

Mudança no Ensino de Graduação em Odontologia na Perspectiva do Pró-Saúde

Elisete Casotttil

Professora da Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, elisete.casotti@gmail.com

Grasielle Nespoli

UFRJ/NUTES/LCE, grasielenespoli@gmail.com

Victoria Maria Brant Ribeiro

Professora da Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, marileimts@hotmail.com

Resumo: Este trabalho compreende uma fase exploratória de parte dos projetos dos cursos de Odontologia aprovados no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE-2005. Tem como objetivo analisar os dados da autoavaliação das escolas sobre o estágio de desenvolvimento, de acordo com os vetores de mudança propostos pelo Programa. Dos 24 projetos, 14 foram analisados. A autoavaliação em Estágio I (tradicional/conservador) para os vetores que têm gestão predominantemente acadêmica (Determinantes de saúde e doença, Pós-graduação e educação permanente, Integração ciclo básico/ciclo profissional e Mudança metodológica) localizam o problema e a dificuldade das escolas em empreender mudanças internas, mesmo após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2002. A resistência à mudança foi problematizada sob duas óticas: uma que considera a herança da conformação do campo de ensino da saúde e outra em que pesam valores éticos e humanos da produção do conhecimento e do cuidado.

Palavras-chave: Formação em Odontologia. Mudança na Graduação, Ensino da Saúde

Changes in the Undergraduate Odontology Education In The Perspective Of Pró-Saúde

Abstract: This work comprises an exploratory phase of a part of the projects of the approved courses of odontology in the National Program of Reorientation of the Professional Formation in Health - PRÓ-SAÚDE-2005. It has as an objective to analyze the data of the auto-evaluation of the schools of the

development training period, in accordance with the vectors of change proposed by the Program. Of the 24 projects, 14 were analyzed. The auto-evaluation in Training period 1 (traditional/conservative) for the vectors that have management predominantly academic (“Determinants of health and illness”, “Graduate and permanent education”, “Integration basic cycle/professional cycle” and “Methodological change”) identifies the problem and the difficulty of the schools in undertaking internal changes, even after the approval of the National Curricular Lines of direction, in 2002. The resistance to changes was questioned under two optics: one that considers the inheritance of conformation of the health education field of education and another that weights ethical and human values of the production of the knowledge and care.

Keywords: *Education in Odontology. Change in the graduate courses. Education in health.*

Apresentação

O conjunto de críticas destinadas ao ensino superior em saúde e o consenso, ao menos tácito, de que mudanças são imprescindíveis, face o atual estado de necessidades sanitárias e dos desafios impostos por uma sociedade em que convivem o melhor da produção biomédica e um discutível panorama de assistência à saúde bucal, tem ao longo das duas últimas décadas mobilizado algumas propostas de reorientação.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, proposto pelo Ministério da Saúde/SGTES em parceria com o Ministério da Educação, é uma das estratégias definidas no sentido de induzir processos de mudança na graduação da área da saúde – consolidando uma atribuição constitucional que determina ao SUS o ordenamento da formação de recursos humanos.

A construção conceitual do PRÓ-SAÚDE, disposta nos três grandes eixos de mudança e detalhada nos nove vetores, não desconhece os diferentes estágios de desenvolvimento de cada escola mas aponta claramente para imagens-objetivo que ressaltam o compromisso das instituições com a consolidação do Sistema Único de Saúde com um processo de ensino marcado pela integração entre vários atores e uma prática vinculada à realidade e ao exercício da cidadania.

Este trabalho compreende uma fase exploratória de parte dos projetos dos cursos de Odontologia aprovados no Programa, e envolve a identificação dos dados da autoavaliação das escolas e a análise, no contexto da formação, dos achados empíricos – com especial atenção aos vetores *integração básico-clínico* e *mudança metodológica*.

O Ensino da Odontologia

A visão linear e cartesiana, proposta por PERRI (2007), que propõe e situa a formação em Odontologia em três diferentes fases: uma artesanal, passando por uma acadêmica e recentemente pela humanística, subtrai o entendimento da coexistência simultânea de elementos desses modelos e induz a uma lógica evolutiva positivista.

Na prática, semelhante aos demais cursos da saúde, a consolidação da Odontologia como uma ciência da saúde teve influência direta do modelo biomédico¹ que reorientou toda a formação de profissionais no início do século passado e que perdura até hoje. Análise realizada por MENDES (1984), há vinte anos sobre o ensino da Odontologia, permanece atual e ratifica a influência do modelo da *Odontologia científica*: a dissociação das funções educacionais clássicas de docência, serviço e pesquisa; a estruturação do plano de curso em micro disciplinas por especialidades odontológicas; uma organização em que a teoria antecede a prática, o básico antecede o clínico e há grande ênfase na simulação; currículo dirigido à doença ou à lesão, e com ênfase no curativo reabilitador; o ensino exclusivamente intramural, com anulação ou desconhecimento do espaço externo; formação uniprofissional; ensino centrado no uso e difusão de tecnologia sofisticada; metodologia de ensino baseada em aulas expositivas; estrutura física da escola desintegrada por áreas alocadas em especialidades e departamentos ou disciplinas; pessoal docente especializado por microdisciplina e relação professor-aluno autoritária ou paternalista.

A intensificação das críticas ao ensino da Odontologia, por volta dos anos 80, apontavam a necessidade de repensar a formação e, principalmente, o destino do conhecimento produzido no interior da especialidade, parece não ter conseguido dialogar e gerar mudanças na forma de organização do ensino e, muito menos, no crescimento e na primazia da produção dos artefatos odontológicos – estes, sim, cada vez mais sofisticados, e para poucos. (GARRAFA & MOYSÉS, 1996)

Segundo BOLTANSKI (1979), há três lógicas concorrentes nas instituições médicas: a do saber, a humanitária e a mercantilista. Na odontologia, pela especificidade de sua prática e pela conformação inicial do mercado liberal de trabalho, parece não haver dúvida de que predominou largamente a terceira, que retroalimentou o processo formador a partir da lógica da doença e da venda de procedimentos e aparatos recuperadores.

Nesse cenário, a docência, em seu componente didático-pedagógico, não recebeu atenção e nem se configurou como objeto de pesquisa, subordinando-se à discussão dos modelos tecno-assistenciais e do acesso, inserindo-se tardiamente na agenda setorial. A performance técnico-cirúrgica e o sucesso profissional eram os requisitos necessários para o exercício docente e, portanto, para validação da competência.

As mudanças experimentadas ao longo desse último século, especialmente ligadas à expansão de escolas de Odontologia e à ampliação dos postos de trabalho no setor público – impulsionado pela aprovação do Sistema Único de Saúde, agregou novos valores à prática em saúde bucal e ao papel do profissional de saúde e questionou outros, especialmente, àqueles ligados à especialização e à fragmentação do cuidado.

Em estudo com docentes de faculdades de Odontologia, TRISTÃO (2004) conclui que, embora tendo os entrevistados admitido as mudanças no mercado de trabalho e a necessidade de um novo perfil de egresso, o que predomina é a formação baseada em técnicas e tecnologias do cuidado individual. Salienta, ainda, que os docentes não reconhecem a dimensão política da ação educativa e, portanto, reforçam a ideia de uma educação neutra, oriunda da concepção positivista, que nesse caso tem superposto os interesses individuais aos coletivos.

Os valores que são trazidos à discussão do ensino da saúde, ainda que apontados por políticas de estado, *não são de uso exclusivo na prática nos serviços públicos*, são valores e ideais de uma sociedade, de como cuidar da saúde e da doença – no seu aspecto individual ou coletivo, e do que se espera dos profissionais e das instituições formadoras. Essa noção reafirma a qualidade que a educação tem de ser política, o que para FREIRE (1989) está indicado pela natureza da sua prática, pela diretividade, pelos objetivos e pelos sonhos que se perseguem na prática educativa.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais e a implantação do sistema de avaliação dos cursos mobilizaram os cursos de Odontologia, tardiamente em relação ao movimento das escolas médicas, a se voltarem para componentes como a construção do Projeto Pedagógico do curso, mudanças curriculares e profissionalização do trabalho docente. (SECCO & PEREIRA, 2004).

Por currículo e pedagogia assume-se a posição de MOREIRA (2003) que os apresenta como unidade, e aponta que sua separação serve somente para fins de análise. Se o currículo tem pensado a educação sob o prisma dos conhecimentos e de seu aproveitamento em salas de aula e cursos e a pedagogia interrogado-se do “como” e do “por quê” se produz, dissemina e reproduz conhecimentos, então ambos são indissociáveis e assim devem ser tratados.

Na universidade, a discussão de concepções curriculares/pedagógicas tem revelado um cenário de disputas e conflitos entre segmentos e interesses que operam com lógicas distintas, tanto para a formação como para a assistência à saúde. Não resta dúvida, em se tratando de modelos de cuidar, de que nesta arena tem-se definido historicamente parte dos ganhos e das perdas sociais - equação em que o resultado espelha o processo de organização e de lutas políticas mais amplas em que está envolvida a sociedade.

Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde – Pró-Saúde

O PRÓ-SAÚDE, desdobramento ampliado de proposta anterior destinada somente aos cursos de Medicina (PROMED), significa, junto a um conjunto de outras iniciativas, uma resposta à necessidade de formação de profissionais generalistas, com perfil para atender à política nacional de saúde na estratégia da atenção básica. O documento que apresenta o Programa aponta:

“ O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde. Além disso, a formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade em todos os níveis do sistema.” (BRASIL, 2005)

O desenho da proposta previu a participação tanto das instituições formadoras - com os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem - como da gestão municipal do sistema de saúde, corresponsabilizando ambos os setores e destacando a implicação de cada um na perspectiva do fortalecimento e da melhoria das ações de saúde a serem conduzidas no interior do Sistema Único de Saúde – definindo-o como cenário prioritário para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

A perspectiva reforçada na orientação dos eixos e dos vetores de mudança, traz como foco algumas indagações importantes que devem nortear as mudanças: qual a concepção de processo saúde-doença adotada, quais os vínculos entre a universidade e o serviço, qual a relevância para o SUS do conhecimento produzido e qual o compromisso da orientação pedagógica.

A seleção das instituições foi realizada via edital conjunto, do Ministério da Educação e da Saúde e os Projetos têm cronograma de desenvolvimento, incentivo financeiro e acompanhamento pela área técnica do Ministério da Saúde.

Procedimentos Metodológicos

Todos os 24 cursos de Odontologia foram consultados, via correio eletrônico e telefone, sobre a possibilidade de envio do Projeto aprovado no edital de seleção para o PRÓ-SAÚDE, para serem objeto de estudo.

Cada Projeto recebido foi analisado de acordo com a estrutura proposta pelo Termo de Referência, identificando-se, para cada vetor, o estágio de desenvolvimento autorreferenciado pelo curso (**Tabela 1**). Os estágios descrevem e caracterizam para cada vetor três níveis de desenvolvimento, sendo o estágio 1 classificado como *tradicional/conservador* e o 3 definido como imagem-objetivo ou situação desejada. (BRASIL,2005)

Tabela 1. Estrutura de eixos e vetores de mudança proposto pelo PRÓ-SAÚDE. Brasil, 2005.

Eixos	Vetores
A – Orientação Teórica	1: Determinantes de saúde e doença
	2: Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS
	3: Pós-graduação e educação permanente
B – Cenários de Prática	4: Integração docente assistencial
	5: Diversificação de cenários do processo de ensino
	6: Articulação dos serviços universitários com o SUS
C – Orientação Pedagógica	7: Análise crítica da atenção básica
	8: Integração ciclo básico/ciclo profissional
	9: Mudança metodológica

Os dois vetores escolhidos para análise (v.7; v.8) são aqueles que apresentaram a pior performance na autoavaliação. De acordo com a escala proposta pelo Termo de Referência situam-se no estágio I, em 60% das escolas, o que corresponde a um nível de desenvolvimento caracterizado como *tradicional/conservador*.

Resultados

Dos 24 cursos de odontologia consultados (100%), 14 enviaram seus respectivos Projetos para estudo (58%). Portanto, todas as considerações são representativas desse grupo de escolas que, a priori, têm interesse na gestão de mudanças e num processo seletivo público, tiveram seus Projetos selecionados pelo Ministério da Saúde (**Tabela 2**).

Tabela 2. Total de projetos PRÓ-SAÚDE/Odontologia e número de projetos analisados, segundo tipo de IES. Brasil, 2005.

IES	Total	Analisados (n/%)
Federal	09	04 / 44
Estadual	07	04/ 57
Particular	08	06/ 75

A distribuição dos Projetos analisados foi de 7 (sete) para a região Sudeste, 4 (quatro) para Sul e 1 (uma) para as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, guardando proporcionalidade com a distribuição geral dos projetos aprovados.

De acordo com o consolidado apresentado no **Gráfico 1**, a autoavaliação em Estágio I, (tradicional/conservador) para os vetores que tem gestão predominantemente acadêmica (Determinantes de saúde e doença, Pós-graduação e educação permanente, Integração ciclo básico/ciclo profissional e Mudança metodológica), ao mesmo tempo localizam o problema e a dificuldade que essas escolas têm em empreender mudanças internas, mesmo após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os curso de Odontologia, em 2002.

Para situar melhor o lugar de onde esse grupo de escolas parte, transcrevemos para cada um dos vetores citados a condição correspondente ao estágio I (BRASIL, 2005):

- a) **Determinantes saúde-doença** (v.1) - *caracteriza uma escola que prioriza a consideração de determinantes biológicos da doença, enfatizando uma abordagem de caráter curativo orientado ao indivíduo;*
- b) **Pós-graduação e educação permanente** (v.3) - *escolas nas quais há oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS;*

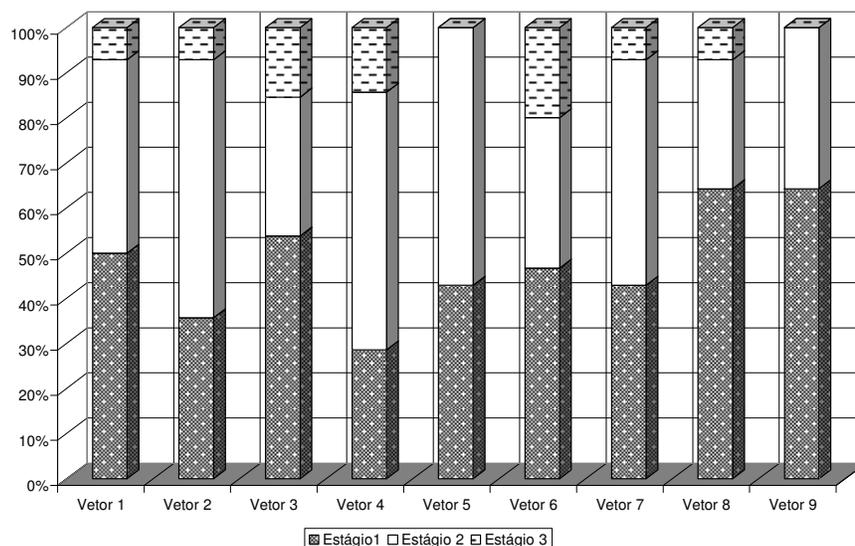
c) **Integração ciclo básico/ciclo profissional** (v.8) - *cursos nos quais ciclos clínico e básico [são] completamente separados, com disciplinas fragmentadas e estanques, sem aproveitar, até mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas;*

d) **Mudança metodológica** (v.9) – *ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.*

Os eixos em que posições tradicionais/conservadoras prevalecem no maior número de escolas (60%) são *Integração básico-clínico* e *Mudança metodológica*, confirmando a fragmentação do processo de ensino e o grave problema representado pela limitação da formação pedagógica dos docentes – tema até então relegado em nome das habilidades técnicas e clínicas.

A autoavaliação mostra que mais da metade dos cursos tem alguma aproximação com outros cenários de prática (v.5), entretanto, ainda limitada a atividades isoladas, com pequeno percentual de carga horária, mantendo seu ciclo clínico majoritariamente nas instalações da universidade (estágio 2).

Gráfico 1. Autoavaliação dos cursos de Odontologia, segundo vetores e estágios de desenvolvimento. PRÓ-SAÚDE, 2005.



Discussão e Considerações Finais

Inicialmente, a pergunta a ser feita é por que a maioria dos cursos de Odontologia analisados, segundo a autoavaliação, ainda está, predominantemente, num estágio conservador ou tradicional para os vetores que têm gestão predominantemente acadêmica.

A resistência à mudança pode ser problematizada pelo menos sob duas óticas: uma que considera a herança da conformação do campo de ensino da saúde e outra em que pesam

os valores éticos e humanos da produção do conhecimento e do cuidado – que atravessam toda e qualquer concepção do que seja saúde e educação.

A primeira, relaciona-se com as características assumidas pelo modelo de formação que construiu sua centralidade na doença e no desenvolvimento prático de soluções reparadoras, distanciando-se, inclusive, da ideia de que a aprendizagem em Odontologia também é uma questão do campo da educação. Esse afastamento teve como principais consequências o despreparo dos docentes, confundindo-se habilidade técnica com capacidade pedagógica, e o reduzido acúmulo histórico da área no sentido de pensar e experimentar inovações no seu processo de ensino-aprendizagem e do modelo de cuidado derivado.

Nessa linha explicativa, a afirmação de REGO (2003) sobre os processos de mudança na educação médica poderia responder parte do estabelecido: *Em suma, mais do que a falta de vontade de mudar, o que parece prevalecer é a total falta de idéia de para onde ir e como ir.*

A ressalva a essa afirmativa envolve analisar o que atualmente vem sendo proposto no somatório das estratégias de mudança que incluem as Diretrizes Curriculares Nacionais, Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), a Educação Permanente (EP), o Curso de Especialização em Ativação em Processos de Mudança, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde -PRÓ-SAÚDE; todas com direcionalidades claras e complementares.

Ainda que essa explicação sirva para relativizar as dificuldades encontradas e ponderar sobre uma parcela da resistência encontrada nos processos de mudança, não explica o fenômeno. O fato é que a área da saúde não tem se mostrada refratária ou distante da incorporação de outras tantas inovações – especialmente àquelas relacionadas a novas técnicas e tecnologias, razão pela qual um outro plano de análise se faz necessário.

A segunda abriga uma discussão em que pesa a reflexão sobre a concepção da prática em saúde e a responsabilidade ética das instituições formadoras com a realidade sanitária do país. Essa é uma discussão árdua, pois reposiciona, na Odontologia, os valores historicamente estabelecidos: do biológico para os determinantes sociais do processo saúde-doença, da soberania das especialidades para a atenção integral, do status profissional individual para um lugar de sujeito-parte de uma equipe, e do sucesso reabilitador para o cuidado longitudinal de uma população adstrita.

Essas questões estão carregadas de conflitos, pois são portadoras de distintas visões de sociedade e de modelos diferenciados de cuidado em saúde. Como a reorientação está balizada pelos princípios da política nacional de saúde, que define a saúde como condição essencial para reprodução e qualidade da vida – não podendo ser tratada como mercadoria – e num modelo de cuidado baseado na integralidade, a sua manutenção e a qualificação depende da adesão e da qualificação dos profissionais de saúde.

Para BARROS (2005), as instituições formadoras estão a produzir muito *saber que não sabe*, ou seja, descoladas da realidade não compartilham do território das políticas e

dos espaços de assistência, e por isso não se estabelece vinculação e corresponsabilidade entre esses dois campos. Para a autora a formação deveria:

(...) produzir com aqueles que estão em processo de formação uma política de invenção, onde se mantém vivo o aprender a aprender, de tal modo que o saber que é transmitido não se separe de repetidas problematizações.

SECCO & PEREIRA (2004) trazem um dado importante, da análise das entrevistas com coordenadores dos cursos de Odontologia, que situa as mudanças num plano quase que exclusivamente formal :

(...) a mobilização por mudanças não é, para grande parte das escolas, um movimento impulsionado pela discussão de qualidade do ensino. *Representa mais a necessidade de responder, imediatamente, à pressão da avaliação e aos problemas ligados a empregabilidade*, do que uma resposta gerada por reflexão mais consistente em relação à concepção de ensino e a qualidade dos processos formativos na área. **(grifo nosso)**

Analisando a questão da formação pedagógica na docência em nível superior, FERNANDES (2001) afirma que tanto a docência como a formação pedagógica:

(...) não têm sido atingidas, como grande parte dos estudos (pesquisas nessa área) revela, nas questões epistemológicas, políticas e pedagógicas, correndo-se o risco de reduzirmos sua existência a uma questão técnica polarizada entre conteúdo-forma; teoria-prática; ensino-pesquisa; com formação-sem formação; participação-não participação no Projeto Pedagógico.

Uma das conclusões da avaliação do PROMED, realizada pela equipe técnica do Ministério da Saúde, foi que o método educacional não pode assumir a centralidade do processo de reorientação da formação de profissionais de saúde – possivelmente relacionada com a redução do sentido e da prática do vetor “Mudança pedagógica”, quiçá de todo eixo da Orientação Pedagógica, na adoção de determinado método de ensino. (BRASIL, 2005)

A perspectiva proposta por esse Eixo privilegia a problematização da realidade, a diversificação de cenários de aprendizagem, a estruturação de atividades com base nas necessidades de saúde da população e um processo de avaliação do discente nos aspectos dos conhecimentos, atitudes e habilidades. A transformação de todas essas vertentes de mudança em assunto circunscrito às paredes da sala de aula, é sinal evidente de esvaziamento da intenção e da transformação do vetor numa questão meramente técnica.

A mudança pedagógica que incorpora a problematização tendo a realidade social como ponto de partida e de chegada dos estudos, pressupõe a reflexão e a intervenção nessa

realidade. (BORDENAVE, 1982; BERBEL, 1995) Este processo de seleção do problema, discussão, estudo e proposta de intervenção é que se constitui o papel ativo da escola e dos estudantes, evitando a formação de um estudante crônico, ou seja, aquele que desenvolve uma problematização ociosa. (BARROS, 2005)

Outro calcanhar de Aquiles no ensino da saúde é o vetor Integração básico-clínico. Na verdade, não é só o básico-clínico, mas também clínico-clínico, a integração entre os cursos, entre a escola e o serviço e com a comunidade. Essa desarticulação é sustentada pela organização disciplinar, que incorpora uma visão de saúde segmentada nas especialidades e que privilegia a doença na sua expressão biológica. Esse arranjo, que isola o objeto de estudo, não identifica nenhuma necessidade de articulação com outros cursos e muito menos com o entorno não acadêmico.

ZANETTI (2006), analisando a fragmentação do ensino na saúde, aponta:

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

A ciência moderna ao separar e especializar, segundo MORIM (2004), fraciona os problemas e diminui nossa capacidade de entendê-los, de modo que quanto mais multidimensionais são eles maior nossa incapacidade de enxergá-los num contexto, seja local ou planetário.

Assim, os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira.

Como o desafio do ensino da saúde não é só cuidar da doença/tratamento, mas formar profissionais que exerçam suas atividades da forma que o maior número de dimensões seja considerado no diagnóstico e na tomada de decisão, tanto sobre os casos particulares como para coletivos, é imprescindível que essa discussão de como e para que ensinar avance no interior das escolas e envolva a sociedade no sentido de reformar/criar um outro modo de ver a saúde e os modelos de cuidado.

Quanto maiores os índices de interdisciplinaridade e maiores as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou no ambulatório-escola), maior a instauração de

possibilidades à integralidade das práticas em saúde. (CECCIM & FEUERWERKER, 2004)

Mudanças dessa ordem são difíceis e lentas; MADEL (1979) no estudo Instituições Médicas no Brasil pondera que às vezes mesmo mudando a retórica institucional e o discurso normativo, não necessariamente, se altera a prática vigente, pelo contrário: podem-se gerar situações de contradição e mesmo oposição entre o dito e o feito.

Referências

Barros, Maria Elizabeth. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, Roseni et. al. *Ensinar saúde: a integralidade do SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2005. p.131-152

Berbel, Neusi . Metodologia da Problematização : uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. *Semina*, v. 16, n. 2, p.9-19, 1995.

Boltanski, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Bordenave, Juan; Pereira, A. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

Brasil. MEC. CNE. CES. Resolução CNE/CES de 3 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 mar. Seção 1. p.10. 2002.

Brasil. MS. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde. 80p. 2005.

Ceccim, Ricardo; Feuerwerker, Laura. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.5, p. 1400-1410, set-out. 2004.

Fernandes, Cleoni. Docência universitária e os desafios da formação pedagógica. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v. 5, n.9 , p. 177-182, ago.2001

Freire, Paulo. *A educação na cidade*. São Paulo: Cortez, 1991.

Garrafa, Volnei; Moysés, Samuel. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulgação em Saúde para Debate*. n. 13, julho, p. 6-17. 1996.

Luz, Madel. *As Instituições Médicas no Brasil: estratégia de hegemonia*. 2ª ed. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979.

Moreira, Antonio Flávio. A crise da teoria curricular crítica. In: Costa, Marisa (org). *O currículo nos limiares do contemporâneo*. 3ª ed. Rio de Janeiro:DP&A, 2003. p. 11-36

Morim, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 10ª ed. Rio de Janeiro:Bertrand Brasil, 2004.

Perri de Carvalho, Antonio. Ensino de odontologia no Brasil. In: Perri de Carvalho, Antonio; Kriger, Léo. *Educação Odontológica*. São Paulo:Artes Médicas, 2006. p. 5-16.

Rego, Sérgio. *A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro:Editora FIOCRZ, 2003.

Secco, Luciane; Pereira, Maria Lúcia. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos coordenadores de odontologia do Estado de São Paulo. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v. 8, n. 15 , p. 313-30, mar-ago, 2004.

Tristão, Sylvia Karla. *Formação Profissional e Mercado de Trabalho Odontológico na visão dos docentes de Odontologia – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ)*, Rio de Janeiro - RJ, Junho, 2004, 129 p. [Dissertação de Mestrado]

Vilaça Mendes, Eugênio. *Odontologia Integral*. Bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas. Belo Horizonte:PUC-MG/FINEP, 1984.

Zanetti, Carlo. A formação do Cirurgião-dentista. In: Angelim Dias, Aldo. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo:Santos, 2006. p.21-42.