

Maria José Gomes¹
Andressa Ferreira Lamas²
Wagner Quaresma Damazio³
Raquel Baroni de Carvalho⁴
Elizabete Regina Araújo de Oliveira⁵

Perception of UFES Dental School's Professors about the teaching-assistance process

Percepção do profissional docente da área da Odontologia sobre o processo docência-assistência

Abstract | *Objective: The aim of the study was to investigate the perception of the Professors of UFES Dental School about the teaching-assistance process, and what is related to the competences of clinical assistance. Methodology: It is a descriptive study with qualitative/quantitative approach. It was applied a questionnaire with written and objective questions. The quantitative analysis in the written questions allowed better understanding of the whole process, giving support to the study. A total of 52 questionnaires were collected and analyzed. Results: The results showed that only 11.4% (n=6) of the Professors work/teach in Health Care Public Centers. In relation to act in a healthcare professional staff, 42.2% (n=22) answered that had or have these experience, while 57.8% (n=30) didn't. From the 42% (n=22) Professors that act in a healthcare professional staff, 57.9% (n=12) considered themselves to be able for it, and 40.1% (n=10) do not fill that they are able for it. In relation to the need of learning skills to work in the staff, 76.9% (n=40) answered Yes and 23,1 (n=12) answered no. Conclusion: The data collected lead us to conclude that there is need to in these Professors to learn skills to work as a team and it is suggested the need to increase the professor's involvement of the UFES Dental School in the teaching-assistance strategy.*

Keywords: *Delivery of Health Care; Faculty Dental; Health Public Policy.*

RESUMO | *Objetivo: Este estudo teve por objetivo identificar a percepção dos docentes do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo com o processo docência\assistência no que refere às suas competências para o atendimento assistencial. Metodologia: Trata de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualiquantitativa. Foram analisadas as respostas de 52 docentes, em questionário validado, contendo perguntas fechadas e abertas. Resultados: Os resultados demonstram que apenas 11,4% (n=6) dos docentes trabalham em unidades de saúde. Quanto à atuação em equipe multiprofissional, 42,2% (n=22) responderam sim e 57,8% (n=30) disseram que não atuam. Dos 42,2% docentes (n=22) que responderam afirmativamente, 57,9% (n=12%) consideram-se capacitados e 40,1% (n=10) não. Com relação à necessidade do aprendizado para atuar multiprofissionalmente, 76,9% (n=40) responderam positivamente e 23,1% (n=12) responderam negativamente. Conclusão: os dados obtidos permitiram concluir que há necessidade de aprendizado por parte dos docentes para atuar em equipe multiprofissional, e sugerem uma premente necessidade de ampliação do envolvimento do docente do Curso de Odontologia com essa estratégia de ensino.*

Palavras-chave | *Assistência à saúde; Curso de Odontologia; Políticas públicas de saúde*

¹Professora associada do Curso de Odontologia da UFES; professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia-UFES – mestrado profissional.

²Especialista em Prótese Dentária; mestranda em Clínicas Odontológicas- UFES.

³Especialista em Dentística Restauradora; mestrando em Clínicas Odontológicas- UFES.

⁴Professora adjunto do Curso de Odontologia da UFES; Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia–mestrado profissional.

⁵Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFES; professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UFES.

Introdução |

Existe no Brasil um grande debate para identificar o modelo adequado em que o profissional docente da saúde possa aplicar os seus conhecimentos nas unidades de saúde, de forma que execute propostas e ações programadas para o atendimento às camadas sociais necessitadas de atendimento humanista e capacitado em saúde bucal.

Esse direito à cidadania é assegurado na legislação brasileira

e é de competência do Estado; num mesmo sentido, o universo de sua atenção está diretamente ligado à formulação de diretrizes sociais, humanistas e éticas para a inclusão social, em favor da sedimentação dos serviços de saúde como o maior patrimônio prestado ao ser humano. Diante desse modelo abrangente de participação do profissional docente, deve-se estabelecer a relevância social que o ensino de graduação estabelece para o perfil da prática a ser construída em torno de uma nova sociedade carente de recursos humanos (Figura 1).

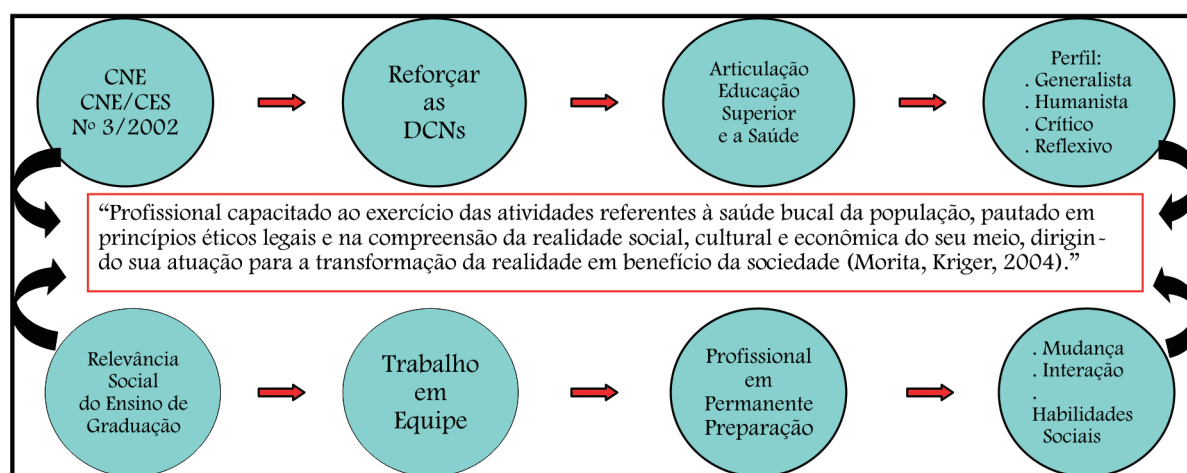


Figura 1 Relevância social do ensino da graduação para o estabelecimento do perfil da prática odontológica
Fonte: Lamas; Damázio, 2007⁸

Este estudo teve por objetivo identificar a percepção dos docentes do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo com o processo docência-assistência.

Fundamentação teórica

O momento atual da área das ciências da saúde, no que se refere à docência-assistência em unidades de saúde, nas quais o profissional tem a oportunidade de demonstrar o perfil de sua atuação para a assistência social, é resultado de trabalho que remonta à história da criação e funcionamento das primeiras universidades que se instalaram no Brasil, por volta do ano de 1808, nos Estados da Bahia e Rio de Janeiro. Nessa época os cursos de Farmácia e Enfermagem estavam anexados às escolas médicas, e o ensino da Odontologia teve efetivamente início no ano de 1884⁴. Os recursos humanos em exercício na área de saúde foram sofrendo modificações e influências, seja pela aquisição de conhecimentos que se fizeram necessários em função das doenças existentes, seja pela atuação ou forma de transmissão desses conhecimentos. Sob esse aspecto, é oportuno ressaltar que o profissional da saúde sempre buscou privilegiar os laboratórios e os hospitais como cenário de aprendizagem, num outro viés de análise, a “fragmentação” do indivíduo,

de acordo com a doença acometida, as técnicas, os equipamentos e os medicamentos. Nesse cenário, prevaleceu o ensino autoritário centrado na figura do professor como possuidor do saber¹.

Na Odontologia, adotava-se também um modelo de formação na prática liberal, com o profissional modelado para as necessidades de formação especializada e aperfeiçoada, focando o tratamento das doenças baseadas em tecnologia, favorecendo o modelo curativo em uma filosofia direcionada ao ensino de uma prática que não se situava para a realidade social da população, disseminando uma distância das carências e necessidades de uma população que se mostrava afastada do profissional docente.

O mercado passou a influenciar a prática e a educação odontológica, desde a metade do século 20, observa Narvai¹⁰. Ao analisar as propostas e ações relativas à prática odontológica no Brasil, no período entre 1952-1994, o autor afirma que “[...] o movimento do capital [...] fez aparecer e consolidou no Brasil uma Odontologia de mercado, caracterizada pela produção/consumo privada de bens e serviços sob regulação do mercado⁵.

No início dos anos 70, com a implementação dos cursos de pós-graduação e as exigências de titulação para a carreira universitária, começa-se a questionar a formação docente daqueles que “[...] comumente não receberam o mínimo de uma formação pedagógica e, como decorrência, apresentam dificuldades no exercício desta atividade que requer uma abordagem múltipla e complexa do processo ensino-aprendizagem”³.

Pressionados pelas Diretrizes Curriculares, desde o final de 2001, e pelo debate sobre qualidade e avaliação que se coloca em âmbito internacional, os Cursos de Odontologia começam a buscar caminhos que respondam a esses desafios: construção do projeto pedagógico do curso, mudanças curriculares e profissionalização do trabalho docente⁶.

Segundo Feuerwerker⁶, dois outros movimentos importantes na mudança da educação na área da saúde, nas décadas de 70 e 80, foram a Medicina comunitária e a Integração Docente-Assistencial (IDA). A Medicina comunitária retornou com os princípios da Medicina simplificada e tinha como principal aliada a participação comunitária e o voluntariado na prestação de serviços. Foi nesse contexto que surgiu a idéia da Odontologia simplificada, que buscou a diminuição dos passos odontológicos e a eliminação do supérfluo.

Contudo, esse modelo não questionou a prática hegemônica da Odontologia científica e foi tido como uma Odontologia destinada a classes sociais marginalizadas⁷.

Quando novas iniciativas foram orientadas e incentivadas no transcurso de integração do docente voltado ao modelo social, começou a ser observada a diminuição da resistência dos estudantes ao ensino, conceituando a realidade social que deveria ser enfrentada e modificando o perfil das instituições acadêmicas¹¹.

Os movimentos intermitentes que se aliaram a vários organismos nacionais e internacionais principiaram uma seqüência de medidas favoráveis aos anseios de melhoria na área de Saúde. Podemos citar: Relatório Lalonde, Reunião de Alma Ata, a proposta de saúde para todos, o movimento de Promoção de Saúde⁷. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, resultou, em boa medida, da acumulação política e técnica propiciada pelas experiências da Medicina comunitária e da IDA².

Em 1996, o Ministério da Educação estabeleceu as orientações para diretrizes curriculares propostas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e propôs que o currículo das universidades deveria abranger objetivos, seleção de conteúdos, métodos e processos de avaliação coerentes com aspectos filosóficos, científicos, tecnológicos, sociológicos e políticos nos quais se processa a informação⁷. As alternativas de inovação do ensino, com base nessa legislação, devem incluir a organização institucional, a autonomia acadêmica, o compromisso social do ensino e a flexibilida-

de curricular. A autonomia acadêmica deve levar em conta o reconhecimento das obrigações da universidade com a sociedade e formar profissionais comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo-efetividade e a equidade da atenção à saúde. Para a área odontológica, as novas diretrizes curriculares aprovadas pela Resolução CNE/CES 3/2002, de 19-2-2002, propõem que o

Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade³.

O art. 9º dessa resolução propõe que o

Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência³.

O projeto pedagógico constitui-se de uma proposta conjunta de trabalho que visa ao engajamento dos segmentos docente, discente e administrativo, à eficiência do processo e à qualidade da formação plena do aluno em termos científico-culturais, profissionais e de cidadania. É preocupação também das Diretrizes Curriculares a questão da metodologia de ensino-aprendizagem, que deve sempre propiciar aos alunos uma ativa participação nesse processo⁷.

O desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralização da Saúde (SUDS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), com início de sua implantação em 1992, direcionou as mudanças nas diretrizes curriculares em 2002, estimulou a formação de mestres, ampliando o ensino universitário, formalizando também programas de especialização para a Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia e Reabilitação, em um programa de Saúde Pública facultativo ao mercado da área de Saúde.

Metodologia |

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado de junho a setembro de 2007, na Universidade Federal do Espírito Santo, no município de Vitória - ES, tendo como sujeitos os docentes do Curso de Odontologia da UFES.

A coleta de dados se deu por um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, validado por meio de pré-teste com dez docentes envolvidos com docência-assistência de uma instituição de ensino particular.

As respostas dos profissionais foram obtidas com o consentimento deles, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo as recomendações da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), n.º. 019/07.

Os dados relativos à abordagem quantitativa foram submetidos à análise estatística descritiva, com o programa SPSS 11.5 (Social Package Statistical Science), tendo seus resultados expressos sob a forma de médias e frequências.

Por sua vez, a análise dos apontamentos das questões abertas (porção qualitativa dos questionários) buscou abarcar, dentro da perspectiva da fenomenologia, o relato específico de cada profissional e, posteriormente, o conjunto da amostra. Essa leitura possibilitou identificar os temas que agregaram os docentes em torno do consenso e que os segmentaram pela diferença, como também os paradoxos e as representações emergentes. Ao destacar os depoimentos dos profissionais, ressalta-se que estes foram transcritos *ipsi literis* e identificados por um código (Dc 1 a Dc 52), obedecendo à ordem crescente de cada questionário, permitindo um melhor entendimento do processo.

Resultados |

Os resultados quantitativos serão apresentados na forma de tabela e os qualitativos por transcrição *ipsi literis* dos apontamentos selecionados.

A Tabela 1 apresenta os resultados dos dados quantitativos relacionados com os docentes, quanto à atuação em unidades básicas de saúde (UBS) e em seguida os dados qualitativos em relação a esse item.

Tabela 1. Atuação dos docentes nas Unidades de saúde

Variável		Frequência Absoluta(N)	Frequência Relativa(%)
Docentes	Sim	6	11,4
	Não	42	88,6
	Total	48	100,0

Só oriento os alunos nas práticas de ensino ambulatorial, não estou preparado para atuar em unidades de saúde (Dc 1).

Terei que me preparar para entender o funcionamento da docência/assistência (Dc 14).

Não participo de campanhas voltadas para educação em saúde, oriento alunos no ambulatório. Isso não é assistência, já que eles atendem pacientes (Dc 26).

Coordeno projeto de extensão e nele há o atendimento de pacientes, acho que isso é assistência (Dc 22).

Na Tabela 2 encontram-se expressos os resultados quantitativos obtidos em relação à atuação com a equipe multiprofissional e resultados qualitativos referentes a esse item.

Tabela 2. Em relação à necessidade de trabalho em equipes multiprofissionais

Variável		Frequência Absoluta(N)	Frequência Relativa (%)
Docentes	Sim	22	42,3
	Não	30	57,7
	Total	52	100,0

Um único profissional não tem todo o conhecimento do processo saúde-doença como um todo, acho importante estar atuando com outros profissionais (Dc 8).

Acho muito importante trabalhar junto com outros profissionais, é uma visão integral do paciente, e isto soma em termos de saúde (Dc 16).

Uma equipe multidisciplinar completa o atendimento integral dos indivíduos da comunidade” (Dc 41).

Cada vez mais conhecimentos têm sido exigidos para o atendimento integral do paciente. Nada melhor do que poder compartilhar com outros profissionais.(Dc 23).

A Tabela 3 apresenta resultados dos dados quantitativos relacionados com os docentes quanto à aptidão para interagir em equipes multiprofissionais. Em seguida, os dados qualitativos em relação a esse item.

Tabela 3- Em relação à importância e aptidão para à atuação em equipes multidisciplinares

Variável		Número	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Docentes	22	Consideram importante	9	42,3
		Aptos a interagir	13	59,9
		Total	22	100,0

Atualmente me sinto totalmente despreparado para as mudanças que estão ocorrendo (Dc 26).

Não sei exatamente o que vou fazer nas UBS, não tive formação acadêmica para atuar dessa forma (Dc 48).

Os profissionais com formação na área da Odontologia Coletiva é que deveriam estar assumindo essa responsabilidade, pois tiveram formação para isso. Acredito que quando docentes de outras áreas for capacitado, ele também vai se inserir adequadamente nesse processo docência-assistência (Dc 43).

É preciso capacitação para que nós, docentes, possamos estar atuando nesse processo, é natural que estejamos preocupados com tudo isso (Dc 37).

Existe ainda uma forte resistência dos docentes em relação ao processo docência-assistência (Dc 35).

Faltam esclarecimentos sobre quais as atividades que serão desenvolvidas nas UBs. Nunca participei de uma atividade que me capacite para tal atuação (Dc 18).

No que refere à pequena participação dos docentes nas UBs (11,4% n=12), a maioria dos docentes (88,6 n=46) afirma ter por obstáculo à sua atuação a deficiência na sua formação acadêmica, como sugerido nos relatos.

Discussão |

Ao abordar os profissionais sobre sua atuação em unidades de saúde, 11,4% (n=6) dos entrevistados relataram atuar em unidades de saúde, e 88,6% (n=42) não atuam.

Com esses resultados, percebe-se a necessidade de realização de atividades para capacitar o docente, definindo claramente os papéis dos atores envolvidos no processo docência-assistência. Indicam uma vasta consciência por parte dos docentes em estudo sobre a importância e a necessidade da educação em saúde para a modificação da realidade em que se inserem o que está de acordo com o descrito por Almeida, Verdúsculo e Mestriner Júnior¹.

O perfil do profissional exigido para o atendimento docente-assistencial tem que ser diferente daquele que recebeu característica tecnicista. Os egressos das escolas geralmente desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de Saúde Pública. Os dados obtidos permitem ressaltar que o enfoque do ensino predominante no Curso de Odontologia da UFES privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente. A dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer, bem como as perspectivas da prevenção de riscos e da promoção da saúde são objeto de ensino quase exclusivamente no âmbito dos departamentos de Odontologia Preventiva e Social ou equivalente, o que vem corroborar com os estudos de Sampaio, Gallucci e Bacheschi¹¹.

Em acréscimo, as LDBs oriundas do MEC/Conselho Nacional de Educação com inovações e esquemas favoráveis ao crescimento curricular fragilizaram substancialmente os currículos mínimos. Nesse sentido, as DCNs ficam mais fortalecidas para a autonomia acadêmica direcionando o compromisso social no ensino nas universidades. Enfocar a autonomia universitária tornou-se, então, um compromisso das universidades em se tornarem mais responsáveis para cumprir a sua meta e enfrentar os desafios dentro dos contextos regionais. A liberdade acadêmica, as obrigações

da universidade e o seu papel diante da sociedade se tornam também alvo de responsabilidade econômica, social, cultural e política. Essas exigências a serem cumpridas pela universidade destacam-se como o patrimônio maior para a formação dos profissionais que deverão estar comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo/efetividade e a equidade da atenção à saúde. Atitudes essas descritas por Sampaio, Gallucci e Bacheschi¹¹.

Segundo Morita e Kriger⁹, para formar profissionais com o perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos da área da saúde precisam:

- a) adequar sua abordagem pedagógica;
- b) favorecer a articulação dos conhecimentos;
- c) trabalhar em equipes multiprofissionais;
- d) promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidades de saúde.

Para auxiliar nesse processo, os cursos poderão estabelecer protocolos de cooperação sistemática com a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e os gestores estaduais e municipais do SUS.

Na abordagem pedagógica tradicional, observa-se uma baixa eficácia, os conteúdos se apresentam distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem, o que leva ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação. A mudança didático-pedagógica que se almeja visa a sair do ensino centrado no professor para atingir uma aprendizagem ativa, desenvolvendo-se em múltiplos cenários (DCN, art. 7º e 13, III). O novo modelo pedagógico deve contemplar o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Cabe ao professor o papel de facilitador do processo de construção do conhecimento, caracterizando o aluno como o sujeito da aprendizagem, com eficiente integração curricular, segundo Morita e Kriger.

Na articulação de conhecimentos, busca-se mudar a estrutura curricular de tal forma que se eliminem os ciclos clínicos e básicos completamente separados e organizados em disciplinas fragmentadas, passando para um currículo majoritariamente integrado, sem disciplinas isoladas (DCN, art. 13, II e III). Esse processo pretende alcançar a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, a partir das necessidades locais.

Em relação ao trabalho em equipes multiprofissionais, os resultados demonstram que 42,3% (n=22) consideram importante e 57,8% (n=30) não percebem essa necessidade. Dos 22 docentes, nove (42,3%) consideram importante a atuação em equipe multidisciplinar e apenas 12 (59,9%) dizem estar aptos para interagir com uma equipe de trabalho.

As equipes deverão ser formadas entre profissionais de

uma mesma disciplina ou carreira (equipe de saúde bucal: técnico em higiene dentária (THD), assistente de consultório dentário (ACD) e cirurgião-dentista (CD), bem como com os demais profissionais da saúde).

Ao analisar as respostas das questões abertas, levantam-se reflexões neste contexto: não há uma noção real por parte dos docentes do que seria de fato uma equipe ou uma atitude interdisciplinar, uma vez que, apesar de afirmarem sentir-se capacitados para atuar de forma ativa, eles se contradizem ao citar que a atuação da Odontologia em equipe é insatisfatória.

Igualmente, observa-se que, na maior parte das instituições, as clínicas de ensino, principalmente as voltadas para as especialidades, continuam sendo o local privilegiado para o treinamento prático dos estudantes. No entanto, os movimentos atuais de reorganização da prática clínica odontológica indicam uma tendência progressiva à antecipação das clínicas integradas, com complexidade crescente, envolvendo o aluno desde os primeiros anos na visão integral do paciente.

Práticas de ensino também podem ser desenvolvidas com eficácia e eficiência, em unidades básicas de saúde, na comunidade e nos domicílios, permitindo ao aluno um melhor conhecimento da população que será atendida. Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários.

Comparando esses dados com aquele traçado por Morita e Kriger⁹, são feitas algumas observações referenciando os profissionais que estão integrados ao campo da comunicação com competências para serem acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade. Devem também estar aptos a realizar o gerenciamento e a administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação, além de serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente e, para tanto, necessitam aprender a aprender, além de assumir responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios dos futuros profissionais. No campo da Atenção à Saúde, todos os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo.

Os egressos das Escolas de Saúde no Brasil, diante do quadro que se sedimenta na Atenção à Saúde necessária para reforçar as DCNs, necessitam, segundo Morita e Kriger⁹, estar enquadrados em um perfil profissional pronto para trabalhar nas unidades de saúde. Necessita-se de um profissional que saiba cuidar, tratar, gerenciar, comunicar-se, liderar e, também, aprender. Esse profissional deve estar preparado para pensar criticamente, tomar decisões, ser líder, atuar em equipes multiprofissionais, planejar strategi-

camente para contínuas mudanças, administrar e gerenciar serviços de saúde, aprender permanentemente e deve também estar preparado para atuar de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica de cidadania e de ética.

Cabe também aos profissionais, desenvolver competências no campo da tomada de decisões, que lhes permitam realizar um trabalho visando ao uso apropriado, eficácia e adequação custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimento e de práticas. Também devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

No campo da comunicação, há competências a serem desenvolvidas, já que os profissionais de saúde devem ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; manter a confidencialidade das informações, além de possuir habilidades para a comunicação verbal, não-verbal, escrita e leitura, de acordo com Feuewerker⁶.

Ao considerar os resultados expostos, parece claro que o processo docência-assistência só pode ser pautado por uma mudança no modelo educacional, apesar do entendimento que os docentes do Curso de Odontologia têm sobre seu papel fundamental na melhoria da qualidade e humanização do curso. É preciso reconhecer que essa mudança não depende exclusivamente deles, já que esse modelo se encontra inserido num contexto político-econômico-social.

Espera-se que, após um programa planejado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, os profissionais de saúde estejam atentos aos planejamentos de suas ações e atuações tanto na docência quanto na assistência a uma camada social necessitada de tratamento de saúde, devendo ser desenvolvido um processo generalista, humanista, com habilidades e competências para o atendimento multidisciplinar na área de saúde.

Conclusão |

Analisar as percepções que os docentes do Curso de Odontologia têm acerca do processo docência-assistência e sua participação no planejamento das ações em unidades de saúde, com base nos conceitos da interdisciplinaridade, permitiu-nos conhecer como tais profissionais constroem e organizam as atividades rotineiras que compõem o processo de trabalho. Esse conhecimento foi útil por apontar as principais dificuldades de ser crítico, capaz de aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social na formação dos futuros profissionais da Odontologia, para que estejam preparados integralmente ao inserirem-se no mercado de trabalho.

Os resultados deste estudo sugerem uma premente necessidade de ampliação do envolvimento do docente do Cur-

so de Odontologia com essa estratégia de ensino, tendo a interdisciplinaridade como ferramenta fundamental a ser utilizada para o enfrentamento das dificuldades e dos impasses com os quais se deparam em suas práticas cotidianas para garantir o direito à saúde.

DATA DE RECEBIMENTO 6/5/2008 • DATA DE ACEITE 25/8/2008

Correspondência para/ Reprint request to:
Maria José Gomes
Campus de Maruípe – Odontologia
Av. Marechal Campos, 1468, 29040-090
Vitória/ES

Referências |

- 1 Almeida ECS, Vesdúscolo DM, Mestriner Júnior WA. A conformação da odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Odontol.* 2002;59(6):370-3.
- 2 Brasil. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996, dez. 23 [citado 2005 ago 10]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legis/default.shtm/pdf/LDB.pdf>.
- 3 Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Lei nº. 9.131, de 25 de novembro de 1995. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://deportal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CESOE2OO2.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2007.
- 4 Campos FE, Belisário AS. O programa da saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2001;9(5):133-42.
- 5 Carvalho ACP. Planejamento do curso de graduação de odontologia. *Rev ABENO.* 2004;4(1):7-13.
- 6 Feuerwerker LC. Educação dos profissionais de saúde hoje. *Rev ABENO.* 2003; 3(1):24-7.
- 7 Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1981 [citado 2007 Jun 12]. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf.
- 8 Lamas AF, Damázio WQ. A participação do profissional de saúde usuário no planejamento das ações em unidades de saúde docência-assistência. Vitória(ES): Programa de Pós-Graduação em Odontologia- UFES; 2007. (Apostila).
- 9 Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e interação com o SUS. *Rev ABENO.* 2004; 4(1):17-21.
- 10 Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva.* São Paulo: Hucitec; 1994.
- 11 Sampaio SAP, Gallucci LFL, Bacheschi LA. *Oportunidade de ingresso na residência médica.* São Paulo: Fundap; 1998. [Documentos de Trabalho, 77].