

A Formação Humanística, Social e Ética do Graduando em Odontologia

Humanistic, Social and Ethical Education of Dental Undergraduate Students

CILENE RENNÓ JUNQUEIRA¹
SIMONE RENNÓ JUNQUEIRA²
FERNANDA CAMPOS SOUSA DE ALMEIDA³
CELSO ZILBOVICIUS³
MARIA ERCILIA DE ARAUJO⁴
DALTON LUIZ DE PAULA RAMOS⁴

RESUMO

Objetivo: Este estudo discute o significado das mudanças curriculares na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e sua contribuição para a formação integral do aluno de graduação. *Material e Métodos:* Um estudo qualitativo foi conduzido por meio de análise etnográfica e análise de conteúdo temática. A coleta de dados consistiu em observação-participante e análise documental. *Resultados:* A análise das atividades realizadas permitiu concluir que grandes avanços têm sido percebidos a partir desse processo de reestruturação como: qualificação pedagógica dos docentes, diversificação dos cenários de prática e reorganização do ensino da clínica. Contudo, a maior contribuição desse processo é o resgate da preocupação da comunidade acadêmica com o ensino da graduação. *Conclusão:* A fim de alcançar uma educação odontológica integral que culmine com a mesma abordagem para o tratamento dos pacientes, é necessário ter o envolvimento de toda a instituição. Isso ocorrerá por meio de mudanças curriculares e da participação de todos os membros do corpo docente, que devem se envolver no processo de formação humanística, social e ética dos estudantes de graduação.

DESCRIPTORIOS

Educação em Odontologia. Ética Odontológica. Ensino. Corpo Docente.

SUMMARY

Objective: This study debates the meaning of the curricular changes at Sao Paulo State University Dental School and the contribution of faculty for the comprehensive education of undergraduate students. *Material and Methods:* A qualitative study was made through ethnographic analysis and thematic content analysis. Data collection consisted in participant-observation, documentary data. *Results:* Analysis of the activities allow concluding that great advances have been perceived from this process of curricular changes like faculty pedagogical qualification, diversification of practice scenario, and reorganization of clinical education. But, one of the most important considerations from the process was to regain the interest in undergraduate education by academic community. *Conclusion:* In order to achieve a comprehensive dental education extending the same approach to patient care it is necessary to have the involvement of all institution. That will occur through the curricular changes and participation of all faculty members, who must become involved themselves in the process of humanistic, social and ethical education of the undergraduate students.

DESCRIPTORS

Education, dental. Ethics, dental. Teaching. Faculty.

- 1 Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos da FOU SP. Doutora em Ciências Odontológicas, Área de concentração Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 2 Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 3 Pesquisador(a) do Observatório de Recursos Humanos da FOU SP. Doutora em Ciências Odontológicas, Área de concentração Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 4 Professor(a) Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

O modelo biomédico flexneriano, proposto em 1910 por Abraham Flexner e reafirmado em 1926 por Gies, em seus relatórios, para transformar o ensino médico e odontológico, respectivamente – que eram empíricos – para um modelo científico (GUTMANN, 2009; HELLMANN, 2010), tem se mostrado limitado na solução dos problemas de saúde da população desde o final do século XX, pois os problemas mudaram (HELLMANN, 2010). Se no início do século XX as doenças infecciosas agudas dizimavam a população (cuja expectativa de vida era de aproximadamente 35 anos), no final do século XX, a expectativa de vida no Brasil atingiu 72,57 anos e as doenças crônico-degenerativas, cujo tratamento é dispendioso, representam um dos maiores desafios para os sistemas de saúde (BRASIL, 2010).

Além disso, a conceituação do processo saúde-doença ampliou-se nos últimos anos, em razão do reconhecimento do papel dos determinantes sociais para as doenças, o que representa um novo desafio para os formuladores de políticas públicas de saúde, visto que se torna necessário incluir outros setores da sociedade (educação, trabalho, habitação, saneamento) para promover a saúde das populações (BUSS, 2007).

Ademais, esse modelo de ensino fragmentado e voltado para o desenvolvimento tecno-científico contribuiu para a desumanização da assistência, pois colaborou com a perda do entendimento de que o paciente – foco da atenção nos cursos da área da saúde – é uma pessoa única e que deve ser considerada em sua totalidade, ou seja, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais (JUNQUEIRA, RAMOS, 2007).

Ao final da década de 60, disciplinas de cunho humanístico foram incorporadas aos currículos dos cursos da área da saúde (CARSON, 2007), visto que estas profissões combinam as ciências da saúde com as ciências humanas. O humanismo são as atitudes e ações dos profissionais da saúde nas quais estes demonstram interesse e respeito pelos pacientes e que consideram seus valores (BRANCH *et al.*, 2001).

Em 2004, o governo brasileiro instituiu uma política nacional de humanização, o “Humaniza SUS”, que tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, pretende-se valorizar as dimensões subjetivas e sociais dessas práticas (BRASIL, 2004).

Para que se possa fundar uma cultura em defesa da vida, que vá ao encontro dos novos desafios da Odontologia brasileira e das demandas sociais por mais

saúde bucal, a formação e a prática da Odontologia devem ser humanizadas (MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2006). Isso implica reconhecer as necessidades do outro e assim buscar maneiras de centrar o atendimento na atenção devida às pessoas.

Mundialmente, diversas experiências têm sido colocadas em prática, a fim de alterar os currículos na área da saúde na direção de uma formação que seja paciente-centrada (HELLMANN, 2010); (KALKWARF, 1996); (TRESOLINI, 1996); (MEAD, BOWER, 2000); (HENZI *et al.*, 2006); (BOMBEKE *et al.*, 2010).

No Brasil, partindo das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), e como forma de incentivar o processo de mudança curricular, o Governo Federal brasileiro implantou programas que visam a apoiar as universidades que se dispuserem a alterar seus currículos em direção às propostas de aproximação da formação em saúde com o SUS (BRASIL, 2002).

Dentre esses programas, salientam-se o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde) e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), ambos firmados em parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007) e dos quais a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) participa.

Neste estudo pretende-se descrever o processo de reestruturação curricular em andamento na FOUSP para compreender sua contribuição para a formação humanística, social e ética do graduando de Odontologia.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição (parecer CEP/FOUSP 07/08).

Tratou-se de pesquisa qualitativa (RICHARDS, 2007), cuja análise consistiu de análise etnográfica e análise de conteúdo temática, proposta por BARDIN, (2009).

A coleta de dados consistiu de análise documental e observação-participante nas atividades realizadas em razão da participação da instituição no Pró-saúde.

Para isso, houve imersão dos pesquisadores na instituição durante 03 anos, quando foram analisados o projeto pedagógico do curso, os conteúdos programáticos das disciplinas, bem como foi realizada a análise de atividades promovidas (oficinas e seminários) entre 2007 e 2009 como parte do projeto de reestruturação do

currículo da graduação, a fim de identificar qual o foco da formação pretendida do aluno. Cada oficina gerou em um relatório, bem como foram feitas anotações em um diário de campo, que foram posteriormente analisados.

Nenhum participante das oficinas foi identificado. A validação dos resultados foi realizada mediante a leitura de todo o material por todos os autores do trabalho. A triangulação sugerida para enriquecer a perspectiva que o pesquisador tem do fenômeno estudado foi garantida devido ao somatório dos diversos métodos de coleta e de análise dos resultados (RICHARDS, 2007; PATTON, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As DCN estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para os cursos da área da saúde (em 2001 e 2002) definem que é necessário que o egresso seja um profissional capacitado também nos aspectos éticos/bioéticos, humanistas e de cidadania e não apenas nos aspectos técnicos, característicos do modelo biomédico (BRASIL, 2002).

Essas Diretrizes refletem um espírito de mudanças que tem início com a Reforma Sanitária e com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabelece a “saúde como um direito de todos” (BRASIL, 1988), bem como com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 que exclui o “currículo mínimo”.

As DCN definem competências gerais para os cursos da área da saúde que incluem habilidades para a tomada de decisões, a capacidade de comunicação, de gerenciamento, de aprender a aprender, e aptidão para desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo (FEUERWERKER, 2003).

Nelas ressalta-se que os cursos em saúde deverão capacitar o aluno a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, aspectos destacados pelo Relatório Delors (1999), e que ultrapassem a formação técnica.

Entretanto, mesmo antes da implantação das DCN algumas instituições já haviam modificado seus currículos (SANTA-ROSA, VARGAS, FERREIRA, 2007); (TERADA, NAKAMA, 2004); (LIMA, KOMATSU, PADILHA, 2003).

No Quadro 1 apresentam-se trechos do programa das disciplinas da FOU SP que aludem a uma preocupação com a formação ética e/ou social do aluno de graduação.

No programa das disciplinas que não estão apresentadas no quadro, foram encontradas apenas referências ao ensino de aspectos técnicos da Odontologia.

A análise dos programas das disciplinas permite identificar que as do Departamento de Odontologia Social têm a preocupação com a formação humanística, social e ética dos alunos. No entanto, verifica-se que disciplinas clínicas, como Anestesiologia, Endodontia, Dentística Restauradora II, Estomatologia Clínica, Odontopediatria e Clínica Integrada incorporaram em seus programas essa preocupação, como sugerem as DCN.

Na busca de reorientar a formação, deve-se estimular a atuação interdisciplinar multiprofissional, deslocando o eixo da formação centrada na assistência individual, para um processo de formação contextualizado, que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da população a fim de capacitar os profissionais a enfrentar os problemas do processo saúde-doença da população.

Um sistema de avaliação radial foi definido, a fim de avaliar o grau de aproximação (ou distanciamento) da Instituição de Ensino em relação ao SUS. Esse sistema de avaliação inclui a *orientação teórica* predominante na instituição de ensino, a *abordagem pedagógica* e os *cenários de prática* adotados (CAMPOS *et al.*, 2001). Esse instrumento de avaliação foi utilizado pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) em oficinas realizadas nas instituições de ensino, a fim de avaliá-las.

A análise por vetor dos três eixos trabalhados nas oficinas realizadas pela ABENO aponta uma tendência conservadora da educação odontológica com ênfase na figura do professor que ministra aulas teóricas para um grande número de alunos, distanciadas da realidade dos serviços de saúde e com destaque para as práticas de ensino realizadas em clínicas localizadas na instituição, com alguma abertura ao SUS (ZILBOVICIUS, 2007; LAZZARIN, NAKAMA, CORDONI JÚNIOR, 2007).

Na oficina da ABENO realizada na FOU SP em maio de 2006 ficou clara a forte tendência conservadora da instituição, com grande dificuldade por parte dos docentes participantes da oficina em entender a razão da necessidade de mudanças propostas pelas DCN para o ensino da graduação, o que está de acordo com os resultados de SECCO, PEREIRA (2004a; 2004b).

Para parte dos docentes participantes daquela oficina, a formação integral do aluno se traduzia na necessidade de ampliar os conhecimentos referentes às

Quadro 1 - Programa das disciplinas cuja ementa remete a uma preocupação com aspectos humanísticos, sociais e/ou éticos da formação do graduando. FOUSP, 2008.

Período letivo		Disciplina	c.a.*	Programa da disciplina
Diurno	Noturno			
1ª e 2ª	1ª e 2ª	Clinica ampliada de promoção da saúde	6	"... formação de uma mentalidade na prática assistencial pautada nos princípios da cidadania, no reconhecimento da autonomia dos usuários, na interação com a população e com a equipe de saúde, na busca de soluções para os problemas identificados e no envolvimento com os resultados da assistência..."
2ª	2ª	Bioética	3	"... refletindo sobre quais os valores em jogo e por quais caminhos concretos se pode encontrar uma linha de conduta sem modificar esses valores frente as responsabilidades morais com as pessoas, a sociedade e a natureza..."
2ª	2ª	Ciências sociais em saúde	4	"explorar o reconhecimento da dimensão social dos agravos à saúde..."
4ª	5ª	Patologia bucal	8	"Estudar os vários aspectos dos desvios da saúde bucal e sua repercussão sobre a saúde geral, de modo a permitir o seu conhecimento e apreciar a sua evolução na prática profissional"
4ª e 5ª	7ª e 8ª	Prótese total I e II	18	"Visa preparar o aluno a lidar com a condição de edentulismo do ser humano, permitindo uma avaliação global com o fim do adequado planejamento terapêutico..."
5ª e 6ª	8ª e 6ª	Saúde coletiva	8	"conceitos básicos de epidemiologia, planejamento e organização de serviços de saúde, identificando os principais problemas coletivos de saúde bucal, enfatizado os métodos preventivos e as possibilidades de sua aplicação a grupos populacionais e, ainda, através de atividades de campo..."
5ª e 6ª	6ª e 7ª	Radiologia I e II	12	"O perfil do profissional a ser formado é generalista, estando evidenciados de forma marcante: Compromisso com a saúde; Compromisso com a atualização; Capacidade de comunicação, liderança e gerenciamento; Compromisso com a ética e a cidadania; Integração curricular..."
5ª	6ª	Estomatologia clínica	6	"Resaltar (...) a importância da avaliação global do paciente, como um complexo bio-psico-social. Desenvolver o comportamento para uma adequada relação paciente/ profissional com consciência de um profissional da área de saúde que deve procurar a melhoria de qualidade de vida do seu semelhante, procurando nestes contactos a melhor qualidade sua"
5ª	6ª	Estomatologia clínica	6	"Resaltar (...) a importância da avaliação global do paciente, como um complexo bio-psico-social. Desenvolver o comportamento para uma adequada relação paciente/ profissional com consciência de um profissional da área de saúde que deve procurar a melhoria de qualidade de vida do seu semelhante, procurando nestes contactos a melhor qualidade sua"
6ª	7ª	Anestesiologia aplicada à clínica odontológica	1	"Dar ao aluno a compreensão da importância do controle da dor durante o tratamento odontológico..."
6ª e 7ª	8ª e 9ª	Endodontia	16	"... desenvolver uma relação humana com o paciente, ressaltando os aspectos éticos, de respeito e compreensão..."
7ª	10ª	Dentística restauradora II	8	"... Atenção especial será dada para o respeito aos princípios éticos, diagnóstico do estado bucal geral do paciente, aplicando conhecimentos previamente adquiridos em disciplinas básicas e correlatas, com vistas à promoção da saúde."
8ª e 9ª	11ª e 12ª	Clinica Integrada	8	"Estabelecer, no planejamento de uma reabilitação bucal, a ordem de preferência da Terapêutica e a seleção de um planejamento de tratamento global adequado para as condições sócio-econômicas da comunidade"
8ª e 9ª	11ª e 12ª	Odontopediatria	13	"Ênfatizar a Odontopediatria não como uma especialidade, mas sim como uma necessidade da conjuntura de saúde bucal da população"
8ª	8ª	Deontologia	4	"A Disciplina visa a fornecer aos alunos, conhecimentos sobre os aspectos morais, sociais e legais do exercício da Odontologia."
Ao longo do curso	Ao longo do curso	Estágios vivenciais	1	"Instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social, econômica e do trabalho de sua área/curso"

*c.a. = crédito-aula: cada crédito-aula corresponde a 15 horas-aula.

áreas básicas, para atingir a saúde global do paciente, ainda com foco nos aspectos biológicos, para o entendimento da saúde sistêmica. Eles não consideraram que a formação integral incorpora a necessária atenção à saúde psicológica, social e espiritual da pessoa, ou seja, o reconhecimento de seu valor, de sua dignidade, o que está de acordo com estudo de PAULA, BEZERRA (2003). Muitos docentes reconhecem apenas seu papel em ensinar as habilidades, a técnica e o conteúdo aos alunos.

Entretanto, professores que ouvem atentamente os outros; recorrem ativamente a oportunidades para ilustrar a atenção humanizada durante o ensino; estimulam a reflexão pela equipe na abordagem do paciente; ajudam o aluno a usar as informações pessoais e sociais do paciente durante o atendimento; servem como modelo para como construir relações interpessoais fortes; inspiram o aluno a adotar atitudes de atenção ao paciente; são reconhecidos pelos pacientes e alunos como bom profissional (HENZI, 2006; BRANCH *et al.*, 2009).

Os aspectos de relacionamento/comunicação, ética, consciência social e cidadania devem fazer parte do ensino, tendo as atitudes dos docentes como forma de demonstração desses comportamentos (HENZI, 2006; PUPLAKSIS, RAMOS, 2007), sendo por isso necessário que todos os docentes reconheçam que ensinam essas atitudes aos alunos.

O projeto pedagógico da FOU SP prevê que o curso deve ser a base da educação continuada requerida de um profissional da saúde, com ênfase na aquisição de uma sólida formação científica pautada em princípios éticos e na formação humanística. Os cursos diurno e noturno são constituídos de conteúdos básicos e profissionalizantes que “devem ser ensinados com enfoque unificador”, visto que “a supremacia do conhecimento fragmentado de acordo com as disciplinas impede frequentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade” (FOUSP, 2007).

Dessa forma, reconhece-se a necessária integração curricular, mas salienta-se que a estrutura do curso não a favorece, ficando a cargo das disciplinas buscarem maneiras de realizar a integração de conteúdos.

Essa integração é fundamental para que, ao final se alcance a formação de um profissional de saúde que se paute pelo atendimento integral do paciente, desde o reconhecimento do necessário cuidado à sua saúde

sistêmica até o estabelecimento de um relacionamento ético com o paciente durante o atendimento.

O trabalho interdisciplinar e multiprofissional é fundamental para que a integralidade seja atingida. Não se pretende formar um superprofissional, mas um profissional capacitado a interagir com os outros para responder às necessidades dos pacientes (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Reuniões e eventos em que os docentes participem e se envolvam podem favorecer essa integração.

Outro grande desafio do projeto de modificação do currículo é a reestruturação do ensino da clínica. Para isso, partindo-se de uma proposta da Comissão de Reestruturação Curricular, que dentre outros aspectos sugere que sejam criados ciclos clínicos integradores, foi realizada na cidade de Atibaia, São Paulo uma oficina durante o 4º. Encontro dos Professores da FOU SP (em junho de 2009), a fim de que a reestruturação do ensino nas clínicas fosse uma construção coletiva.

Essa comissão propôs a criação de núcleos, articulados por ciclos integradores, para promover o ensino transversal de alguns conteúdos, a saber:

- núcleo das ciências biológicas e da saúde – integração entre as disciplinas básicas entre si e os demais eixos;
- núcleo da clínica de atenção básica, que atenderá a 70% das demandas da população e 85% das necessidades de ensino de graduação; em complexidade crescente (de acordo com a evolução do aluno) e tendo como norte a “alta” do paciente;
- núcleo de clínicas de especialidades – num processo de referência e contra-referência, mantendo articulados os núcleos de saber, atualmente centrados em disciplinas estanques.

Os ciclos clínicos integradores propostos foram: oclusão, casos clínicos, implantodontia, cariologia, dinâmica das relações em Odontologia e epidemiologia.

Naquela oficina, os 76 professores presentes foram divididos em sete grupos, compostos por docentes dos diversos Departamentos, a fim de que pudessem discutir como serão desenvolvidas as atividades clínicas na instituição a partir de 2010, com o início da reestruturação do currículo. Partiu-se do projeto apresentado pela Comissão de Reestruturação Curricular, e de questões norteadoras apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Perguntas norteadoras e respostas obtidas durante a oficina realizada com os docentes do Curso de Odontologia da FOU SP. Atibaia, 2009.

Pergunta

1- Os focos das atividades clínicas são: o paciente e o estudante (portanto o foco não é disciplinar – a disciplina é uma ferramenta para o ensino). Pergunta: quantas horas clínicas são necessárias para ensinar?

Resposta e análise da resposta

Os docentes reconheceram a necessidade de as atividades práticas desenvolvidas na clínica ocuparem de 75 a 80% da carga horária total das disciplinas clínicas (com a consequente redução da carga horária de aulas teóricas apresentadas em algumas delas). Entretanto, a ênfase continua sendo o treinamento para a aquisição de habilidades manuais.

Pergunta

2- Fator de integração curricular. PACIENTE: desde o acolhimento até sua alta pelo ALUNO (supervisionado pelo professor) (a Clínica deve ser paciente centrada e, portanto integradora, buscando a integralidade para o tratamento do paciente e desta forma ensinar os princípios de universalidade, integralidade e equidade; sua organização deve buscar a hierarquização através do ensino pela complexidade crescente e atuando num sistema de referência e contra referência para inculcar no estudante a capacidade de entender os limites de sua competência). Pergunta: qual a sequência de tratamento seguir?

Resposta e análise da resposta

Os professores ressaltaram a necessidade de o paciente ter a eliminação do quadro de sofrimento (urgências), seguida do diagnóstico, estabelecimento do plano de tratamento, adequação de meio, ou seja, remoção dos focos infecciosos, tratamento restaurador e reabilitador, seguido de um acompanhamento e/ou manutenção da saúde. Enfatizaram que as ações de prevenção devem ser desenvolvidas ao longo da execução do tratamento do paciente. Permanecem as preocupações com a formação técnica do aluno, mas houve um avanço no sentido de perceber que o paciente precisa ser acompanhado após sua alta.

Pergunta

3- Prontuário único. Pergunta: o modelo atual está atendendo às necessidades legais e de integração disciplinar?

Resposta e análise da resposta

Os docentes sugeriram que o prontuário seja único e eletrônico, a fim de facilitar a integração entre as diversas necessidades dos pacientes e de que se possa acompanhar seu tratamento. Assim, sugerem que o prontuário seja padronizado seguindo o modelo SUS, e que as especificidades de cada área componham o prontuário, sem que seja necessário o desenvolvimento de um prontuário por disciplina. O prontuário informatizado centralizado e integral atenderá as necessidades do aluno, professor e paciente, favorecendo a integração e o acompanhamento do tratamento do paciente, ressaltando-se a necessidade de atualizações periódicas da história médica do paciente. Acrescente-se que já existe na FOU SP um grupo de professores trabalhando no estabelecimento desse novo modelo de prontuário informatizado.

Pergunta

4- Trabalho auxiliado como filosofia pedagógica buscando: - a organização do tempo e do trabalho- maior produtividade e assim maior cobertura das necessidades do paciente- o comportamento solidário entre os pares- ampliar a integração e a interlocução dos saberes. Pergunta: sua disciplina atenderia a esses pressupostos?

Resposta e análise da resposta

A maioria dos docentes identifica que o trabalho auxiliado, em duplas, favorece o atendimento do paciente, bem como o aprendizado do aluno. Entretanto, algumas disciplinas identificam que é necessário que os dois componentes da dupla apresentem o mesmo nível (estejam no mesmo ano), enquanto outras entendem que alunos de níveis diferentes podem compor a dupla, como já acontece em diversas disciplinas clínicas. Surgiu como proposta que se estabeleçam convênios com entidades que promovem cursos de ASB (Auxiliar de Saúde Bucal, antiga ACD, Auxiliar de Consultório Dentário) e TSB (Técnico em Saúde Bucal, antiga THD, Técnica em Higiene Bucal), a fim de otimizar o atendimento, visto que seria possível trabalhar a quatro mãos.

Pergunta

5- Integrar os conhecimentos construídos nos diferentes núcleos pedagógicos, incentivando a interdisciplinaridade. Pergunta: como obter uma linguagem comum entre todas as disciplinas no tocante aos conteúdos comuns?

Resposta e análise da resposta

Todos os grupos de professores identificaram que são necessárias reuniões periódicas, ou seminários integradores, que ampliem a convivência entre eles, a fim de que os conceitos, termos e técnicas sejam uniformizados. Enfatizam a necessidade de se estabelecerem protocolos para o atendimento clínico do paciente. Também para que esses protocolos sejam estabelecidos ressaltam que será necessário realizar reuniões entre os docentes. Contudo, um dos grupos identificou a importância da pluralidade de opiniões para a formação do aluno.

Pergunta

6- Quais disciplinas vão entrar nas clínicas em cada semestre? (atenção básica e especialidade)?

Resposta e análise da resposta

Os docentes aceitaram o projeto proposto, no qual as disciplinas de diagnóstico passam a compor a Clínica de Atenção Básica, com início no 5º semestre e, nos semestres seguintes, as clínicas serão compostas pelas especialidades em graus de complexidade crescente.

Pergunta

7- Quais as competências clínicas cada disciplina necessita desenvolver?

Resposta e análise da resposta

Os diversos grupos responderam que as competências se referem às habilidades técnicas necessárias para cada especialidade. Apenas um grupo identificou como competência clínica a capacidade de diagnóstico, de elaboração do plano de tratamento e de os alunos apresentarem normas de conduta adequadas. As competências clínicas, em geral se limitam à aquisição de habilidades motoras, não sendo consideradas aquelas relativas ao comportamento, às atitudes do aluno no relacionamento com o paciente e a equipe de saúde, como a capacidade de comunicação, o respeito pelas diferenças.

Pergunta

8- Como elaborar (e praticar) um sistema permanente de avaliação do estudante?

Resposta e análise da resposta

Os docentes sugeriram que se façam avaliações diárias do desempenho clínico, seguindo critérios objetivos e subjetivos como pontualidade, organização, capacidade de resolução do caso clínico e de relação paciente-profissional, e os cuidados de biossegurança. Outros recomendaram, além da avaliação diária, uma avaliação semestral ou anual do aluno, bem como que se façam três meses de avaliação clínica e teórica ao final do curso. Surgiu como proposta em um dos grupos que seja incluída a auto-avaliação do aluno. Ressaltam que o prontuário eletrônico único facilitará o processo de avaliação do aluno, visto que serão mais facilmente visualizadas as atividades realizadas pelos alunos em cada clínica.

Pergunta

9- Como selecionar o paciente?

Resposta e análise da resposta

De acordo com as respostas obtidas, a seleção do paciente continua, para a maioria dos grupos, centrada nas necessidades do ensino e não nas necessidades do paciente. Um dos grupos propôs que uma equipe de professores realize a triagem dos pacientes e defina critérios para a criação de um banco de pacientes dividindo-os em níveis de complexidade, a fim de possibilitar seu encaminhamento para as clínicas do curso.

Desde a Reforma Universitária da USP em 1968 até 2009, essas atividades são desenvolvidas em clínicas compartimentadas por especialidade, nas quais o paciente geralmente não é visto como um todo, ou seja, as necessidades dos pacientes são identificadas na triagem e o paciente é encaminhado para as clínicas das diversas disciplinas do curso. Como regra, é difícil acompanhar o tratamento e a alta do paciente.

Com a nova proposta, que visa à integração das diversas clínicas, surge a possibilidade de o paciente ser atendido como um todo e se tornar o alvo do atendimento, e não mais o procedimento técnico que será realizado. Apresenta-se, pois, a possibilidade de transformar a aprendizagem prática do aluno num momento de exercício do respeito devido ao paciente, entendido como pessoa humana em sua totalidade e não como objeto para o ensino, desde sua admissão nas clínicas da faculdade (ainda que se reconheça o papel didático que as clínicas têm para o ensino).

A antecipação do contato dos alunos com as atividades clínicas poderia diminuir seu contato com um currículo paralelo, criar espaços para a discussão da relação profissional-paciente em módulos que envolvam a participação de profissionais de diferentes especialidades, oferecer educação continuada ao corpo docente sobre comunicação e relações interpessoais (NOGUEIRA-MARTINS, NOGUEIRA-MARTINS, TURATO, 2006).

Deve-se ressaltar que a participação dos docentes nessa oficina representa um impulso no processo de reformulação curricular em andamento, visto que o engajamento dos docentes, percebido naquela atividade, é fundamental para seu êxito. A preocupação em oferecer um ensino melhor para o aluno e um atendimento melhor para o paciente foi reconhecida pelos participantes, e não significa que o ensino ou que o atendimento não sejam adequados, mas que podem e devem melhorar, a fim de responderem melhor às necessidades da população.

As crenças compartilhadas por professores podem ser responsáveis pela manutenção de determinadas práticas e ideologias em saúde que muitas vezes não se equiparam às necessidades da atenção primária em saúde, foco das reformas curriculares em saúde. O aprendizado é adquirido pela observação direta do comportamento de outras pessoas. Isso explica por que os professores são fontes importantes de aprendizagem social sobre como o profissional deve se comportar (PAICE, HEARD, MOSS, 2002; RONZANI, 2007; GOLDIE *et al.*, 2007).

A abordagem integral do processo saúde-doença

requer o reconhecimento do paciente como uma unidade biopsicossocial, ou seja, o respeito do profissional à dignidade do paciente e a consequente humanização do atendimento, e a compreensão dos componentes sociais que influenciam a saúde e/ou doença daquela pessoa e ou população.

A incorporação de disciplinas de cunho humanístico poderia influenciar no comportamento do profissional formado, porém na medida em que o conteúdo destas fica restrito às disciplinas específicas e não é compartilhado pelos demais docentes, este conteúdo se torna de difícil apreensão aos alunos e com uma imagem de menor importância para sua formação.

Como todos os docentes exercem forte influência sobre o comportamento de seus alunos, os cursos de pós-graduação *stricto-senso* têm uma responsabilidade fundamental na formação do docente como educador e não apenas como especialista em uma determinada área de conhecimento (CARLI, 2007).

Ressalte-se que a docência requer formação profissional para seu exercício: conhecimentos específicos para exercê-la adequadamente, ou, no mínimo, a aquisição das habilidades e dos conhecimentos vinculados à atividade docente para melhorar sua qualidade (VEIGA, 2008).

Em oficina realizada durante a Reunião da ABENO em 2007, em Salvador, foi identificado como “nó crítico” para a educação do aluno de Odontologia a falta de capacitação pedagógica do docente. Isso levou à definição do tema da reunião seguinte, realizada em 2008, em Porto Alegre, em que se discutiu o papel da pós-graduação para a formação do docente de Odontologia.

O processo de mudança deve propiciar espaços de reflexão junto aos professores para possibilitar uma compreensão coletiva de que em todas as disciplinas a dimensão ético-humanista deve ser evidenciada, de modo que o estímulo a essa dimensão não seja percebido pelos alunos como atribuição quase que exclusiva das áreas de Ciências Humanas e Saúde Coletiva (MATOS 2006).

Em consonância com LEMPP, SEALE, (2004), e COSTA, (2007), alguns docentes da FOU SP ressaltaram, nas oficinas, a grande ênfase que é dada pela universidade às atividades de pesquisa. Referem também que há pouco engajamento com a docência e que faltam mecanismos para valorizá-la.

A reestruturação curricular encontra grandes desafios para quebrar a imagem hegemônica de profissão liberal baseada na prática autônoma e que leva à especialização precoce, e assim adequar a formação do aluno aos novos paradigmas sugeridos pelas DCN.

Para educar adultos, são necessárias estratégias pedagógicas que transformem os alunos em sujeitos da aprendizagem para que o ensino não fique centrado na figura do professor, como único detentor do conhecimento, desenvolvendo o pensamento crítico dos alunos (FREIRE, 1996; BERBEL, 1998; KERSTEN *et al.*, 2007).

As estratégias problematizadoras de ensino ainda são pouco adotadas nas disciplinas dos cursos da FOU SP. Ainda acostumados com o modelo de ensino centrado no professor, os docentes referem dificuldades para adotar as estratégias problematizadoras e identificam também nos alunos resistências em buscar o conhecimento.

Para superar essas dificuldades, o modelo pedagógico deve ser alterado para outro em que o conhecimento seja compartilhado com o aluno, por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Além disso, seguindo as DCN, deverá haver integração entre os conteúdos humanos e técnicos para que os aspectos humanísticos sejam desenvolvidos nas clínicas (NUTO *et al.*, 2006).

Para facilitar esse processo de mudança pedagógica, promoveu-se na FOU SP, como parte do Pró-saúde, em maio de 2008, um curso de capacitação em metodologias problematizadoras que se propôs a iniciar as discussões acerca de estratégias pedagógicas que coloquem o aluno no centro da aprendizagem e os professores como facilitadores desse processo.

Naquele curso, em que diversos professores da instituição participaram, a professora Neusi Berbel, educadora da Universidade Estadual de Londrina e grande pesquisadora da metodologia problematizadora, apresentou a metodologia problematizadora com o Arco de Maguerez e suas vantagens para o ensino aos alunos de Odontologia. Nesse método, os problemas devem ser identificados em situações reais e as soluções encontradas devem ser aplicadas no local onde o problema foi identificado.

Ao término daquele curso, os participantes se apropriaram de uma nova estratégia de ensino/aprendizagem, a metodologia problematizadora, e puderam perceber como ela favorece o processo ensino/aprendizagem por possibilitar ao aluno participar dele ativamente e os prepara para a auto-educação permanente.

Destaca-se, contudo, que a transmissão de informações e a aquisição e habilidades também são funções da educação em Odontologia. Entretanto, não se pode restringir a formação do aluno a esses níveis.

Para transformar as informações recebidas em

conhecimento, o aluno deverá ser capaz de mobilizá-las para realizar seus projetos individuais e coletivos (MACHADO, 2004). Para isso, é preciso trabalhar no âmbito das atitudes, por meio de estratégias pedagógicas que possibilitem esse desenvolvimento (COSTA, 2007; CASTANHO, 2002).

Em outra atividade, realizada em novembro de 2008, também como parte das atividades propostas pelo Pró-saúde – o “Seminário Internacional de Educação Odontológica” – pretendeu-se trazer a contribuição de duas professoras norte-americanas para o entendimento das mudanças curriculares nos Estados Unidos, a fim de se encontrarem paralelos entre as mudanças que ocorrem lá e aquelas que aqui são propostas.

Diversas dificuldades apresentadas pelas professoras convidadas (Profa. Lisa Tedesco da Emory University, EUA e Marita Inglehart da Michigan University, EUA), como a resistência dos docentes às mudanças, também são encontradas no cenário brasileiro, assim como muitos dos avanços por eles alcançados, como a importância de se centrar o atendimento realizado na instituição nas necessidades do paciente, também se assemelham aos encontrados na FOU SP.

O intercâmbio das informações permitiu aos participantes reconhecer as dificuldades encontradas quando se pretende promover mudanças curriculares e apontou caminhos para favorecê-las.

Uma das estratégias utilizadas nas Universidades norte-americanas é a ampliação das atividades realizadas fora do ambiente da Universidade, a fim de proporcionar aos alunos cenários onde há diversidade cultural e socioeconômica.

A idéia de trabalhar em pequenos grupos de alunos (na forma de tutorias) ainda é pouco desenvolvida nos cursos de Odontologia, conforme evidenciado pela análise dos programas das disciplinas; ademais, por falta de preparo para a docência, mesmo quando considerada importante, há grande dificuldade em implantá-las.

Outra maneira de alterar a concepção do ensino de um modelo eminentemente biologicista, centrado na doença e no desenvolvimento de equipamentos e da técnica, para um modelo que incorpore as reais necessidades das pessoas, entendidas como totalidade, é a mudança dos cenários de práticas utilizados para o ensino do aluno.

As DCN propõem a diversificação dos cenários onde são realizadas as práticas durante a graduação para aproximar os alunos das necessidades reais da população. O ensino, compartimentalizado e focado na

prática clínica individual, não responde às necessidades das pessoas, mas às necessidades desse ensino.

O excesso das especializações e sua consequência – a fragmentação do conhecimento – podem ser corrigidos pela interdisciplinaridade. Além disso, as transformações na educação ocorrem em todos os cenários nos quais a prática profissional acontece, pois é onde os problemas acontecem (ARAUJO, 2006).

A fim de aliar a excelência técnica ao compromisso social, a formação dos profissionais deve capacitá-los a prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população. Para isso, devem-se diversificar os cenários de práticas para atingir os objetivos descritos nas DCN, sobretudo visando à integralidade da atenção à saúde (MORITA, KRIGER, 2004).

As Unidades de Saúde podem oferecer aos alunos a oportunidade para o reconhecimento das necessidades reais das pessoas. A articulação das instituições públicas de ensino superior com o Sistema Único de Saúde (SUS) é fator preponderante para que a missão de fortalecimento e aperfeiçoamento do próprio SUS pela universidade seja efetivada (SILVA, VARGAS, FERREIRA, 2004).

Uma forma de incentivar a inserção de instituições de ensino nas unidades de saúde foi criada pelo Ministério da Saúde: o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Este programa é destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

A oportunidade de participação da FOU SP no PET-Saúde em um momento em que esta Unidade conduzia o processo de reorientação curricular, apoiado pelo Pró-Saúde, favorece a implementação efetiva do terceiro eixo – diversificação dos cenários de prática.

O PET-Saúde do campus da USP, capital, tem as características de abranger todas as unidades de ensino da saúde (Odontologia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física e Saúde Pública), desenvolvendo suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde do Projeto Oeste.

O Projeto Oeste, firmado em parceria entre as Faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia para a realização de estágios e disciplinas com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, possibilita formalizar como cenários de prática os serviços públicos de saúde do Município de São Paulo.

A análise de uma disciplina de atenção básica em saúde de uma Faculdade de Medicina, em que o aprendizado ocorreu em Unidades Básicas de Saúde que trabalham com o Programa de Saúde da Família, apontou que os estudantes se envolveram com a realidade social e de saúde local e com as tarefas dos agentes comunitários e julgaram essas atividades como capacitações obtidas com a disciplina (VIEIRA *et al.*, 2007).

A construção de práticas pedagógicas desenvolvidas no Programa de Aprendizagem de Saúde Coletiva da PUC-PR em que houve a diversificação de cenários de práticas favoreceu a integração dos alunos à realidade social, às políticas sociais e ao SUS (MOYSÉS, MOYSÉS, KRIGER, 2003).

Um projeto piloto da Universidade de Manchester para o ensino de Dentística Restauradora em uma clínica extramuros foi desenvolvido com a intenção de os alunos oferecerem atendimento integral aos pacientes, com foco na atenção básica. Os estudantes avaliaram positivamente a atividade. Os pacientes não eram pré-agendados, o que ofereceu aos alunos a oportunidade de aprender em uma situação mais próxima da realidade (ELKIND *et al.*, 2005).

O atendimento realizado fora da instituição de ensino, em clínicas onde pessoas de diferentes idades, nível socioeconômico, etnias, trazem experiências educacionais valorosas, facilitam o ensino das ciências comportamentais e, sobretudo, orientam a atividade profissional em direção às necessidades da sociedade (MARSELLA, 2006).

Quanto mais o currículo mostra a importância de tratar pacientes de todos os segmentos da sociedade tanto maior a intenção dos alunos em atender pacientes de diversas etnias e aqueles provenientes de diferentes segmentos sociais depois de formados (SMITH, ESTER, INGLEHART, 2006).

Na FOU SP, as atividades extramuros, usualmente desenvolvidas pela disciplina de Saúde Coletiva com os alunos do 3º ano do curso, foram ampliadas, pois também passam a ser desenvolvidas nas disciplinas de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde, Clínica Ampliada de Atenção Básica e de Estágios Vivenciais ao longo de todo o curso.

A duração do curso diurno foi ampliada de 09 para 10 semestres, a fim de que os alunos possam cumprir adequadamente as atividades de estágio, sobretudo aquelas que se realizam fora do ambiente da Universidade, buscando assim atingir a melhoria da formação humanística, social e ética do graduando em Odontologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de atingir a integralidade da atenção, deve-se iniciar o processo de mudança na instituição formadora, e quem deve guiar esse processo são as pessoas envolvidas, ou seja, aquele que tem a necessidade de tratamento e busca o atendimento, o paciente, e aquele que está na instituição em busca do aprendizado, o aluno.

Do ponto de vista da educação em Odontologia, a reestruturação curricular se apresenta como uma oportunidade para colocar em discussão o ensino na graduação, e pautar as discussões no plano epistemológico. Esse processo poderá gerar uma mudança na

direção de colocar, de fato, o aluno no centro do processo ensino-aprendizagem, enfatizando a necessária atenção a ele.

Do ponto de vista do paciente, é a oportunidade de não mais estar às margens do processo de ensino, mas de ter sua dignidade respeitada, independentemente de ser atendido em clínicas no interior da instituição de ensino ou em outros cenários de práticas.

Cabe, pois, à educação em Odontologia, incorporar aluno e paciente como os dois principais alvos do processo de mudança curricular e, para isso, a atenção à pessoa humana deverá ser o alicerce para a construção de uma nova Odontologia.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 11(1):179-82, 2006.
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 5 ed. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009, 281p.
3. BERBEL, NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2(1):139-54, 1998.
4. BOMBEKE K, SYMONS L, DEBAENE L, DE WINTER B, SCHOL S, VAN ROYEN P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ*. 44(7):662-73, 2010.
5. BRANCH WT, FRANKEL R, GRACEY CF, HAIDET PM, WEISSMANN P, CANTEY P, MITCHELL GA, INUI TS. A good clinician and a caring person. *Acad Med*. 84(1):117-25, 2009.
6. BRANCH WT, KERN D, HAIDET P, WEISSMANN P, GRACEY CF, MITCHELL G, INUI T. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA*. 286(9):1067-74, 2001.
7. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
8. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 03 de agosto de 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS 3/2002. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia*. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p.10, Brasília, 2002.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde*. Brasília, 2005, 80p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sqtes>. Acesso em 12 de abril de 2007.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 17(1):77-93, 2007.
13. CAMPOS FE, FERREIRA JR, FEUERWERKER LCM, SENA RR, CAMPOS JJB, CORDEIRO H *et al*. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 25(2):53-9, 2001.
14. CARLI G. Formação docente e educação odontológica: uma perspectiva em construção. *Dissertação*, Canoas: Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil, 2007.
15. CARSON RA. Engaged humanities: moral work in the precincts of medicine. *Perspect Biol Med*. 50(3):321-33, 2007.
16. CASTANHO ME. Professores de ensino superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 6(10):51-62, 2002.

17. CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 20(5):1400-10, 2004.
18. COSTA NMSC. Docência no Ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*. 31(1):21-30, 2007.
19. DELORS J. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC, 1999, 288.
20. ELKIND A, POTTER C, WATTS C, BLINKHOM F, DUXBURY J, HULL P *et al*. Patients treated by dental students in outreach: the first year of a pilot project. *Eur J Dent Educ*. 9(2):49-52, 2005.
21. FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FOSP. Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2007.
22. FEUERWERKER LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*. 3(1):24-7, 2003.
23. FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996, 92p.
24. GOLDIE J, DOWIE A, COTTON P, MORRISON J. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. *Med Educ*. 41(6):610-17, 2007.
25. GUTMANN JL. The evolution of America's scientific advancements in dentistry in the past 150 years. *J Am Dent Assoc*. 140 (S1):8S-15S, 2009.
26. HELLMANN DB. Flexner at 100: the pyramid, a new organizational metaphor for academic medical centers. *Am J Med*. 123(7):571-2, 2010.
27. HENZI D, DAVIS E, JASINEVICIUS R, HENDRICSON W. North American dental students' perspectives about their clinical education. *J Dent Educ*. 70(4):361-77, 2006.
28. JUNQUEIRA CR, RAMOS DLP. Aspectos éticos da percepção de pacientes em atendimento odontológico. *R Bras Ci Saúde*. 11:95-102, 2007.
29. KALKWARF KL. Patient-centered care in an Academic Health Center: an administrator perspective. *J Dent Educ*. 60(12): 951-4, 1996.
30. KERSTEN HW, VERVOOM JM, ZIJLSTRAAE, BLOK S, VAN EIDJEN TMGJ. Development and implementation of new educational concepts in a dental curriculum. *Eur J Dent Educ*. 11(1):2-9, 2007.
31. LAZZARIN HC, NAKAMA L, CORDONI JÚNIOR L. O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade*. 16(1):90-101, 2007.
32. LEMPP H, SEALE C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 329(7469):770-3, 2004.
33. LIMA VV, KOMATSU RS, PADILHA RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface (Botucatu)*. 7(12):175-84, 2003.
34. MACHADO NJ. *Conhecimento e valor*. São Paulo: Moderna; 2004, 166p.
35. MASELLA RS. The hidden curriculum: value added in dental education. *J Dent Educ*. 70(3):279-83, 2006.
36. MATOS MS. Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de odontologia da Bahia. *Tese*, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.
37. MEAD N, BOWER P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 51(7):1087-110, 2000.
38. MORITA MC, KRIGER L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*. 4(1):17-21, 2004.
39. MOYSÉS ST, KRIGER L, MOYSÉS SJ. Humanização como conceito-experiência para a Odontologia. In: CARVALHO ACP, KRIGER L (Org.). *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006, p.257-64.
40. MOYSÉS ST, MOYSÉS SJ, KRIGER L, SCHMITT EJ. Humanizando a educação em Odontologia. *Rev ABENO*. 3(1):58-64. 2003.
41. NOGUEIRA-MARTINS MCF, NOGUEIRA-MARTINS LA, TURATO ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Med Educ*. 40(4):322-8, 2006.
42. NUTO SAS, NORO LRA, CAVALSINA PG, COSTA ICC, OLIVEIRA AGRC. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 11(1):89-96, 2006.
43. PAICE E, HEARD S, MOSS F. How important are role models in making good doctors? *BMJ*. 325(7366):707-10, 2002.
44. PATTON MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*. 34(5 Pt 2):1189-208, 1999.
45. PAULA LM, BEZERRA ACB. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. *Rev ABENO*. 3(1):7-14, 2003.
46. PUPLAKSIS NV, RAMOS DLP. Percepção dos alunos de Instituição de Ensino Superior de Odontologia de São Paulo e dos usuários dos atendimentos odontológicos sobre aspectos éticos. *RPG Rev Pós Grad*. 13(4):318-23, 2007.
47. RICHARDS L, MORSE JM. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. 2nd ed. Sage Publications: Thousand Oaks; 2007.
48. RONZANI TM. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Rev Bras Educ Med*. 31(1):38-43, 2007.
49. SANTA-ROSA TTA, VARGAS AMD, FERREIRA EF. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 11(23):451-66, 2007.
50. SECCO LG, PEREIRA MLT. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de odontologia do Estado de São Paulo. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 8(15):313-30, 2004a.
51. SECCO LG, PEREIRA MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 9(1):113-120, 2004b.
52. SILVAAM, VARGAS AMD, FERREIRA EF. Integridade da atenção e o ensino superior. *Arq odontol*. 40(3):245-56, 2004.

53. SMITH CS, ESTER TZ, INGLEHART MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. *J Dent Educ.* 70(4):398-408, 2006.
54. TERADA RSS, NAKAMA L. *A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá.* São Paulo: Hucitec; Rede Unida; ABENO, 2004, 180p.
55. TRESOLINI CP. Health care relationships: instruments for effective patient-focused care in the academic health center. *J Dent Edu.* 60(12): 945-50, 1996.
56. VEIGA IPA. *Profissão docente: novos sentidos, novas perspectivas.* Campinas: Papyrus, 2008, 176p.
57. VIEIRA JE, ELIAS PEM, BENSEÑOR IJM, GRISI SJE. Instalação da disciplina de atenção básica em saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Med.* 31(3):236-44, 2007.
58. ZILBOVICIUS C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas. *Tese,* São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2007.

Correspondência

Cilene Rennó Junqueira
Depto. Odontologia Social
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 Cid. Universitária
05508-900 São Paulo – São Paulo – Brasil

E-mail

cilene_junqueira@uol.com.br