdisciplinaridade, integração de conteúdos e atuação multiprofissional; 4- A interdisciplinaridade requer a inclusão de conhecimentos sumarísticos e a prática da clínica integrada deve ser realizada nesta mesma linha de pensamento, exigindo uma reformulação da atuação docente/discente; 5- O planejamento no ensino de odontologia deve ser um processo dinâmico e flexível permitindo ajustes quando necessário” (ABENO, 2005, p.2).

Perri de Carvalho (2004), ao abordar os aspectos do planejamento, comenta que as Diretrizes Curriculares Nacionais conduzem para uma mudança paradigmática na formação do cirurgião-dentista, principalmente em relação às estratégias de integração do ensino.

Secco (2003), estudando o ensino de Odontologia no Estado de São Paulo, mostra, no plano curricular, uma contradição frente à proposta de formação generalista, apontando tendências para valorização da infra-estrutura física, da qualificação acadêmica e dos processos de avaliação docente. No plano pedagógico, os modelos de ensino-aprendizagem variam entre os tradicionais e os inovadores, mas, na concepção dos coordenadores de curso, sempre revelam a dissociação entre teoria e prática. A autora enfatiza a necessidade de se substituírem, no conselho de curso, as decisões individuais pelas coletivas, permitindo assim o sucesso na implantação do Projeto Pedagógico.

Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, os cursos de Odontologia percebem-se pressionados pelas orientações propostas e pelo debate em torno da qualidade e da avaliação no cenário nacional e internacional e iniciam a busca por novos caminhos para atenderem a estes desafios de construção do projeto pedagógico e das mudanças curriculares (Secco, Pereira, 2004).

Segundo Carvalho et al (2005), muitas discussões têm ocorrido com base nas Diretrizes Curriculares, abordando-se principalmente o perfil do profissional a ser formado. Desta forma, sugere a necessidade de mudanças curriculares, buscando-se o preparo com visão integral do paciente, considerando-o como um todo

biopsicossocial e somático. Os autores continuam, propondo mudanças e adequações no sistema de avaliação do ensino não só teórico como clínico.

Analisando o cenário das ações de avaliação do MEC (Ministério da Educação) vivido pela Odontologia entre 1997 e 2003, Perri de Carvalho, (2004) pensa ter sido ameno, livre de traumas e provedor de reflexos bastante positivos para o aperfeiçoamento do ensino.

Aquilante, Tomita (2005) também citam a necessidade de reestruturação do currículo odontológico para que os egressos possam estar preparados para o atendimento das necessidades da população. Os autores propõem repensar o processo ensino-aprendizagem, tanto em relação aos conteúdos programáticos (“o que” ensinar) quanto às metodologias de ensino (“como” ensinar). O papel do profissional como educador em saúde também é considerado nas mudanças sugeridas.

Pelissari et al (2005) levantam, apesar dos importantes avanços ocorridos nos últimos anos, a incongruência presente entre o modelo flexneriano de ensino odontológico ainda praticado na maioria dos cursos de graduação no Brasil e a adequação da formação alinhada às necessidades sociais.

Nesse contexto, os autores propõem mudança para uma prática pedagógica mais humanizada, fugindo do modelo mecanicista da prática profissional, empenhado em atender as demandas de mercado, lembrando também do presente avanço na descentralização do SUS e a conseqüente alteração no quadro da empregabilidade (aumento de oportunidades no serviço público) que o egresso enfrentará. Além disso, os autores sugerem o ensino com visão global do paciente que permita o desenvolvimento de competência ética e social da futura profissão, com enfoques multiprofissionais de trabalho em equipe e com a ampliação dos cenários de ensino-aprendizagem para os serviços de saúde do SUS, conforme preconiza o projeto VER-SUS (Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), elaborado pelo Movimento Estudantil da Área da Saúde e o Ministério da Saúde.

Para Feuerwerker, Almeida (2004, p.15), as Diretrizes Curriculares Nacionais sugerem a superação das abordagens metodológicas tradicionais de ensino-aprendizagem, convidando para a formação por competência, ou seja, uma formação com “...*experiências e oportunidades de ensino-aprendizagem para além do campo cognitivo*”. Entretanto, no texto das Diretrizes, não fica claro se os conteúdos e experiências de aprendizagem devem ser orientados pelas necessidades dos estudantes ou pelas necessidades sociais.

Os autores comentam sobre o contexto em que as Diretrizes foram definidas, esclarecendo que suas orientações direcionam para uma formação alinhada e comprometida com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, indicando que as formulações genéricas do seu texto sejam interpretadas considerando-se estes pressupostos.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Agosto de 2004, apontou a dissociação entre o modelo formador e a realidade brasileira e o não comprometimento deste modelo com as necessidades da população como as principais causas do sistema de ensino superior não estar cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. Um dos temas debatidos na conferência foi a “Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal”, que abordou a problemática da não compreensão crítica das necessidades sociais por parte das Universidades públicas e privadas e pela falta de gestão do Ministério da Educação em integrar o ensino a estas questões. Dessa forma, os profissionais formados continuam inadequados para o trabalho no SUS, com dificuldades para execução das práticas integrais de atenção (ABENO, 2005).

Em nível internacional, falando sobre as tendências do ensino superior odontológico, os dirigentes da American Dental Association (ADA) colocam como desafio a falta de recursos financeiros para garantir a qualidade da formação de novos profissionais. A infra-estrutura atual para o ensino em Odontologia da maioria das Universidades nos Estados Unidos, envolvendo as atualizações clínicas, é focada no modelo “universidade-centrado”. As recomendações da American Dental Education Association (ADEA) e ADA reforçam o aumento das horas clínicas do curso dedicadas aos atendimentos da população carente, em clínicas da comunidade, alterando gradativamente o modelo de ensino para o chamado

“comunidade-centrado”. Desta forma, os custos da educação seriam reduzidos, pois o maior volume financeiro encontra-se nas atividades clínicas realizadas nas clínicas das Universidades. Esta redução de despesa possibilitará a manutenção da qualidade pedagógica dos docentes e geral do curso (Bailit et al, 2003).

Dugoni (2005) também faz referência sobre o grande desafio financeiro do ensino odontológico norte americano, esclarecendo que o presidente da American Dental Association (ADA), Dr. Gregory A. Chadwick está empenhado nesta força tarefa, que visa o fortalecimento das universidades, o avanço nas pesquisas, a redução das dívidas dos estudantes, a melhoria do modelo de ensino privado e a melhoria do atendimento odontológico da comunidade.

Com relação às tendências de avaliação das instituições americanas, a American Dental Association (ADA) desenvolveu padrões de competência e proficiência para 14 categorias dos programas de formação profissional do cirurgião-dentista, além de um rol de competências aprovadas pela American Dental Education Association (ADEA). Estes parâmetros servem para a Comissão de Acreditação Odontológica mensurar os estágios e características do processo de formação, assim como as condições ideais de aprendizagem (Chambers, 2004).

Esta Comissão de Acreditação Odontológica, ao expor os resultados sobre as instituições de ensino quanto ao que elas estavam ensinando, propõe um método de avaliação em que as seguintes questões devem ser respondidas: o que os estudantes deveriam aprender?; quanto eles estão aprendendo?; como o programa sabe identificar o que os alunos aprendem?. Com isto, os fatores ensinar, aprender e os resultados fazem parte de um processo cíclico de inter-relação, em que cada um influencia o outro. Os alunos são avaliados em quatro categorias: conhecimento, competência, valores e relacionamento/comportamento. Nas competências, enquadram-se as acadêmicas, comunicação, liderança, interpessoal e vocacional (CDA/ADA, 2005)

Holmes (2003) enfoca os mais recentes padrões de qualidade dos programas educacionais da Comissão de Acreditação Odontológica, em que a norma espera da administração, do corpo docente e dos alunos o desenvolvimento de métodos de avaliação centrados no paciente e numa visão

integral da Odontologia. Desta forma, as experiências com o tratamento integral realizado pelos alunos em seus pacientes devem assegurar que todos os componentes da prática generalista sejam contemplados. As faculdades devem desenhar e melhorar os modelos curriculares, assegurando que cada aluno atenda diferentes tipos de casos clínicos na perspectiva da prática clínica geral.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM), a tendência de um modelo de ensino clínico odontológico baseado na visão integral do paciente deve se caracterizar pelo maior papel generalista que especialista, mais centrado no paciente que no estudante, tratamento integral do paciente ao invés de um tratamento segmentado, focado mais na evolução e gerenciamento que no procedimento e baseado em competências e não em aspectos quantitativos. Recomenda também que o ensino clínico não deve ser separado em disciplinas e que as faculdades devem ter um departamento separado de clínica geral (Holmes, 2003).

No aspecto bem amplo, a UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) revela no relatório sobre o ensino superior - Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI - Visão e Ação - as habilidades esperadas do profissional universitário do século 21, destacando que ele deve:

“ser flexível, não especializar-se demais; investir na criatividade, não só no conhecimento; aprender a lidar com incertezas; preparar-se para estudar durante toda a vida; ter habilidades sociais e capacidades de expressão; saber trabalhar em grupo; estar pronto para assumir responsabilidades; ser empreendedor; entender as diferenças culturais; adquirir intimidade com novas tecnologias, como a Internet (UNESCO apud ABENO, 2006, p.6)”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, como já vem sendo apontado em outros estudos, mostra alguns aspectos essenciais que ainda dificultam a concretização do perfil de egresso preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, especialmente no tocante ao preparo para uma prática generalista da profissão.

Dentre estes aspectos salientamos a falta de articulação da teoria com a prática, uma visão da Odontologia descontextualizada da realidade com conseqüente despreparo para atuação no mercado de trabalho, uma ênfase intra-profissional com pouca integração com as outras áreas da saúde, uma formação inadequada para o trabalho na equipe de saúde no contexto do SUS, um preparo inadequado para ações ligadas à administração e gerenciamento da própria prática e pouco preparo para o relacionamento com o paciente e com os outros profissionais da própria área.

Este panorama aponta, na visão dos egressos, para a necessidade de mudanças destas falhas, incorporando também a necessidade de ampliação de cenários de aprendizagem com um aprimoramento na proposta de ensino da clínica integrada, uma flexibilização curricular com maior integração de conteúdos/disciplinas e implantação de práticas interdisciplinares, uma proposta de melhor preparo do aluno para o estudo independente e para a pesquisa por meio do incentivo à iniciação científica e um investimento no corpo docente do curso.

Observamos hoje um movimento, praticamente em todos os cursos de graduação em Odontologia, de busca por melhorias/adequações de seus projetos pedagógicos.

Para Perri de Carvalho (2004, p.9) a condição de ensino do curso está diretamente vinculada à proposta do Projeto Pedagógico, preconizado pelas Diretrizes Nacionais como um dos itens principais no processo de avaliação dos programas de graduação e, também, como precursor da integração entre os *“...segmentos docente, discente e administrativo, a eficiência do processo e a qualidade da formação plena do aluno em termos científico-culturais, profissionais e de cidadania”*.

Moysés (2004) cita o perfil do egresso, as competências, aptidões e habilidades, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso, o acompanhamento e a avaliação como os aspectos cruciais para o ensino odontológico na graduação e sua contextualização na pós-modernidade. Além disso, salienta que os cursos de Odontologia deverão pensar seus projetos pedagógicos de maneira coletiva, focados no aluno como facilitador do processo ensino-aprendizagem e alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais.

Outro aspecto muito enfatizado é a necessidade de adequação do projeto pedagógico dos cursos para a formação de profissionais mais preparados para o trabalho no sistema de saúde vigente.

Neste sentido, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal preconiza para o ensino superior odontológico: redefinição do modelo de formação com a inclusão de habilidades necessárias ao trabalho no SUS; estruturação dos mecanismos de acompanhamento e monitoramento; reformulação periódica dos currículos acadêmicos, direcionando-os para a melhora da qualidade da atenção básica, com ênfase no modelo de promoção da saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva da humanização da atenção à saúde bucal; reestruturação e valorização de conteúdos que tratem de saúde pública e coletiva, oferecendo uma atenção especial na formação em saúde da família; adequação do modelo formador à realidade brasileira, comprometendo com as necessidades da população; celebração de convênios entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde dos municípios, ampliando a oferta de estágios na rede do SUS (ABENO, 2005).

Em nível internacional, o ensino da Odontologia também passa por transformações. A American Dental Education Association (ADEA), em 2002, aponta diversas recomendações para orientação deste ensino:

- preparar egressos com competência e conhecimento para um sistema de saúde integrado e adequado às necessidades da população;
 - ensinar focando valores que preparam o aluno a ingressar na profissão com responsabilidade social e como integrante moral da classe odontológica;
-

- orientar quanto ao número, tipo e educação do efetivo profissional visando o equilíbrio entre a disponibilidade e acesso aos tratamentos odontológicos;
- contribuir para uma formação que respeite a diversidade étnica e racial do país;
- desenvolver competências culturais em seus egressos, assim como apreço pelo seu papel na saúde pública;
- servir como fornecedores efetivos, definidores de papéis e inovadores na entrega de cuidados odontológicos para a população;
- focar a assistência, a prevenção e a saúde pública, visando diminuir as diferenças de saúde nas camadas sociais menos favorecidas (Haden et al, 2003).

Entre as políticas adotadas pela American Dental Association (ADA, 2005), destaca-se o desenvolvimento conjunto de modelos inovadores de ensino clínico, construído pelas comunidades educacionais e profissionais, o estímulo às mudanças curriculares no sentido de fortalecer a Odontologia como uma ciência, a pesquisa e o atendimento ao paciente como fatores fundamentais na missão do ensino odontológico e a melhoria do ensino de competências interpessoais, estratégias de marketing pessoal e técnicas de gerenciamento.

De Paula, Bezerra (2003, p.7) comentam que “a era da Odontologia como arte, obra de artesão, está ficando no passado. Profissionais com habilidades técnicas são necessárias e o serão sempre. Contudo, o novo profissional que se avizinha há que apresentar iguais competências científicas em conhecimento básico das ciências da saúde, problemas de saúde populacionais e dos caminhos a serem trilhados no futuro próximo”.

Neste sentido, acreditamos que o diagnóstico e a discussão contínua de alternativas para a solução de problemas vigentes possam gerar projetos que busquem novos caminhos para o processo ensino-aprendizagem na graduação em Odontologia.

Pretendemos, com essa investigação, estabelecer novas interlocuções e ampliar novas possibilidades de pesquisas, assumindo o ensino da Odontologia como uma área de produção de conhecimentos e de práticas.

7. REFERÊNCIAS⁴

⁴ Estas referências seguiram a formatação preconizada pela norma Vancouver (Rother, 2001).

ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico. 3ª Conferência Nacional sobre Saúde Bucal/CNSB. Disponível em <http://www.abeno.org.br>. Acesso em: 22/12/2005.

_____. Análise sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia. Revista da Abeno, Brasília, v.2, nº 1, p.35-38, 2002.

_____. Reflexões sobre o planejamento do ensino de Odontologia. Disponível em http://www.abeno.org.br/anais/anais_rela.htm. Acesso em 13/01/2006.

_____. Relatório Final do Tema Oficial – Planejando o ensino de Odontologia – Reunião 2000 . Disponível em http://www.abeno.org.br/anais/anais_rela.htm. Acesso em 23/05/2005.

ABO – Associação Brasileira de Odontologia. Dados de pesquisa. Disponível em <http://www.aborj.org.br/>, acesso em 23/10/2004

ADA – American Dental Association. Current Policies. Disponível em http://www.ada.org/prof/resources/positions/doc_policies.pdf. Acesso em 21/12/2005.

Almeida RVD, Padilha WWN. Clínica Integrada: é possível promover saúde bucal numa clínica de ensino odontológico. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2001;1(3):23-30.

Aquilante AG, Tomita NE. O estudante de Odontologia e a educação. Revista da Abeno, 2005;5(1).

Ayers CS, Abrams RA, McCunniff MD, Goldstein BR. A comparison of private and public dental student's perception of extramural programming. Journal of Dental Education, 2003;67(4).

Bailit HL, Weaver R, Haden K, Kotowicz W, Hovland E. Dental education summits – the challenges ahead. Journal of American Dental Association, v.134, Aug., 2003.

_____. The origins and design of the dental pipeline program. Journal of Dental Education, v.69, n. 2, 2005.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.

_____. Análise de conteúdo. Tradução de L.A. Antero e A. Pinheiro. Lisboa. Edições 70, 1995.

Bastos JRM. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru –USP entre os anos de 1996 e 2000. Journal of Applied Oral Science, 2003;11(4):283-9.

Bertussi GT. Values and moral at school. *Educação & Sociedade*. [online], v.19, n.62, p.64-80. Abr. 1998. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09/01/2006.

Bertolami CN. The role and importance of research and scholarship in dental education and practice. *Journal of Dental Education*, v.66, n. 8, 2002.

Bobbio A. Importância e finalidade da história da Odontologia; in: Rosenthal, E. A *Odontologia no Brasil no século XX*. São Paulo: Editora Santos, 2001, p.1-4.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. LDB. Lei n 9.394, de 20.12.96 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional”, in *Diário Oficial da União*, Ano CXXXIV, N° 248, de 23/12/96, pp. 27.833-27.8d I, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. 2002, p.1-4.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Parecer CNE/CES 1300/2001, publicado no *Diário Oficial da União* de 07/12/2001, seção 1, p.25. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu>. Acesso em 04/04/2005.

_____. IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/default.shtm>. Acesso em 29/10/2003

_____. PNAD. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 1998 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/sb11.shtm>. Acesso em 20/10/2003

_____. Ministério da Educação. CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm>. Acesso em 23/1/2004

_____. Presidência da República. *Lei Nº 5.081*, de 24 de agosto de 1966, Regula o Exercício da Odontologia. Sub-chefia para assuntos Jurídicos. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5081.htm. Acesso em 10/04/2004

Brown LJ, Meskin LH. *The economics of dental education*. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center, 2003.

- Capistrano-Filho D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, v. 1, n. 2, p. 8, 2000.
- Carvalho DR, Franco EJ, Pedrosa SF. Avaliação de clínicas odontológicas na Universidade Católica de Brasília. *Revista da Abeno, Brasília*, v.5, n°2, p.109-114, jul./dez., 2005.
- CDA-ADA. Commission on Dental Accreditation/American Dental Association (ADA). Outcomes Assessment. Disponível em <http://www.ada.org/prof/accred/commission/outcomes.pdf>. Acesso em 21/12/2005.
- CFO - Conselho Federal de Odontologia. Disponível em www.cfo.org.br. Acesso em 30/10/2003
- _____. Dados do CFO. Disponível em <http://www.cfo.org.br/index.htm>, Acesso em 11/10/05
- Chambers DW. Portfolios for determining initial licensure competency. *Journal of American Dental Association*, v.135, Fev., 2004.
- Chisnall P. *Marketing Research: Analysis and Measurement*. McGraw-Hill: 1973.
- Costa AMDD. Do ensino à prática odontológica: mito e realidade na grande São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1988.
- Costa AMDD, Costa JRV, Costa MD, Costa RD, Botrel TEA. Contribuição do perfil do aluno de graduação em odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino-aprendizagem. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, Lins*, v.14, n° 1, p.30-34, jan./jun., 2002.
- Costa AMDD, Stegun RC, Todescan R. Do Ensino à Prática Odontológica: Um levantamento da realidade na grande São Paulo. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo*, v. 46, n° 6, p. 909-913, 1992.
- Cristino PS. Clínicas Integradas antecipadas: limites e possibilidades. *Revista da Abeno, Brasília*, v.5, n. 1, jan./jun., 2005.
- De Paula ML, Bezerra ACB. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. *Revista da Abeno, São Paulo*, v. 3, n.1, 2003.
- Depaola D, Slavkin HC. Reforming dental health professions education: a white paper. *Journal of Dental Education*, v.68, n. 11, 2004.
- Diegoli NM, Bottan ER, Stuker H, Imianowski S. Estratégia da pesquisa como princípio educativo e o processo de integração curricular e de ações de extensão. Pôster apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno, Brasília*, v.5, n° 2, jul./dez., 2005.
-

-
- Donoff RB. The Gies report and research. *Journal of American College of Dentistry*, v.69, n. 2, 2002.
- Dougherty M. A biochemist who led dental education. *In Vivo – Columbia University Health Sciences*, v.2, n. 6, 2003.
- Dugoni AA. Meeting the challenges of dental education. *Journal of American Dental Association*, v.136, Jan., 2005.
- Feuerwerker LCM. *Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*. Revista da Abeno, Brasília, v. 3, nº 1, p. 24-27, 2003.
- Feuerwerker LCM, Almeida M. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação. A importância das diretrizes curriculares nacionais na formação dos profissionais da odontologia deve ser amplamente discutida. *Revista da Abeno, Brasília*, v.4, n. 1, jan./dez., 2004.
- Figlioli MD. A prática odontológica da pré-história até o final do século XX; in: Rosenthal, E. *A Odontologia no Brasil no século XX*. São Paulo. Editora Santos, 2001, p.5-29.
- Figueiredo MC, Bender AS, Feldmann V, Nascimento IM. É a universidade promotora de conhecimentos, saúde e prestadora de serviços: A palavra do estudante, do professor, do profissional e do usuário ativo do SUS. Pôster apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno, Brasília*, v.5, nº 2, jul./dez., 2005.
- Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora, 2003.
- Freitas SFT, Padilha WWN, Ribeiro JF. Educação e saúde: uma experiência em clínica integrada. *Revista de Odontologia da USP*, v.6, nº 3/4, p. 147-50, jul./dez., 1992.
- _____. et al. Recursos humanos em Odontologia: características do acadêmico em instituições públicas de ensino em três estados do nordeste. *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco*, v.2, nº1, p. 7-11, abril, 1999.
- Garbelini CCD, Morita MC, Terada RSS. Oficina 03 – Estratégias para implantação da diretrizes curriculares nacionais para os cursos de odontologia – termo de referência, Belo Horizonte, Rede Unida, 2003.
- Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. *Saúde em Debate*, v.41. p.50-57, 1993.
- Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 4 ed., 2002.
- Haden NK. Improving the oral health status of all americans: roles and responsibilities of academic dental institutions – The report of the ADEA president's commission, mar., 2003.
-

Holmes DC, Boston DW, Budenz AW, Licari FW. Clinical curriculum for the twenty-first century. *Journal of Dental Education*, v.67, n. 12, 2003.

Kruger L. Coordenação. ABOPREV. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2003, 504p.

Kruger L, Moysés ST, Dzierwa S. A filosofia de promoção de saúde na clínica privada; in: Kruger, L. Coordenação. ABOPREV/Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p.441-62.

Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001.

Lombardo I. Reflexões sobre o planejamento do ensino de Odontologia - ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Faculdade de Odontologia de Piracicaba: Universidade de Campinas. Disponível em http://www.abeno.org.br/anais/anais_rela.htm. Acesso em 13/01/2006.

Macedo M. O profissional do futuro não será o especialista, mas o generalista. *Revista Brasileira de Odontologia*, v.58, n° 3, p.211, mai./jun., 2001.

Maltagliati LA, Barros RS, Araújo ME, Crivello-Junior O. SUS: uma alternativa de rede prática pedagógica. Pôster apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno*, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

Marcos B. A clínica integrada nos cursos de odontologia como sistema de atenção. considerações. *Arq. Centro Estud. Curso Odontol.*, v. 28, n°1/2, p. 9-15, jan./dez., 1991.

Masetto M. Aulas Vivas. 2 ed. São Paulo: MG Editores Associados, 1996.

Matos IB. Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2005.

Miguel LCM, Andrade KR, Cruz GV, Locks A. Clínica integrada da Univille: "A visão da integralidade". Seminário apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno*, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 6 ed., 1999, 269p.

_____. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, V. 9, N.3, jul/set, 1993.

Morita MC, Kruger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da Abeno*, v.4, n. 1, jan./dez., 2004.

Moysés SJ. A humanização da educação em odontologia. Pro-Posições, Unicamp Campinas, v. 14, nº 1 (40), p. 87-106, 2003.

_____. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Revista da Abeno, v.4, nº1, p.30-7, jan./dez., 2004.

Moysés SJ, Sheiham A. Saúde Bucal Coletiva: personagens, autores ou Pirandello de novo?; in: KRIGER, L. Coordenação. ABOPREV/Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p. 387-42.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994

_____. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI; in: Kriger, L. Coordenação. ABOPREV/Promoção de saúde bucal. São Paulo. Artes Médicas, 2003, p. 475-94.

Pelissari LD, Basting RT, Flório FM. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a Odontologia. Revista da Abeno, v.5, nº1, jan./jun., 2005.

Perét ACA. As políticas públicas em educação superior em saúde e a formação do professor de Odontologia numa dimensão crítica (Tese de Doutorado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

Perét ACA, Lima MLR. A Pesquisa nos critérios de avaliação da CAPES e a formação do professor de Odontologia numa dimensão crítica. Revista da Abeno, v.5, n. 1, jan./jun., 2005.

Perri De Carvalho AC. A Odontologia em tempos de LDB. Canoas: ULBRA, 2001, 95p.

_____. Ensino de Especialização: redirecionamento acadêmico. Revista da Abeno, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

_____. Ensino e prática da odontologia no Estado de São Paulo. Âmbito Odontológico, v.6, nº 27, p.11-22, jan./fev., 1996.

_____. Educação e Saúde em Odontologia. Ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Editora Santos, 1995, 93p.

_____. Indução para aperfeiçoamento. *Editorial*. Revista da Abeno, v.4, n. 1, jan./dez., 2004.

_____. Panorama sobre o ensino e a prática da odontologia no Estado de São Paulo. Doc 04/94. São Paulo: Nupes/USP, 1994

_____. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. É importante planejar os cursos de graduação considerando-se as Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista da Abeno, v.4, nº 1, jan./dez., 2004.

_____. Prática odontológica inovada em países latino-americanos. Revista Regional de Araçatuba - Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v.6, n^o1, p.8-11,1985.

Pinto VG. A Odontologia às vésperas do Ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: Editora Santos, 1993, 192p.

Rafeek RN, Marchan SM, Naidu RS, Carrotte PV. Perceived competency at graduation among dental alumni of the University of the West Indies. Journal of Dental Education, v.68, n. 1, 2004.

Rovin S, Magraw RM. Dental education and public policy: a research agenda. Journal of Dental Education, v. 43, n.2, 1975.

Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. Journal of Dental Education, v.68, n. 4, 2004.

Ryding HÁ, Murphy HJ. Assessing outcomes of curricular change: a view from program graduates. Journal of Dental Education, v.65, n. 5, 2001.

Salles Cunha E. "A profissão do dentista no séc. XVIII" in Historia da Odontologia no Brasil, Rio de Janeiro, Impresso em. Fernandes & Rohe, 1931, p 27.

Santos JG, Barbosa MCB, Alves TDB, Saliba NA. O ensino de graduação e o programa de saúde da Família (PSF). Seminário apresentado na 40^a Reunião Anual da ABENO. Revista da Abeno, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

Saquy PC, Pécora JD. Uma história que merece ser contada; in: Saquy, P.C. e Pécora, J.D. Orientação profissional em odontologia. São Paulo: Editora Santos, 1996, p.13-17.

Schwartzman S. A qualidade no espaço universitário: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho apresentado para o I Congresso Internacional "Qualidade e Excelência na Educação na Educação" – Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm. Acesso em 03/11/2005.

Secco LG. O Ensino de Odontologia no Estado de São Paulo. Concepções de qualidade dos coordenadores de cursos de Odontologia (Tese de Mestrado). Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, 2003.

Secco LG, Pereira MLT. A profissionalização docente e os desafios político-estruturais dos formadores em Odontologia. Revista da Abeno, v.4, n. 1, jan./dez., 2004.

_____. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n^o 1, p. 113-120, 2004.

Simonetti EL. A crise no atendimento odontológico. Revista Paulista de Odontologia, v. 2, n. 3, p. 34-9, mai/jun, 1980.

Szymanski H (Organizadora), Almeida LR, Prandini RCAR. A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva. Brasília: Editora Plano, 2002.

Thind A, Atchinson K, Andersen R. What determines positive student perceptions of extramural clinical rotations? An analysis using 2003 ADEA senior survey data. *Journal of Dental Education*, v.69, n. 3, 2005.

Tumang AJ. Seminários para reformulação do ensino de Odontologia. Boletim da Faculdade de Odontologia da UNICAMP, *Campinas*, 1981.

UNESCO – Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação. Paris, 1998. Disponível em http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030620161930/20030623111830/view. Acesso em 13/01/2006.

Vizzotto D, Schubert EW, França CMC, Schramm CA. Estágios extramuro: aprendizado multidisciplinar. Pôster apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno*, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações; in: Kriger, L. Coordenação. ABOPREV/Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p. 1-23.

WHO – World Health Organization. Medical education in the United States and Canada by Abraham Flexner. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 80, n. 7, 2002.

Wotman S, Lalumandier J, Canion S, Zakariasen K. Reexamining educational philosophy: the issue of professional responsibility, “Cleveland First”. *Journal of Dental Education*, v.67, n. 4, 2003.

Zina LG, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. O serviço extramuro odontológico na ótica de egressos do curso de graduação da FOA/UNESP. Pôster apresentado na 40ª Reunião Anual da ABENO. *Revista da Abeno*, v.5, n. 2, jul./dez., 2005.

8. ANEXOS

ANEXO I**Instrumento de Coleta de Dados****QUESTIONÁRIO**

Leia cuidadosamente as afirmações que estiverem dentro dos quadros e indique seu grau de concordância com cada uma delas, de acordo com a escala abaixo:

Legenda: **CT = concordo totalmente; C = concordo; I = indiferente; D = discordo; DT = discordo totalmente**

1- Nome:

2- Idade:

3- Formação Acadêmica:

4- Escola de Origem:

Pública Privada

5- Tempo decorrido desde a formatura:

6- Trabalha em:

Consultório Particular Serviço Público em ambos

7-Tem alguma Especialização ou Pós-Graduação na área de Odontologia:

Sim Em que área:

Não

8- Você exerce uma prática generalista (clínica geral) da Odontologia em seu consultório ou em seu emprego?

Sim Não

9 – Você se considera um dentista generalista (clínico geral)?

Sim Não

10- A graduação em Odontologia me preparou profissionalmente para o exercício de uma prática generalista da profissão (clínica geral).	CT	C	I	D	DT
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

11- A estrutura curricular do meu curso de graduação foi flexível, permitindo adaptação às vocações, potenciais e interesses individuais dos alunos.	CT	C	I	D	DT
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

12- Se eu fosse o coordenador do curso de graduação em Odontologia da minha Faculdade, faria mudanças, visando torná-la melhor.	CT	C	I	D	DT
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

- 13- Caso a resposta anterior tenha sido “CT” ou “C”, responda esta questão:
A mudança que você faria está relacionada a qual ou quais dos itens abaixo?
- () carga horária de teoria
 () carga horária de prática (clínica ou laboratorial)
 () metodologia de ensino/aprendizagem
 () ambientes físicos (clínicas, laboratórios, salas de aula)

14- A integração entre o que foi trabalhado na teoria e o que se desenvolveu na clínica durante minha formação foi adequada.	CT	C	I	D	DT
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

15- A graduação me capacitou para trabalhar em equipes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo os princípios e diretrizes deste sistema.	CT	C	I	D	DT
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

16- A graduação me preparou para atuar de maneira multiprofissional, com enfoques inter e transdisciplinares.	CT	C	I	D	DT
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

17- As disciplinas desenvolvidas durante a graduação me permitiram entender a realidade social, cultural e econômica que eu enfrentaria após minha formação.	CT	C	I	D	DT
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

18- Minha preparação ética desenvolvida na graduação foi adequada, considerando os padrões éticos de conduta profissional.	CT	C	I	D	DT
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

19- A graduação me preparou para a capacitação do estudo independente e para a busca ativa de novos conhecimentos.	CT	C	I	D	DT
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

20- A graduação me preparou para a tomada de decisões na prática da profissão no tocante ao manuseio de medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas.	CT	C	I	D	DT
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

21- A graduação me preparou para o desenvolvimento da capacidade de comunicar-me profissionalmente com outros profissionais e com o público em geral.	CT	C	I	D	DT
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

22- A graduação me preparou para a gestão de pessoas, de recursos físicos e de informação.	CT	C	I	D	DT
--------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

23- A graduação me preparou para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.	CT	C	I	D	DT
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

24- Com minha atuação profissional atual considero que participo e contribuo para o bem estar social.	CT	C	I	D	DT
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---	---	---	----

25- No exercício da prática generalista da profissão, considerando o que foi trabalhado durante a graduação, sinto necessidade de:

maior domínio de conhecimentos teóricos	CT	C	I	D	DT
desenvolver habilidade prática (clínica)	CT	C	I	D	DT
desenvolver atitudes (relacionamento profissional com pacientes e familiares)	CT	C	I	D	DT

ANEXO II

Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DA ENTREVISTA

26 – O que você entende por “formação generalista”?

27- Para você, qual a relação que existe entre a sua graduação e as dificuldades/facilidades enfrentadas no exercício da prática generalista?

28 - Com base em sua atividade como generalista, que sugestões você colocaria para o aprimoramento da graduação em Odontologia, visando a formação de profissionais preparados para o exercício desta prática?

(que mudanças você faria na graduação; o que faltou na graduação)

ANEXO III

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP/EPM



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 25 de fevereiro de 2005.
CEP 0105/05

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) OTAVIO FERNANDO GENTA CORDIOLI

Co-Investigadores: Nildo Alves Batista

Disciplina/Departamento: CEDESS da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da profissão: uma análise a partir da demanda por educação continuada".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Aplicação de questionário e entrevista.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, desconforto mínimo, envolvendo somente questionário e entrevista.

OBJETIVOS: Investigar a partir de egressos em exercício de uma prática generalista, o processo de formação em odontologia na graduação. Mapear aspectos facilitadores/dificultadores do processo de formação no tocante ao exercício da prática generalista da odontologia. Conhecer os movimentos de busca por informações em nível de aprimoramento, relacionado-os com a graduação. Levantar sugestões de aprimoramento da graduação em odontologia..

RESUMO: Participarão da pesquisa, cirurgiões-dentistas formados há até cinco anos, que exerçam em seus consultórios a prática generalista da profissão e que estejam cursando um programa de pós-graduação lato-sensu na clínica odontológica do Senac-SP. Os dados serão coletados entre os alunos de pós graduação em ortodontia, odontologia estética e implantodontia no ano de 2005, estimando-se uma amostra de aproximadamente 40 cirurgiões dentistas. Haverá aplicação de questionário e entrevista semi-estruturada, aplicados pelo próprio pesquisador..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo fundamentado, visando obter informações sobre a graduação e seu compromisso com a formação de um profissional com perfil generalista..

MATERIAL E MÉTODO: Estão presentes o questionário para coleta de dados e o roteiro para a entrevista, que permite atingir o objetivo proposto..

TCLE: Adequado, contemplando os itens da resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo R\$ 200,00.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 20/02/06 e 15/02/07.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.

2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.

3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A PRÁTICA GENERALISTA DA PROFISSÃO: uma análise a partir da demanda por educação continuada, será desenvolvida por meio da aplicação de questionários e entrevistas com alunos dos cursos de Extensão Universitária e Pós-graduações da Faculdade de Ciências da Saúde do Senac-SP e essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa investigar o processo de formação em Odontologia, sob o olhar do profissional que atua como generalista.

Será aplicado um questionário em que a primeira parte é para identificação dos sujeitos e a segunda parte é para coleta específica dos dados para esta pesquisa. Posteriormente serão trabalhadas duas questões em forma de entrevista. A entrevista semi-estruturada será aplicada e sistematizada para posterior análise dos dados. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

Ao final do estudo poderemos concluir aspectos facilitadores/dificultadores do processo de formação relacionados ao exercício da prática generalista da Odontologia, conhecer os movimentos de busca por informações em nível de aprimoramento, relacionando-os com a graduação, além de levantar sugestões de aprimoramento da graduação em Odontologia.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Otavio Fernando Genta Cordoli, que pode ser encontrada no endereço: Rua Borges Lagoa, 1341 - CEDESS/UNIFESP, tel:11-55490130 e 11-99125239, São Paulo-SP.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar- cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - [E-mail: cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum aluno. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A PRÁTICA GENERALISTA DA PROFISSÃO: uma análise a partir da demanda por educação continuada.

Eu discuti com o Dr. Otavio Fernando Genta Cordioli a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

Assinatura do representante legal

Data

Assinatura da testemunha

Data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste aluno para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data

ANEXO V - QUADRO SINÓPTICO

Núcleo Temático 1 – Concepções de Formação/Prática Generalista

FORMAÇÃO - F (CONCEPÇÃO AMPLIADA)

PRÁTICA - P

Categories de Análise (CA)	Unidades de Registro (UR)	Unidades de Contexto (UC)
CAF 1 – capacitação para a solução de problemas da área de formação – F	UR – capacitação para a solução de problemas da área de formação - F	“...formação que capacita um indivíduo a ter total competência para solucionar , em quase a sua totalidade, problemas abrangidos em toda sua área de formação... ”
CAF 2 – capacitação para uma visão globalizada da profissão (contextualizada em todos os espaços sociais/realidades para o trabalho) – F	UR – capacitação para uma visão globalizada da profissão (contextualizada em todos os espaços sociais/realidades para o trabalho) – F	“...é complicado, é complicado... eu acho que falta...o que falta, o básico na minha graduação, foi lapidar você , para você ter uma visão mais globalizada mesmo, de como funciona a Odontologia fora de uma universidade...é mostrar para o graduando como que funciona a odontologia fora da faculdade , que eu saí só com essa idéia, como funciona lá dentro. Saí de lá e não conhecia. É isso.”
CAF 3 – lapidação do estudante para a futura prática – F	UR – lapidar o estudante para a futura prática - F	
CAF 4 – capacitação para o inter-relacionamento pessoal - F	UR – capacitação para o inter-relacionamento pessoal - F	“...Isso eu até hoje eu acho que precisa duma educação generalizada , assim, de mais essa relação um entre o outro. ”
CAF 5 – capacitação para conhecer direitos do profissional e do paciente – F	UR – capacitação para conhecer direitos do profissional e do paciente - F	“...até mesmo uma relação com a vivência clínica e ao mesmo tempo, generalista, de escolas, né? Estar vivenciando mais isto. E quanto à política de saúde pública, focar um pouco mais para que a gente possa conhecer mais as leis , o que é direito do profissional , o que é direito das pessoas, do paciente , do cliente. Eu melhoraria isso, no demais, pra mim foi boa a faculdade. A parte generalista.”
CAP 1 – prática ampla e superficial – P	UR – prática ampla e superficial – P	“...uma formação bastante ampla , mas ao mesmo tempo bem superficial. ”
CAP 2 - prática “corriqueira” do dia-a-dia, incluindo as emergências - P	UR - prática “corriqueira” do dia-a-dia, incluindo as emergências - P	“...O principal que faltou são aqueles acontecimentos corriqueiros do dia-a-dia , aquelas emergências do dia-a-dia , o que é que você faz...”

CAP 3 – prática de atendimento ao “básico” da profissão – 7citações	UR – prática de atendimento ao “básico” da profissão – P	“...Porque hoje em dia... você tem que atender e fazer o básico de tudo, né? ”
	UR – prática de atendimento ao “básico” da profissão – P	“...forma um profissional sabendo o básico de tudo , nada muito assim, o suficiente para você atuar e ser de uma forma geral , nada muito específico. Capaz de fazer o básico de tudo , nada muito complicado, nada dos casos mais difíceis.”
	UR - prática de atendimento ao “básico” da profissão – P	“É um clínico geral , que faz de tudo um pouco ...basicamente isso.”
	UR – prática de atendimento ao “básico” da profissão, reconhecendo os casos que necessitam de encaminhamento a um especialista – P	“...ela te dá pelo menos um conhecimento básico do que você pode fazer atuando em todas as áreas da odontologia , na verdade nem todas, né, mas a maioria delas...”
	UR - prática de atendimento ao “básico” da profissão, indicando os casos que necessitam de conhecimento específico – P	“...um profissional que saiba...não atuar nas diversas especialidades, né? mas ele saiba um básico sobre Odontologia e que ele saiba indicar é...para os especialistas né?...os casos que ele não consiga resolver, né?”
	UR – prática de atendimento ao “básico” da profissão, reconhecendo e encaminhando os casos que necessitam de conhecimento específico – P	“...o cirurgião-dentista tem que tá preparado, é, pra atender , é...vamos dizer assim, os procedimentos básicos , né? e também ele ter consciência daquilo que ele não pode , é...não tem domínio nem técnico e nem...teórico pra, é...praquilo e ele saber também, é... pra quem que ele vai encaminhar esse paciente, de que forma ele vai encaminhar esse paciente da, da melhor maneira possível. Então, ele tem que ter essa, essa bagagem, ele tem que ter esse tipo de, de, de, né? essa noção.”
	UR - prática de atendimento ao “básico” da profissão, reconhecendo e encaminhando os casos que necessitam de conhecimento específico – P	“...a formação generalista está baseada em conceitos , já diz, básicos ... Que, tipo, não específicos de cada matéria, mas que tu possa sintetizar todo o conhecimento, e dali buscar qualquer discussão ou dúvidas e saber encaminhar . Eu acho que este é o papel do generalista. A gente não precisa saber tudo, mas ter um bom embasamento de todas as matérias , principalmente teoria, né? Porque muita coisa a gente vai ver realmente na prática...”

CAP 4 – prática de clínica geral – 12 citações	UR – competência geral - P	“...Então isso eu acho que a graduação falhou bastante. A visão de competência geral exatamente...”
	UR – prática com uma noção de tudo / noção geral da profissão – P *	* “...é aquele profissional que tem uma noção de tudo , né? Que promove, consegue desenvolver todas as áreas dentro do consultório. Tem uma noção geral da profissão. ” * “...Uma visão mais geral . Você poderia pegar o paciente e trabalhar o geral dele, todos os procedimentos , como funciona no consultório.”
	UR – prática de lidar com situações gerais - P	“...Porque, na verdade você já se tornou um mau generalista, que você não sabe lidar direito com as situações gerais... ”
	UR – prática com visão generalista - P	“...Porque hoje em dia você tem que ter uma visão generalista , você tem que atender e fazer o básico de tudo, né?”
	UR – prática do “fazer tudo” – P	“...você se forma para poder fazer tudo , né? Sei, lá. Eu acho que é isso. Você fazer várias atuações em uma área... ”
	UR – prática de clínica geral – P	“...a faculdade em si, ela me preparou muito bem para a gente executar esta parte, esta prática generalista , uma clínica geral adequada. ”
	UR – prática de clínica geral - P	“...um profissional de formação generalista é um profissional que está capacitado a atuar tanto na parte preventiva... como também, atuar como ele foi designado para atuar na boca do paciente especificamente. ”
	UR – prática de clínica geral - P	“É um clínico geral , que faz de tudo um pouco... basicamente isso.”
	UR – prática de clínica geral – P	“...seria o clínico geral... É... eu acho que seria principalmente isso, você ta capacitado pra direcionar o paciente pra melhor opção.”
	UR – prática em todas as áreas da profissão com capacidade de encaminhamento, tanto em consultório particular como no SUS - P	“...tem que dar condições de você trabalhar em todas as áreas . Caso você não queira trabalhar numa área específica, você sabe indicar para quem possa desenvolver melhor aquela especialidade. E também para que você possa tanto trabalhar no consultório particular ou no SUS da mesma forma, atendendo a todos... e sabendo fazer um tratamento geral. ”
	UR – prática para atuar em todas as áreas, sabendo diagnosticar e encaminhar os problemas - P	“...é te deixar capaz de atuar em todas as áreas , pelo menos, para saber diagnosticar e encaminhar para que o problema seja resolvido... de se sentir capaz de, pelo menos, dar um diagnóstico na área de odonto. ”
	UR – prática de realizar adequadamente o básico do dia-a-dia atendendo as necessidades do paciente – P	“...você conseguir realizar no dia-a-dia de sua clínica o básico de uma forma adequada e satisfatória para você satisfazer as necessidades dos seus pacientes , dos seus clientes, né?”

CAP 5 - capacidade de diagnosticar e tratar toda e qualquer alteração em Odontologia, com exceção de casos específicos que necessitem de encaminhamento às especialidades – 3 citações	UR - capacidade de diagnosticar e tratar toda e qualquer alteração em Odontologia, com exceção de casos específicos que necessitem de conhecimentos especializados – P	“... tornar um indivíduo capaz de diagnosticar e tratar toda e qualquer alteração acometida em sua área , no caso odontologia, restando somente casos específicos que necessitem de um nível de conhecimento da “formação especialista” ”
	UR - capacidade de diagnosticar e encaminhar os casos que necessitam de conhecimento específico – P	“... seria uma pessoa que tem capacidade de diagnosticar , é...desde manchas brancas, que seria uma cárie inicial, até um câncer bucal, talvez... Então..., é, eu acho que tá preparada pra pelo menos saber encaminhar , é, botar o paciente na direção correta, tá?...”
	UR – capacidade de identificar, diagnosticar, tratar e encaminhar procedimentos do consultório – P	“...seria o cirurgião dentista que está apto , não para fazer todos os procedimentos do consultório, mas pelo menos identificar, diagnosticar e indicar , quando necessário...”

CAP 6– prática com uma visão global da Odontologia (enfoque multidisciplinar, visão do contexto geral do paciente, percepção das especialidades de forma integrada – 12 citações)	UR – prática com uma visão global da Odontologia – P	“...Não tinha uma visão global do tratamento que você estava fazendo. Sério, segmentava tudo, né?... Quando você sai da faculdade sem... a integração , a visão global da Odontologia mesmo, o que acontece?”
	UR – prática multidisciplinar – P	“...Acho que isso de trabalhar esta prática generalista , na graduação você consegue ver todas as disciplinas , você consegue ter uma parte básica de todas as disciplinas . Agora, no conceito generalista... ainda falta alguma coisa para que você consiga trabalhar melhor todas as áreas.”
	UR – prática multidisciplinar – P**	** “...eu acho que todos os, todos os profissionais da, da odontologia deveriam ter isso na, em mente. Eu acho que antes de você ser um perio, ser qualquer outro, outro especialista, você tem que ser um generalista. O que eu entendo por generalista, você tem que dominar todas as disciplinas da... da tua área , tá? Você não pode ser só bom em perio ou em prótese, porque a prótese precisa da perio , então, você tem que dominar todas as disciplinas. É o que eu entendo por formação generalista.”
	UR – capacidade de relacionamento com as especialidades – P **	
	UR – prática geral (todos os segmentos da odontologia), multidisciplinar –P	“...é uma formação geral, multidisciplinar , onde engloba todos os segmentos da odontologia...”
	UR - visão do contexto geral do paciente – P	“Você consegue atender o paciente quase como um todo.”
	UR – prática com capacidade de ver o paciente como um todo - P	“... via o paciente como um todo ... Então eu acho que complica, a hora que você sai, o mercado, começa... você fica... tem que fazer tudo , mas, puxa, isso daí eu tinha que chamar não sei quem pra fazer...”

CAP 6 – prática com uma visão global da Odontologia (enfoque multidisciplinar, visão do contexto geral do paciente, percepção das especialidades de forma integrada – 12 citações)	UR - visão do contexto geral do paciente – P***	*** “...O recém formado, ele não sabe integrar Endo, com a Pério, com a Prótese, não sabe ver um contexto geral do paciente...não sabe...”
	UR – capacidade de percepção das especialidades de forma integrada – P***	
	UR – prática de desenvolver um planejamento geral para o paciente - P	“...você não sabe fazer um planejamento geral naquele paciente e você vai acabar se tornando um mal generalista...”
	UR - capacidade de relacionamento com as especialidades – P	“...seria você mais diagnosticar, identificar todos os problemas, relacionar a todas as áreas e fazendo o que for possível dentro da tua atuação e indicando, também, corretamente.”
	UR – prática transdisciplinar – P****	**** “...seria eu sair da graduação e conseguir não ter uma visão só da odontologia, mas, uma interligação de todas as disciplinas, desde área humanas, exatas, tudo isso...” **** “...é você conseguir pegar várias áreas do, do, do que existe aí de, de, pra você conseguir crescer no, no seu consultório, ou no que você tiver fazendo né? Acho que é isso.”
CAP 7 – prática do discernimento – 2 citações	UR – prática do discernimento (bom senso, avaliação crítica e auto-avaliação) frente a um caso – P	“...e também ele ter consciência daquilo que ele não pode, é...não tem domínio nem técnico e nem...teórico pra, é...praquilo e ele saber também, é...pra quem que ele vai encaminhar esse paciente, de que forma ele vai encaminhar esse paciente da, da melhor maneira possível. Então, ele tem que ter essa, essa bagagem, ele tem que ter esse tipo de, de, de, né? essa noção.”
	UR – prática do discernimento (bom senso, avaliação crítica e auto-avaliação) frente a um caso - P	“Porque muita coisa a gente vai ver realmente na prática, mas ter um embasamento teórico e saber né?...ter discernimento do que dá para ser feito, do que não dá... encaminhar.”
CAP 8 – prática de responsabilidade social – 2 citações	UR – prática comprometida com a ética e o social – P	“...é uma formação geral, multidisciplinar, onde engloba todos os segmentos da odontologia, desde a parte prática, teórica, ética e social.”
	UR – prática de atuar preventivamente, relacionando-se com o paciente e promovendo a saúde e o bem estar da população – P	“...um profissional de formação generalista é um profissional que está capacitado a atuar tanto na parte preventiva, a parte de relacionamento com o paciente promovendo a saúde da comunidade em que ele está inserido assim como também, atuar como ele foi designado para atuar na boca do paciente especificamente. Mas, com certeza em todos os âmbitos, tanto na sua comunidade, melhorando assim a saúde da... toda... inter-relacionado não só com a boca mas também com o bem estar da população mesmo.”

Bibliografia Consultada

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa / Antônio Houaiss e Mauro de Salles Villar, elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo; 2001.