

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE
PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA

**A SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA:
PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS**

DIAMANTINA
2013

PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA

**A SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA:
PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Coorientador: Prof. Dr. João Luiz de Miranda

DIAMANTINA
2013

**A SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA:
PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS**

Patrícia Maria Lopes Rocha Corrêa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde, nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 12 / 11 / 2013

Prof.^a Maria Júlia Andrade Vale – Centro Universitário Newton
Paiva

Prof. João Luiz de Miranda – UFVJM

Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro – UFVJM
Presidente

DIAMANTINA
2013

Dedico este trabalho ao meu amado esposo
Marcus Vinícius e aos meus queridos filhos
Bernardo e Lucas, pelo amor, amparo e
incentivo durante a caminhada. Vocês são a
razão maior do meu existir...

Agradecimentos

Agradeço a Deus e ao “meu anjinho”, por estarem sempre ao meu lado, me guiando, concedendo-me força, proteção e iluminando a minha vida.

Aos meus pais, Cristiano e Consolação, pelo apoio, amor, incentivo e carinho que sempre me ofereceram.

Gostaria de deixar um agradecimento especial à minha querida e guerreira mãe, por me passar seu exemplo de vida como amiga, mãe, cirurgiã-dentista, professora de Saúde Coletiva e a principal responsável pelo meu amor à minha vida profissional.

Aos meus irmãos: Fernanda, Cristiano, Julianna, Gustavo, Mateus e ao meu cunhado Felipe, pelas palavras de apoio e dicas durante todo este trajeto.

À querida amiga e orientadora Prof^a. Dr^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro, pela dignidade com que me acolheu, pelo carinho, atenção, confiança e ensinamentos.

Ao querido coorientador Prof. Dr. João Luiz de Miranda, pelo permanente incentivo e apoio depositado ao longo deste trabalho e pelo seu jeito sutil, tranquilo e perspicaz de sugerir.

À querida Prof^a. Maria Júlia Andrade Vale, pela disponibilidade e sugestões fundamentais na elaboração desta dissertação.

Aos professores do programa Ensino em Saúde, pela oportunidade de crescimento e conhecimento, em especial ao Prof. Dr. Wellington de Oliveira.

Aos colegas de caminhada de mestrado, em especial, Aline, Heloísa, Márcia e Marcela pela amizade, troca de saberes e por proporcionarem momentos de alegria e descontração nos momentos estressantes e difíceis que passamos juntas.

À amiga Michelle, pela atenção e auxílio durante a elaboração da metodologia deste trabalho.

Aos acadêmicos que participaram da entrevista e contribuíram para a realização de minha dissertação.

À Ana Ribeiro, que revisou este trabalho com carinho e agilidade.

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção acadêmica do aluno de graduação em odontologia sobre a saúde coletiva, a sua formação profissional em saúde coletiva e a sua perspectiva em trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa e exploratória. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a abril de 2013, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas, transcritas, submetidas à análise de conteúdo do tipo temática e discutidas à luz de alguns estudiosos do assunto. Contou com a colaboração de treze acadêmicos de graduação em odontologia de uma instituição pública de ensino dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Em relação à percepção sobre saúde coletiva, foi possível identificar três categorias: a saúde coletiva como atendimento à comunidade; a saúde coletiva como prevenção e a saúde coletiva como área interdisciplinar. Quanto à formação profissional, os acadêmicos ressaltaram a distância entre a teoria apresentada no curso e a prática no serviço público; bem como a estrutura curricular vigente, direcionando a formação para o consultório particular. Para alguns desses acadêmicos, trabalhar no SUS está associado a: oportunidade para adquirir experiência e necessidade financeira; compromisso com a saúde coletiva e articular o serviço público com o serviço privado. E, para outros, o SUS não se apresenta como campo profissional. A pesquisa revela a necessidade de oferecer uma formação em saúde coletiva estruturada a partir do cuidado coletivo com a saúde, para que o aluno possa conhecer e refletir o que é na atualidade a saúde coletiva e o SUS, bem como o caminho que se faz através de integração efetiva entre ensino-serviço, articulando políticas de educação e políticas de saúde, adequando os novos egressos às necessidades sociais da população.

Palavras-chave: Saúde bucal; Saúde Bucal Coletiva; Educação em Saúde; Formação Profissional em Saúde.

Abstract

The aim of the present study was to analyze the academic perception of dentistry students of public health care, the student's professional education in the area of public health, and their perspective of working in the public health care system. A qualitative, exploratory and descriptive study was undertaken. Data was collected between the months of February and April 2013 through semi-structured individual interviews, which were recorded, transcribed, submitted to thematic analysis and discussed in the light of existing scientific literature on the object. A total of 13 dental students from the Public Education Institution of Valeys Jequitinhonha e Mucuri participated in the study. In relation to public health three categories were identified: community health care; prevention based in public health care, and interdisciplinary public health care. With regard to professional education the students emphasized the gap between the theoretical formation in the course and the realities of the public health care system, and the course curriculum of the that directs the graduate towards private practice. For these students working in the public health system is associated with: the opportunity to acquire experience, financial necessity, a commitment to public health, and linking the public and private health care systems. For others the public health care system was not mentioned as a professional area. The study revealed the importance of offering professional education that considers the difficulties of working in the public health care system, integration between education and work, and of creating education and health policies that prepare newly graduated health professionals to address the social needs of the population.

Key-words: Oral health; Public Oral Health; Health Education; Professional Health Education.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ALESP – Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NOB/RH _ Norma Operacional Básica para Recursos Humanos

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação para Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SBC – Saúde Bucal Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

QUADROS/ FIGURAS

Figura 1	Mapa do município de Diamantina	31
Quadro 1	Tipo e frequência das unidades de registro em relação à saúde coletiva	37
Quadro 2	Tipo e frequência das unidades de registro em relação à formação profissional	40
Quadro 3	Tipo e frequência das unidades de registro em relação ao interesse em trabalhar no SUS	44

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	11
2. Objetivo	14
3. Referencial Teórico	16
3.1 A formação de profissionais de saúde no Brasil	18
3.2 Formação e educação em saúde coletiva	20
3.3 Saúde bucal coletiva	23
3.4 Perspectiva de trabalho em saúde coletiva para o cirurgião-dentista	25
3.5 Breve histórico de saúde bucal no SUS	26
4. Percurso metodológico	30
4.1 Natureza do estudo	30
4.2 Cenário do estudo	30
4.3 Aspectos éticos	31
4.4 Sujeitos participantes	31
4.5 Trabalho de campo	32
4.6 Método coleta de dados.....	32
4.7 Análise das entrevistas.....	33
4.8 Limitações do estudo.....	35
5. Resultados e discussão.....	37
5.1 Caracterização dos entrevistados	37
5.2 Concepção da saúde coletiva	37
5.3 Formação profissional e preparação para atuar no setor público	40
5.4 Interesse em trabalhar no serviço público	43
6. Considerações finais	48
7. Referências	50
APÊNDICES	54



Apresentação



1. APRESENTAÇÃO

Desde que iniciei minha carreira como cirurgiã-dentista trabalho no serviço público, o que justifica a minha intenção em aprofundar meus conhecimentos por meio do mestrado em saúde coletiva. A minha graduação foi em uma universidade privada, pautada no modelo biomédico e tecnicista, em que os atendimentos clínicos eram realizados em ótimos consultórios com materiais e equipamentos de última geração.

Nesse contexto, iniciei minhas atividades como cirurgiã-dentista no serviço público e surgiram, então, as primeiras inseguranças em relação à minha formação.

Formei-me para trabalhar em consultório particular, rodeada de alta tecnologia. No entanto, a realidade foi outra, encontrei consultórios e equipamentos ultrapassados, materiais de qualidade inferior e demanda reprimida de pacientes. Eram desafios a serem enfrentados e muitas aprendizagens a serem feitas.

Algumas indagações tornaram-se constantes, como:

- A faculdade de odontologia prepara seus alunos para o serviço público?
- Qual a concepção dos alunos de odontologia acerca da saúde coletiva?

Meus questionamentos continuaram de uma forma muito viva com relação aos conteúdos de saúde coletiva, uma vez que estes são obrigatórios no currículo e o aluno, na maioria das vezes, já chega na sala de aula com um preconceito e desinteressado. Posteriormente, no exercício de suas atividades profissionais, alguns conscientizam-se da importância dos mesmos. Mas isso apenas por meio de reflexão e experiência prática.

Diante desses apontamentos e tendo em vista o referencial teórico que ressalta o distanciamento do processo de evolução das políticas de ensino e práticas odontológicas no Brasil, a falta de uma orientação integradora entre ensino e serviço, bem como a formação de profissionais com dificuldades de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde, faz-se necessária a investigação dos processos educacionais atuais, visando identificar as lacunas no

processo de formação do profissional da odontologia, no que se refere às políticas nacionais de saúde e educação integradas.

Espera-se, com esta pesquisa, evidenciar como o acadêmico conceitua e aplica seus conhecimentos sobre saúde coletiva, visando, principalmente, sua inserção no setor público, pois esta tem sido uma opção de trabalho em plena expansão neste início de século.

2

Objetivo



2. OBJETIVO

Conhecer a percepção acadêmica do estudante de graduação em odontologia sobre a saúde coletiva, a sua formação profissional em saúde coletiva e a sua perspectiva em trabalhar no Sistema Único de Saúde.



Referencial Teórico



3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na América Latina, o desenvolvimento da saúde coletiva tem como data de referência inicial a segunda metade dos anos 50. De acordo com Nunes (1994), ela pode ser entendida por meio de três fases: a fase que se estende por cerca de quinze anos, marcada pela instauração do "projeto preventivista". A segunda fase, até o final dos anos 70, que não isola os ideais preventivistas, mas reforça a perspectiva de uma "medicina social". E a terceira fase, que se inicia a partir da década de 80 e vai se estruturando até os dias de hoje como o campo da "saúde coletiva."

Ainda segundo Nunes (1994), na segunda metade dos anos 50 ocorreram reuniões no Chile e México, quando se discutiram a teoria e a prática da medicina. O que já se diagnosticava era a crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática.

Dessa crise, resultou a reforma que aparece estreitamente vinculada a um projeto pedagógico e o grande saldo desse período é a inclusão no curso de graduação em medicina de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística.

Procurava-se, dessa forma, ao se criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir outros conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo. No Brasil, dois acontecimentos em 1978 foram marcantes para essa mudança: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia, e o segundo momento foi a Reunião sub-regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto. Ambas tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Para isso, sentiu-se a necessidade da existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras, num momento em que se sentiu o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública

clássica e a da medicina social. Em dezembro de 1979, essa ideia se concretizou através da criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Voltada para a formação em nível de pós-graduação, ela assumiu que essa formação deveria ser orientada pela análise crítica da saúde na realidade social em que se inserisse, bem como ser capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços, estabelecendo um equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais e evitando o "tecnicismo" e o "biologismo" tradicionais do ensino da área de saúde coletiva (ABRASCO, 1982).

Mais do que ser conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam os seus referenciais preventivistas de medicina social e de saúde pública, a saúde coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa ideia. Assim, Nunes (1994) define a saúde coletiva como uma corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.

Hoje a área da saúde coletiva compreende as subáreas da saúde pública, da epidemiologia e da medicina preventiva e social, e esteve presente nas diversas reformas curriculares, seja para apresentar as necessidades sociais, seja para estudo científico de morbidade e mortalidade, pelos fatores de risco, pela prevenção de doenças, pela promoção da saúde e qualidade de vida (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Ainda segundo Carvalho e Ceccim (2006), a saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada e interdisciplinar.

Há alguns conceitos importantes na saúde coletiva, o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao "mercado da cura"; entre outros princípios (CARVALHO e CECCIM, 2006, p. 3).

Porém, o que se vê na prática durante os cursos de graduação, ainda é uma fragmentação do saber e a distância entre a teoria e a prática, levando à necessidade de buscar, através de cursos de pós-graduação, a capacitação

adequada para atuar principalmente no mercado de trabalho da saúde pública. Para Cutolo (2003), existe uma distância entre as práticas curriculares desenvolvidas em instituições formadoras e as políticas nacionais de saúde. Essa discussão é lançada no Brasil apenas em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, quando o Ministério da Saúde percebe a necessidade de formação de Recursos Humanos para atuar no sistema Nacional de Saúde e estabelece princípios, doutrinas e estratégia para as políticas públicas de saúde. A lei 9.394/96, conhecida como Lei Darci Ribeiro, diz respeito às diretrizes curriculares e bases da educação e propõe mudanças curriculares, potencializando a responsabilidade do processo educacional na transformação da sociedade.

Nesse sentido, torna-se relevante para este estudo o aprofundamento sobre a formação profissional nos cursos da área de saúde.

3.1 A formação de profissionais de saúde no Brasil

Haddad (2010) publicou um estudo em que analisou a formação de profissionais de saúde no Brasil, com o objetivo de contribuir para o planejamento e implementação de políticas de qualificação profissional no campo da saúde. Foram analisados os quatorze cursos considerados da área de saúde por resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no Brasil. São eles: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Segundo Haddad (2010) as décadas de 1960/1970 sofreram o *boom* do ensino superior. Esse período foi marcado por uma expansão em todas as profissões, acompanhada pela multiplicação de escolas e do número de vagas. A reforma universitária brasileira, nesse período, resultou de um processo de discussão sobre a necessidade de mudança do sistema educacional de terceiro grau, adequando-o a uma política “modernizante” voltada para maior eficiência e produtividade.

No plano da oferta e organização dos serviços de saúde, a crise se manifesta pela contradição entre a visão dominante, com pensamento biologicista,

tecnicista e a visão da saúde como construção da sociedade, expressão da qualidade de vida (HADDAD et al, 2010).

No campo da educação, ocorre a contraposição da pedagogia tradicional, caracterizada por seu formato centrado em conteúdos e numa pedagogia de transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos, desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação, com concepções críticas, reflexivas, que problematizam a realidade social (CARVALHO; CECIM 2006).

Como resultado desse estudo, Haddad (2010) concluiu que a busca pela integração e aproximação entre o serviço de saúde e instituições de nível superior, fortalecida pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, possibilitaria mudanças na formação e perfil dos profissionais egressos, direcionando-os para a atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades.

Concluiu também que, no campo de recursos humanos, a parceria entre o Ministério da Educação e da Saúde é estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde, focalizando desde a formação inicial até o processo de educação permanente. Tal parceria constitui como um avanço, para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, o desenvolvimento e valorização dos profissionais junto aos gestores, profissionais de saúde e sociedade, na formulação do campo das políticas públicas (HADDAD, 2010).

Sendo assim, a reflexão sobre a formação em saúde coletiva, nos dias de hoje, se faz necessária, a fim de compreender os aspectos sociais e, conseqüentemente, influenciar no processo saúde-doença.

3.2 Formação e educação em saúde coletiva:

Um importante trabalho de pesquisa realizado por Carvalho e Ceccim (2006) aponta, as principais dificuldades e conquistas no campo da educação em saúde coletiva. Abaixo estão, de forma resumida, os principais fatos que marcaram cada década.

O médico real Lord Bertrand Dawson, por meio do relatório Dawson, em 1920, propôs uma educação da saúde integrada com o sistema de saúde. Diferente de Flexner, esse relatório defendia o Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde e a não exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional, além da integração de práticas preventivas e curativas e a utilização do médico generalista. As ideias contidas nesse relatório influenciaram a constituição do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra na década de 40, iniciando o conceito de médico generalista e universalização da atenção primária à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Em 1960, a Organização Pan-Americana de Saúde teve um papel importante junto às instituições formadoras acerca do debate sobre o ensino da saúde pública. Foram mencionadas as necessidades de mudança de atitude dos professores, da integração curricular e da integração do ensino com o sistema de saúde. Porém, o sistema de educação não se apresenta flexível às necessidades de mudança (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A década de 70 foi marcada por uma nova separação entre a clínica (ações individuais) e as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção de qualidade de vida (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Em 1980, surgiram críticas aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social, exigindo maior integração ensino-serviço, não somente em hospitais, valorizando a aprendizagem em unidades básicas de saúde e a incorporação mais intensa dos conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Do ponto de vista do sistema de saúde, a década de 80 foi:

[...] a década das Ações Integradas em Saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (Suds) e da Constituição Cidadã, alvorecer e execução da reforma

sanitária que culminou com o Sistema Único de Saúde, regulamentado nos anos 1990 (CARVALHO ;CECCIM, 2006, p. 14).

Nos anos de 1990, foi reconhecida a participação popular durante o debate sobre as mudanças na formação. O projeto UNI – uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade – reafirmou a proposta de mudança nas reformas curriculares junto à integração ensino-serviço-comunidade. Também de grande importância, nessa mesma década, foi a estruturação, na América Latina, da rede Unida, resultado da articulação de projetos ensino-serviço-saúde (rede de projetos UNI) em associação com os projetos de integração docente-assistencial (rede de projetos IDA).

Com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, entre os anos 2001 e 2004, aconteceu a ruptura do currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação, contemplando o sistema de saúde vigente no país, trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Em 2005, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Tal programa se trata da implementação de uma política de inclusão social que consiste no esforço em substituir o modelo tradicional de organização do cuidado em saúde para maior integração ensino-serviço, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença.

Entretanto, ainda há o desafio de superar modelos enraizados e culturalmente plantados na população. A universidade, junto às estruturas de gestão da saúde, aliados à participação popular e os serviços de atenção à saúde (profissionais), precisam superar desafios e unir conhecimentos para a mudança e melhorias tão almejadas no campo da saúde.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) é de grande importância a formação do profissional de saúde com adequado conhecimento do SUS, que englobe aspectos de subjetividade, habilidades técnicas e de pensamento. Os autores citam a necessidade da prática em serviço estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Mas, para isso, é necessário e urgente uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das

responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional.

A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002 p. 306).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.45) propõem então um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras para transformar a organização dos serviços:

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Ceccim e Bilibio (2002) afirmam sobre a necessidade da integração ensino - serviço - gestão - controle social e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde, caracterizadas como inovadoras e com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde.

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde exigiu novos perfis profissionais. Tornando necessário e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o SUS e com o projeto tecnoassistencial definido nas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para a NOB/RH-SUS, uma formulação de diretrizes curriculares deve contemplar: as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 54).

Dessa forma, se faz essencial situar o papel do cirurgião- dentista no contexto da saúde coletiva.

3.3 Saúde bucal coletiva:

A odontologia identifica-se como saúde bucal coletiva desde 1992 e vem a ser o corpo de conhecimentos organizado como disciplina na graduação ou como especialidade (odontologia em saúde coletiva) na pós-graduação.

Em se tratando especificamente da saúde bucal coletiva, Narvai e Frazão (2006, p. 346) definem como:

[...] um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'saúde coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o. Para esses autores, a saúde bucal coletiva (SBC) advoga que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível, portanto, de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos. Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe) à SBC uma ruptura epistemológica com a *odontologia* (de mercado), cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais – nos quais fundamenta sua prática – desconsiderando em sua prática essa determinação de processos sociais complexos.

Narvai (2006) salienta a necessidade de ruptura da saúde bucal com o modelo hegemônico da odontologia de mercado, caracterizada pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas classes mais favorecidas.

Silveira (2004) acrescenta que o trabalho em odontologia social exige grande extensão, grande superfície, em campos cada vez mais amplos.

É justamente esse caráter generalista e sua aproximação com os fundamentos das ciências sociais que oferece o distanciamento e os fundamentos necessários para uma leitura crítica do processo de evolução das políticas de ensino e práticas odontológicas no Brasil.

A saúde bucal coletiva procura recuperar as dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, consideradas indispensáveis no setor da saúde, em que o processo saúde-doença é de interesse público, de responsabilidade do Estado, mas também do conjunto da sociedade (NARVAI, 2002).

Silveira (2004) levanta a discussão sobre o desafio dos dentistas (técnicos) por formação, e a necessidade da formação docente permanente, que possibilite a incursão por outras abordagens, conceitos e paradigmas, inclusive e necessariamente aqueles das ciências humanas e sociais.

Porém, o que ocorre na área de saúde ainda é uma desconexão das políticas públicas educacionais, falta uma orientação integradora entre ensino e trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais, definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, surgem nesse contexto e têm como objetivo permitir que os currículos propostos construam um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2002).

As Novas Diretrizes Curriculares estabelecem, no artigo 3º da Resolução do CNE/CES, de 19 de Fevereiro de 2002, o perfil do formando egresso/profissional cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE,2002).

Porém, na prática, a maioria das Instituições de Ensino Superior apresentam a formação ainda pautada no modelo tradicional tecnicista e biologicista, orientado pela doença e pela reabilitação, resultado do Relatório Flexner.

Segundo Araújo (2006), a questão da formação de profissionais de saúde envolve oportunidades oriundas do mercado de trabalho, do perfil profissional e da satisfação da demanda populacional. Nesse contexto, a perspectiva do cirurgião-dentista em trabalhar no serviço público deve ser analisada.

3.4 Perspectivas de trabalho em saúde coletiva para o cirurgião-dentista:

Chaves; Miranda (2008, p.155) descrevem, em seu estudo realizado em Fortaleza, que:

[...] a inserção de profissionais de odontologia em serviços de Atenção Básica pode ser considerado um fenômeno recente e original. Notadamente por sua nova conformação social, pela existência de um novo nicho de oferta e atração de empregos na esfera pública e pela utilização de uma força de trabalho qualificada, em função de um novo contexto organizativo e laboral. Mas trata-se, também, de um fenômeno original, nos termos de um novo cenário institucional e normativo para a atuação profissional e as práticas de trabalho dos cirurgiões-dentistas, que tende a determinar e/ou condicionar mudanças substanciais no seu *modus operandi*, em seus gradientes de poder (político, técnico, administrativo) e margens de autonomia. O que pode implicar novas significações e significados para esses modos de atuação profissional e práticas de trabalho, da parte de seus protagonistas.

Segundo Aerts (2004), é necessária a readequação dos cursos de odontologia para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS e à contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema, uma vez que o SUS é, no Brasil, o maior empregador de profissionais de saúde (TRAJMAN et al., 2009).

Aerts (2004) ressalta que o enfoque assistencial do serviço de saúde bucal no SUS deve sair de sua forma tradicional de atuação, pautado nos aspectos curativos, redirecionando-os para atividades preventivas e promocionais, estimulando os cirurgiões-dentistas a utilizarem parte do seu tempo em programas de promoção fora da unidade de saúde. As atribuições do cirurgião-dentista no SUS podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Para muitos profissionais, a escolha em trabalhar na ESF é vista como uma oportunidade de emprego, e não necessariamente uma realização profissional, diante da escassez de oportunidades vantajosas no mercado de trabalho, reconhecendo a ESF como a melhor perspectiva de trabalho assalariado. Em razão disso, a atuação profissional exige, cada vez mais, o domínio de conhecimentos e habilidades interdisciplinares (CHAVES; MIRANDA, 2008).

3.5 Breve histórico da saúde bucal no SUS:

No período pré-SUS, predominavam programas odontológicos centralizados e verticais, com atendimento predominante da livre demanda e procedimentos curativos, tendo como população-alvo escolares e trabalhadores inscritos na previdência social. Com a criação do SUS, em 1988, esse enfoque tornou-se incompatível com as diretrizes desse sistema unificado e descentralizado de caráter universalista. Surge, então, a possibilidade da saúde bucal enquanto política pública (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Segundo Narvai (1994), o modelo de prática e assistência odontológica dessa época (pré-SUS) caracterizava-se pela ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição (das unidades prestadoras de serviços), baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, inadequação no preparo dos recursos humanos.

O marco inicial para o processo de mudança iniciou-se com o movimento da Reforma Sanitária, culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), ambas realizadas em 1986. As conclusões e deliberações da VIII Conferência de Saúde estabelecem a universalização da saúde, como forma de superar o déficit de oferta de saúde à população (WERNECK, 1998). Seguindo o processo de mudança pela melhoria dos níveis de saúde bucal, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) delibera, entre outras questões, a inserção da saúde bucal por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal, com o fortalecimento do poder municipal (BRASIL, 1986).

É nesse contexto que a saúde bucal foi inserida no Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, no final do governo Itamar Franco, sob inspiração da estratégia de medicina familiar desenvolvida em Cuba, com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida da população. Sua estratégia consiste em priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (BRASIL, 1998).

Devido à consolidação do Programa Saúde da Família como fundamental para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, em que assegurou o PSF como uma estratégia e não

como programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é definido então com uma Estratégia de reorganização da atenção primária, ou seja, como prática permanente dessa nova visão de saúde.

A implantação das Equipes de Saúde Bucal nesse programa ocorreu no ano 2000, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso de Melo, com uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal, através da portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, aberta pelo Ministério da Saúde, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000).

Frazão; Narvai (2009) afirmam que uma importante conquista do desenvolvimento da saúde bucal no SUS foi a transferência dos recursos odontológicos de unidades escolares para unidades de saúde, reorientando a atenção básica e oferecendo condições para melhor integração das ações de saúde bucal com os programas de saúde, em diferentes níveis do sistema.

Em 2002, o então presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva apresenta oficialmente o programa Brasil Sorridente como uma política consubstanciada no documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, integrada ao *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*, apresentado pela portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde. Nesse documento, o modelo de atenção em saúde bucal é reorientado, buscando articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia (NARVAI; FRAZÃO; 2006).

A partir de 2004, começaram a ser instalados, em todos os estados brasileiros, com base na portaria nº 1.570/GM, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Os CEO são unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados nas três esferas: municipal, estadual e federal. O atendimento à pacientes com necessidades especiais e as ações especializadas de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor integram o elenco ofertado minimamente em todos os CEO (NARVAI; FRAZÃO; 2006).

Grandes conflitos surgiram desde a implantação da saúde bucal na ESF até os dias de hoje. Os cirurgiões-dentistas não estavam preparados para essa

mudança de cenário, em que deixavam para trás um modelo de atendimento baseado no paradigma flexneriano (que tem como elementos estruturais: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa) e passavam para um modelo em que a promoção e prevenção coletiva da saúde fazia parte da rotina do atendimento (COSTA; NETO; DURÃES, 2005).

Daí a necessidade de mudança do modelo pedagógico vigente, visando atender à formação de novos profissionais com o foco na Saúde Coletiva.



Percorso **Metodológico**



4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Natureza do estudo

Na busca pelo caminho metodológico, para compreensão do objeto a ser estudado, justificou-se a opção pela abordagem qualitativa.

Essa abordagem permite ao pesquisador investigar o contexto natural, o objeto em estudo, conhecendo as influências desse contexto sobre o mesmo e as particularidades das interpretações, buscando compreender o significado vivenciado por determinado grupo.

Além disso, permite uma aproximação com a realidade, pois trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2004).

4.2 Cenário do estudo

Conforme Minayo (1994), o campo da pesquisa refere-se a um recorte em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada, um lugar ocupado por pessoas que se interagem e que tenha relação com o objeto de estudo, tornando-se um cenário rico em manifestações de subjetividade e interações com o pesquisador e pesquisado, o que possibilita a aquisição de conhecimentos.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Instituição Pública de Ensino Superior dos Vales do Jequitinhonha e Mucurí.



Figura 1- Mapa do Estado de Minas Gerais

Fonte: aranas.com.br

4.3 Aspectos éticos:

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o número de parecer 203.701 de 19/02/2013 (ANEXO A) e, após o aval desse comitê, iniciou-se a coleta de dados. Os sujeitos foram identificados por letras e números, garantindo, assim, a privacidade dos entrevistados.

4.4 Sujeitos participantes

Segundo Minayo (2004, p. 102) “amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões”. Sendo assim, não pressupõe critério numérico, a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado.

Para a escolha dos sujeitos da pesquisa, deve-se levar em consideração “quais indivíduos sociais têm vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (MINAYO, 1994, p. 43).

Considerando que o curso de odontologia possui nove períodos, partiu do pressuposto que os alunos do último período, por já terem cumprido todos os conteúdos teóricos do curso e estarem em última fase do estágio curricular obrigatório em cenário de prática, têm melhores condições, em relação aos iniciantes em relatar sobre a sua percepção em relação a sua formação profissional em saúde coletiva e a sua perspectiva em trabalhar no Sistema Único de Saúde.

Do total de 38 estudantes, treze foram entrevistados, uma vez que o critério de suspensão das entrevistas foram as saturações das respostas durante as análises das entrevistas.

4.5 Trabalho de campo: a coleta de dados

Anteriormente à coleta de dados, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. Após a sua aprovação (ANEXO A) foi realizada uma reunião com a coordenação do curso de Odontologia, explicando o objetivo, a relevância, a metodologia da pesquisa e solicitação de sua autorização (APÊNDICE A).

Os sujeitos elegíveis desta pesquisa receberam o convite para participar por meio da própria pesquisadora, dentro da sala de aula da referida instituição. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a abril de 2013.

4.6 Método de coleta de dados

Entre os diversos tipos de técnicas de coleta de dados em trabalhos de campo, a entrevista é considerada o procedimento mais utilizado (MINAYO, 1994).

As entrevistas são empregadas para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, o que permite ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (BODGAN; BICKLEN, 1994).

Segundo Gil (2002), a entrevista enfoca um tema bem específico, cabendo ao entrevistador conduzir de tal forma que o entrevistado não se desvie do foco proposto.

Para a realização da entrevista, foram adotados os seguintes critérios:

- Ambiente e horário propício à escolha do participante;
- Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

-Entrevista semiestruturada, gravada, individual, com intervenções, retomando a fala do entrevistado, quando necessário;

- Transcrição após cada depoimento.

Utilizaram-se as questões norteadoras (APÊNDICE C):

- O que você entende por saúde coletiva?
- Você tem interesse em trabalhar no setor público? Por quê?
- Você acha que o seu curso lhe deu preparo para atuar no setor público (Estratégia Saúde da Família)? Por quê?

Do total de trinta e oito estudantes, vinte dois concordaram em participar, porém, foram necessárias apenas treze entrevistas para alcançar o objetivo proposto.

Cinco das entrevistas foram feitas com os estudantes no local do estágio supervisionado, em uma Estratégia Saúde da Família. As oito restantes foram realizadas na própria Instituição, em uma sala de aula.

4.7 Análise das entrevistas

A análise do conteúdo dos documentos e das falas seguiu os passos definidos por Bardin (2004), foram eles:

- 1) Pré-análise: a partir da leitura flutuante e exaustiva sobre o assunto e escolha dos documentos, surgem hipóteses ou teorias que podem explicar antecipadamente o fenômeno observado, uma afirmação provisória do problema a ser verificado e seu objetivo. Este é o momento para a preparação do material, referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores.

2) Exploração do material: administração das técnicas no *corpus* do trabalho, ou seja, os dados são modificados e agregados em unidades de contexto e de registro, permitindo uma descrição exata das características, é a fase da categorização.

3) Tratamento dos resultados e interpretação: após a administração das técnicas no *corpus* do trabalho e com os objetivos da investigação e das hipóteses levantadas, podem-se apontar inferências e realizar interpretações de acordo com o quadro teórico definido.

Na perspectiva da abordagem qualitativa e considerando-se as orientações de Bardin (2004), as entrevistas realizadas com os estudantes foram transcritas na íntegra, logo após terem sido realizadas. O conteúdo das entrevistas foi, então, lido pelo investigador e orientado pelo referencial teórico previamente construído.

O *corpus* foi organizado para responder a critérios de representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Com esses critérios, estabeleceu-se a categoria, termo chave que indica a significação central do conceito a ser apreendido (BARDIN, 2004). A referenciação de índices e a elaboração de indicadores usados na análise basearam-se nas hipóteses e objetivos. Já em relação aos resultados, foram elaboradas tabelas para cada uma das questões, com as categorias e as unidades de registro. A regra de contagem utilizada para cada categoria foi a frequência (denota importância).

Para elucidar a descrição do conteúdo, foram apresentados trechos dos discursos dos sujeitos com a seguinte padronização: reticências entre colchetes – indicam recortes dentro do mesmo discurso; informações entre parênteses: referem-se a informações contextuais ou observações importantes para compreensão das falas dos participantes; e informações entre chaves: referem-se ao detalhamento de termos ou siglas usadas pelos sujeitos.

4.8 Limitações do estudo

Pode-se observar durante as entrevistas com os estudantes do último período, que muito desses acadêmicos estavam preocupados com formatura e outras questões de emprego, respondendo aos questionamentos muito rapidamente e sem profundidade.



Resultados e Discussão



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desta pesquisa está organizada em quatro tópicos: perfil dos acadêmicos, concepção dos acadêmicos acerca da saúde coletiva, as questões referentes à preparação durante a formação acadêmica para atuar no SUS e interesse dos acadêmicos em trabalhar no setor público.

5.1 Caracterização dos entrevistados

Dos entrevistados, sete eram do sexo feminino e seis do sexo masculino, a média da idade foi de 23 anos.

5.2 Concepção sobre saúde coletiva

Em relação à saúde coletiva, foi possível identificar três categorias: a saúde coletiva como atendimento à comunidade, SUS; saúde coletiva como prevenção e saúde coletiva como área interdisciplinar. Conforme quadro abaixo:

Índice	Unidade de registro	Frequência
Saúde coletiva	Atendimento à comunidade, SUS	Sete
	Prevenção e promoção da saúde	Quatro
	Interdisciplinaridade	Dois

QUADRO 1- Tipo e frequência das unidades de registro em relação à saúde coletiva

As falas a seguir expressam a ideia da saúde coletiva como atendimento a comunidade:

A saúde coletiva visa o atendimento ao público... o governo que estipula o atendimento da população sem custo (Acadêmico 05).

A primeira palavra que vem na cabeça é o SUS... imagino um modelo criado pelo governo pra atender a população com igualdade (Acadêmico 06).

Pra mim, saúde coletiva seria a parte social da odontologia, porque a gente tem a parte curativa e a parte social, então seria a parte "onde" você trabalharia o social... é a parte (silêncio) vamos dizer... bonita da odontologia, né? [...] você trabalhando a parte social, você vai evitar os problemas futuros que a parte curativa resolveria. Então, pra mim, o que eu entendo por saúde coletiva é o estudo da parte social da odontologia (Acadêmico 11).

Nessas falas, os acadêmicos percebem a saúde coletiva como um trabalho social, visando o atendimento à comunidade através de um sistema de saúde. De acordo com essa linha de pensamento, Roncalli (2006) enfatiza que saúde bucal coletiva expressa uma ruptura ao sair do plano do indivíduo e alcançar o plano da coletividade, na medida em que surge como um modo (ideológico, operativo, contra-hegemônico) trazendo a saúde bucal para o SUS (e vice-versa), rompendo, assim, com modelos excludentes e avançando em um novo modo de fazer saúde bucal.

A ideia da saúde coletiva como espaço de prevenção pode ser exemplificada pelas falas:

É uma saúde voltada pra prevenção, "onde" você atua de forma a conscientizar as pessoas do que é necessário pra que você evite o problema no futuro... e você faz ações tanto de conversação quanto de realmente atuação mesmo, na cavidade bucal [...] (Acadêmico 07).

Saúde coletiva "tá" mais focada na parte da educação do que no tratamento. Então abrange de forma maior as famílias, as crianças de pouca idade, as mães, os grupos operativos e a população geral, sem focar no tratamento curativo e sim no preventivo (Acadêmico 08).

Quando eu ouço a palavra saúde coletiva sempre me vem à cabeça prevenção, eu entendo que a pessoa que trabalha com saúde coletiva ela vai atuar na comunidade, ela pode "tá" fazendo tratamentos preventivos únicos ou assim, fazer ações preventivas com uma pessoa só... mas quando você age dentro da família, inteirando pai, a mãe, o filho, os escolares que tem dentro da família, isso pra mim é saúde coletiva, "cê" "tá" pegando indivíduo único ali pra tratar a saúde como um todo e não só da boca, mas integrando com o corpo todo, a saúde na socialização do indivíduo, pra mim é saúde coletiva, é o ser humano como um todo e o papel dessa saúde na vida, na socialização dele (Acadêmico 13).

Existe, nas falas dos acadêmicos, o entendimento e a dimensão da importância da saúde coletiva para o enfrentamento de problemas sanitários e de melhoria da qualidade de vida da população através de ações de promoção e prevenção da saúde.

Narvai (2002) salienta que a saúde bucal coletiva procura recuperar as dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, consideradas indispensáveis no setor da saúde, em que o processo saúde-doença é de interesse público, de responsabilidade do Estado, mas também do conjunto da sociedade.

Surgem, nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais, definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que têm como objetivo permitir que os currículos propostos construam um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

Ela ainda define o perfil do formando egresso/profissional cirurgião-dentista, sendo sua formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

A percepção da saúde coletiva como área interdisciplinar foi assim expressa:

Eu entendo que não abrange apenas uma determinada área da saúde, mas de uma maneira geral (pausa)... é interdisciplinar... promovendo a saúde dessa comunidade (Acadêmico 04).

Saúde coletiva... abrange a saúde do paciente em todas as áreas, de maneira interdisciplinar, principalmente com a promoção de saúde e de forma que você atenda o maior número de pessoas numa comunidade (Acadêmico 10).

Apenas dois acadêmicos citaram a interdisciplinaridade como forma de trabalhar a saúde coletiva. Carvalho e Ceccim (2006) definem a saúde coletiva como um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada e interdisciplinar.

Segundo Araújo (2006 p. 180), a formação nos tempos atuais deve preparar o profissional para a construção de seu conhecimento, direcionando-o para uma formação integral e interdisciplinar. A articulação entre as políticas de educação e de saúde é essencial para que as transformações sejam feitas.

5.3 Formação profissional e preparação para atuar no setor público (Estratégia Saúde da Família)

Em relação ao processo de formação profissional no curso de graduação, duas categorias foram identificadas a partir do material obtido por meio das entrevistas. Foram elas: a distância entre a teoria apresentada no curso e a prática no serviço público; e a estrutura curricular vigente, direcionando a formação para o consultório particular.

Índice	Unidade de registro	Frequência
Formação profissional	Experiência, preparação, conhecimento e prática (fornecido pelo curso para atuar no SUS); Teoria no início do curso e a prática só no final; Contato tarde com o serviço público.	oito
	Estrutura curricular antiga; Odontologia técnica e restauradora; Curso voltado para o consultório particular; Pouco interesse pelo conteúdo.	cinco

QUADRO 2- Tipo e frequência das unidades de registro em relação à formação profissional.

Em relação à primeira categoria, ou seja, quanto à distância entre o que se aprende e o que se pratica ao longo do curso, assim se expressaram alguns acadêmicos:

[...] a parte teórica é no começo do curso, então quando você começa mesmo a atuar no estágio você praticamente não lembra de muita coisa... essa parte eu acho que deveria mudar, a teoria da saúde coletiva deveria

ser mais no final do curso do que no 3º período... depois você esquece tudo [...] (Acadêmico 07).

Não, pra mim muito pouco, não tem experiência nenhuma (durante a faculdade)... é só durante o estágio que vai conhecer a saúde pública, acho que a gente tinha que ter uma visitas nos períodos iniciais, acompanhar a rotina de PSF... a nossa rotina (de estudante) é toda aqui na faculdade a gente fica perdido... (Acadêmico 08).

Então... eu acho que a gente sai muito cru, a maior experiência que eu tive na faculdade foi no final do meu curso, duas semanas de curso extra e a experiência do estágio, que é perfeito, eu achei muito bom... (Acadêmico 11).

[...] só que eu acho que dentro da universidade a gente vê muito as regras e as leis do SUS, mas a gente não vê na prática, a saúde coletiva podia te preparar melhor pra “tá” atuando e não só pra saber sobre ela (Acadêmico 13).

A maioria dos acadêmicos relataram que existe uma desconexão entre a teoria e a prática. Para Carvalho e Ceccim (2006), o que se vê na prática durante os cursos de graduação ainda é uma fragmentação do saber e a distância entre a teoria e a prática, levando a necessidade de buscar, através de cursos de pós-graduações, a capacitação adequada para atuar principalmente no mercado de trabalho da saúde pública.

Um dos recursos metodológicos usados por Gontijo (2002) é a projeção dos estudantes para fora da sala de aula para compreender o significado social do trabalho do cirurgião-dentista em uma comunidade, captando, assim, o interesse do aluno e motivando-o a conhecer a organização do SUS. Em seu projeto pedagógico, ela relata a importância da interação entre teoria e prática, fazendo da práxis um espaço onde o conhecimento se constrói.

Para Palmier et al. (2012, p.153),

um componente importante de mudança na formação para área de saúde é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

Nas entrevistas, alguns acadêmicos assim demonstraram o pouco interesse pela disciplina saúde coletiva:

[...] acho que a matéria específica, “de trabalho” tipo dentística, é mais interessante que a saúde coletiva... (Acadêmico 03).

Eu acho que como é uma matéria que ninguém acha... (indecisão) é uma matéria pesada, difícil eu acho que deveria ser trabalhada com mais cuidado, a metodologia de ensino dela, né? Deixar mais interessante, aumentar o serviço de campo... (Acadêmico 11).

[...] na verdade, essa matéria é dada no momento errado do curso, eu acho que ela é dada muito cedo, quando a gente entra na faculdade e a gente tem essa matéria, a gente não dá tanta importância pra essa matéria quanto ela merece. A gente só vê isso no final do curso mesmo. Igual a gente comentou lá na sala sobre o curso em dezembro, coube no momento ideal que é quando a gente mais preocupa, é quando a gente “tá” pensando em concurso, então eu acho que tinha que repensar isso aí... esse lugar da grade aí, da matéria. (Acadêmico 12).

A prática da odontologia curativa e restauradora é ainda vista por muitos acadêmicos como um modelo hegemônico. É evidente a preferência por matérias específicas como dentística, cirurgia, periodontia, entre outras.

Finkler; Caetano; Ramos (2011) salientaram a importância da inserção precoce do graduando em seu contexto profissional e na diversificação dos cenários de aprendizagem. A integração ensino-serviço é vista como construção de espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes na produção de serviços em cenários reais, considerados fundamentais para o desenvolvimento do perfil profissional voltado para o SUS.

O direcionamento da estrutura curricular vigente, no momento de formação dos acadêmicos entrevistados, para uma atuação em consultório particular, foi assim destacado:

[...] nós fomos preparados pra atender em consultório particular, pelo menos na minha grade (curricular) (Acadêmico 02).

[...] pelo fato de a gente ter feito essa grade antiga, ela é uma odontologia restauradora, não tá voltada pra promoção da saúde... (Acadêmico 04).

[...] eu penso que a faculdade nos preparou mais pro consultório particular... Aliás, a faculdade tem uma estrutura muito boa... a gente não sente falta de nada...(Acadêmico 5).

As respostas acima demonstram a necessidade de mudança na formação dos discentes, ainda fragmentada e biologicista, para uma formação voltada para a integração ensino-serviço, incluindo a visão de saúde como construção social. Pode-se observar também no último depoimento, a satisfação do estudante com a formação recebida.

Segundo Araújo (2006), a prática atual da profissão é fruto do caráter individualista que se enraizou na odontologia desde o seu início. Há uma necessidade de revisar a formação dos profissionais em odontologia. A formação atual deve estar de acordo com as reais necessidades de saúde bucal da

população, além de caminhar junto com as políticas públicas de saúde e princípios do SUS. O aluno deve tornar-se um agente ativo no processo de ensino, atuando de maneira crítica em relação à sua prática profissional.

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social (BRASIL, 2002).

As políticas de saúde bucal passaram por um processo de renovação, justificando a necessidade de mudança no setor de ensino. É preciso direcionar a formação para a área de conhecimento do SUS, produzindo habilidades técnicas e de pensamentos.

5.4 Interesse em trabalhar no serviço público

Considerando o Sistema Único de Saúde como o principal empregador na área de saúde, hoje em dia, uma informação solicitada aos entrevistados diz respeito ao interesse dos mesmos em trabalharem no SUS. Para esses acadêmicos, trabalhar no SUS está associado a: oportunidade para adquirir experiência e necessidade financeira; compromisso com a saúde coletiva e articulação do serviço público com o serviço privado. Mas, para outros, o SUS não se apresenta como campo profissional (QUADRO 3).

Índice	Unidade de registro	Frequência
Trabalhar no Sistema Único de Saúde	Experiência, financeiro.	7
	Articulação entre o público e privado.	2
	Compromisso, ideal.	2
	Não tenho interesse.	2

QUADRO 3- Tipo e frequência das unidades de registro em relação ao interesse em trabalhar no SUS.

As falas abaixo indicam que a intenção de alguns estudantes em trabalhar no SUS está associada a adquirir experiência e por necessidade financeira:

Eu tenho vontade porque eu acho que é onde você se depara com mais tipos de problemas, é onde você passa os apuros... você aprende a trabalhar e a desvincular um pouco da faculdade... eu quero trabalhar para adquirir mais experiência... (Acadêmico 01).

Vontade eu vou ser sincera que não [de trabalhar no setor público] mas a gente vê a necessidade, quando a gente forma a gente não tem dinheiro... é uma forma garantida de ter [deixou em aberto] (Acadêmico 08).

Tenho vontade de trabalhar a título de conhecimento, de me aprofundar e porque eu acho que é um serviço bom (...) (Acadêmico 10).

A vontade de trabalhar no SUS para a maioria dos entrevistados é uma realidade associada à necessidade de renda e experiência, pois o mercado de trabalho está cada dia mais competitivo e sobrecarregado de profissionais.

Em um estudo realizado em Fortaleza, Chaves; Miranda (2008) concluíram que a escolha em trabalhar no PSF era quase sempre levada pela insustentabilidade de permanência na esfera privada ou pela busca de alguma remuneração regular e segura. Porém, muitos entrevistados que trabalham no SUS relataram que, geralmente, não havia um conhecimento prévio sobre os princípios e as diretrizes do PSF, em razão de despreparo (deficiência na formação de graduação) ou desinteresse dos próprios cirurgiões-dentistas.

O compromisso com a saúde coletiva foi assim expresso:

Eu vou trabalhar no setor público porque, na verdade, eu queria ajudar o povo a mudar a mentalidade que eles têm sobre a saúde coletiva... a idéia que a odontologia tem sobre o coletivo passa a ser mais entendível (pela população) então a gente vai ter menos trabalho para curar as pessoas, prevenindo e, assim, diminuindo o custo da odontologia, que é bem caro (Acadêmico 09).

Eu sinto muita vontade de trabalhar no setor público... inclusive eu "tô" finalizando o meu curso agora... fiz o estágio supervisionado do 9º período e fui contratada exatamente pelo perfil de gostar do serviço público, para trabalhar na rede pública... (Acadêmico 13).

O que fica evidente em ambos os discursos é a vontade desses acadêmicos em trabalhar no SUS, por perceberem que têm este perfil, porém, este número ainda é pequeno dentro do curso de odontologia.

De acordo com Carvalho e Ceccim (2006), a formação profissional em saúde será adequada quando os estudantes se comprometerem com o seu objeto de trabalho, ou seja, quando os alunos realizarem práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva e práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde.

Conciliar o serviço público e o serviço privado foi relatado como uma boa opção:

[...] trabalhar conciliando com o particular sim, mas só no público não. No setor público você fica restrito de fazer... eu quero fazer ortodontia (especialização) (Acadêmico 03).

[...] eu pretendo prestar concurso público e conciliar, se não tiver exclusividade, eu quero sim trabalhar no setor público (Acadêmico 05).

A necessidade de conciliar o serviço público com o privado muitas vezes se dá pela complementação de renda e necessidade de adquirir experiência.

Segundo Chaves; Miranda (2008), o atual mercado de trabalho odontológico foi percebido como muito competitivo, sobretudo devido ao número excessivo de cirurgiões-dentistas formados e em formação. Uma alternativa para esse problema seria conciliar o trabalho privado com o assalariado em grandes empresas e/ou planos de saúde odontológicos.

O interesse em não trabalhar no SUS pode ser percebido nas falas abaixo:

Então... eu acho que eu me daria muito bem no setor público, porque eu tenho uma visão mais humanista... mas não sei trabalhar num lugar que falta alguma coisa... eu iria gastar todo o meu salário suprimindo alguma coisa... por isso eu não gostaria de trabalhar no setor público... (Acadêmico 02).

Não. Não sinto, porque eu acho que você pode fazer muito mais do que te oferece... infelizmente, tudo funciona à base de licitação... o que eu senti nesse período estagiando foi isso... às vezes são pedidos instrumentais ou materiais que não chegam... às vezes você tem um paciente que você tem a possibilidade de fazer o procedimento, mas não consegue fazer por falta de material... (Acadêmico 06).

A questão salarial e de gestão (política) é o principal motivo pelo qual os acadêmicos não sentem vontade de trabalhar no setor público.

A baixa remuneração salarial do PSF e a precarização do trabalho através das contratações por parte dos municípios é um obstáculo para consolidação do serviço público como um novo nicho de mercado para os cirurgiões-dentistas (CHAVES, MIRANDA 2008).



Considerações *Finais*



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, é possível afirmar que grande parte dos acadêmicos entrevistados compreende o sentido da saúde coletiva como atendimento à comunidade vinculado ao serviço público, através de serviços de promoção e prevenção da saúde. Porém, o SUS não pode ser visto apenas como prestação de assistência à população, uma vez que sua atuação é mais abrangente. A consolidação do SUS vem determinando novas exigências, tanto na estrutura dos serviços de saúde como em sua forma de promover a assistência.

A formação em saúde coletiva ainda é fragmentada e distante do contexto social e profissional, tendo como exemplo a distância entre a teoria e a prática, sendo esta última pautada pela memorização de informações a serem reproduzidas. Segundo Carvalho e Ceccim (2006), os fatores de exposição às aprendizagens são centrados no professor, no livro-texto e nos estágios supervisionados, e não na produção de experiência. A formação da saúde coletiva deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e do cuidado coletivo, porém os acadêmicos só vivenciam no último semestre do curso, dificultando o processo de crítica e reflexão.

Existe ainda, nas universidades, uma visão fragmentada da saúde e um estímulo maior para a especialização, contrária à formação generalista. A própria universidade é dividida em disciplinas e departamentos, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes e fazeres.

Percebe-se que os acadêmicos têm interesse em trabalhar no SUS, seja por necessidade financeira ou como forma de adquirir experiência ou talvez pelo mercado de trabalho que hoje se torna cada vez mais competitivo, tendo como alternativa a conciliação do trabalho privado e público.

Por fim, foi possível observar que existe uma necessidade de mudança na formação acadêmica e o caminho se faz por meio da integração efetiva entre ensino-serviço, articulando políticas de educação e políticas de saúde, adequando os novos egressos às necessidades sociais da população.



Referências



7. REFERÊNCIAS

ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. *In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1982:100-17.

AERTS, D. *et al.* O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.179-182, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 225 p.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p.10, 4 mar. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.444, de 28/12/2000**. Diário Oficial da União 29/12/2000, seção 1, p. 85.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, nov. 2001-b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=258&Itemid=>>. Acesso em: 12/04/2012.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In: Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-182, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discourse among dentists within the Family Healthcare Program: crisis and change of habitus within public health. **Interface (Botucatu)**, v.12, n.24, p.153-67, 2008.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de Recursos Humanos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis. v.32, n.2, p. 49-59, 2003.

CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União, Brasília**, 4 mar. 2002. s. 1, p. 10.

COSTA, S. M; NETO, J.F.R.; DURÃES,S.J.A. Educação em saúde: análise e reflexão das práticas educativas na Odontologia. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.7, n.1, p. 78-86, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002 p. 306.

FINKLER, M ; CAETANO, J.C; RAMOS,F.R.S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciênc Saúde Colet**, v.16, n.11, p.4481-4492, 2011.

FRAZÃO, P; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde Debate**, v.33, n.81, p.64-71, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

GONTIJO, L. P. T. **A Saúde Bucal Coletiva na visão do estudante de odontologia**: estudo de uma experiência. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública** [online], v.44, n.3, p.383-393, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 269p.

_____, M. C. S. *et al.* **Avaliação por Triangulação de Métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

_____, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 185 p.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.

_____, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002. 120 p.

_____, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n.Esp, p.141-147, 2006.

_____, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes J. L. F., Peres M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p. 346-62.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: História de uma idéia e de um conceito. **Saúde Societ**, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

PALMIER , A. C. *et al.* Inserção do Aluno de Odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, Supl. 2, p.152-157, 2012.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc Saúde Colet**, v.11, n.1, p.105-114, 2006.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, 2004.

TRAJMAN, A *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.1, p.24-32, 2009.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p.247-266.

APÊNDICES



APÊNDICE A

CARTA PARA COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA



Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu*
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde



“Eu, José Cristiano Ramos Glória (Coordenador do Curso de Odontologia da UFVJM), declaro ter lido o projeto de pesquisa intitulado “*A Saúde Coletiva na formação do profissional em odontologia*”, que tem como objetivo cumprir com os requisitos exigidos no processo de formação do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que será realizado pela discente Patrícia Maria Lopes Rocha Corrêa, sob a orientação do professor Dr. Cezar Luiz de Mari e coorientação do Professor Dr. João Luiz de Miranda e que deverá ser realizado cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

José Cristiano Ramos Glória
Coordenador do Curso de Odontologia da UFVJM

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “A SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA”, que tem como objetivo cumprir com os requisitos exigidos no processo de formação do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que será realizada pela mestranda PATRÍCIA MARIA LOPES ROCHA CORRÊA, coordenada pela Professora Doutora LILIANE DA CONSOLAÇÃO CAMPOS RIBEIRO e Professor Doutor JOÃO LUIZ DE MIRANDA.

A sua participação não é obrigatória sendo que a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador e com a UFVJM. O objetivo desta pesquisa é: identificar a concepção dos acadêmicos de odontologia, matriculados no último ano do curso de uma instituição pública de ensino, acerca da abordagem sobre a saúde coletiva no processo ensino-aprendizagem e com vistas a sua inserção no Sistema Único de Saúde.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao seguinte procedimento: entrevista gravada com equipamento digital, guiada por um questionário semi-estruturado, que têm o intuito de captar a concepção dos acadêmicos do curso de odontologia sobre a saúde coletiva, bem como sua inserção no Sistema Único de Saúde. Esse procedimento será realizado pela pesquisadora em horário e local pré-agendados. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 30 minutos a 2 horas. O uso e o destino das informações colhidas durante a entrevista serão usados neste presente estudo e não serão utilizadas em outro projeto. As gravações serão mantidas em posse da pesquisadora e serão de livre acesso ao entrevistado, que poderá solicitá-las a qualquer tempo. Tais gravações serão mantidas em local que assegure a confidencialidade dos dados nelas contidos e, após a conclusão do trabalho de dissertação de mestrado, as mesmas serão apagadas. As entrevistas serão individuais e confidenciais, sendo realizadas em local reservado, resguardando a privacidade do indivíduo, preferencialmente dentro do consultório odontológico onde os acadêmicos estiverem realizando o estágio curricular obrigatório.

Por se tratar de um procedimento a ser realizado no campo de estágio curricular obrigatório da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, não haverá riscos a sua integridade física. Os riscos diretos relacionados à sua participação nessa pesquisa podem ser vinculados à sua identificação como entrevistado e ao conteúdo das informações prestadas, podendo acarretar em constrangimentos entre você e a pesquisadora.

Contudo, a fim de eliminar qualquer possibilidade de constrangimentos, a entrevista será realizada por uma única pesquisadora treinada e atenta para explicitar o anonimato e sigilo das informações e assim evitar qualquer imprevisto. Entretanto, os entrevistados poderão deixar de responder a qualquer pergunta quando não se sentirem a vontade ou sentir qualquer tipo de constrangimento. Nenhum dos entrevistados será identificado pelo nome ou apelido. Para operacionalização da pesquisa, serão utilizados os termos “A 01” para acadêmico 01e assim sucessivamente, garantindo o sigilo dos participantes. Ressalta-se que,

tanto os procedimentos de coleta de dados quanto os métodos para atenuar os riscos que a pesquisa poderá oferecer ao acadêmico, estão em consonância com Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº. 196, de 10 de outubro 1996, que trata dos cuidados éticos da pesquisa na área da saúde.

Espera-se com este estudo uma mudança do paradigma odontológico construído nos parâmetros tecnicistas e biologicistas, voltados para o indivíduo e não para a coletividade, para a necessidade de um dentista generalista, com formação político social, respaldados e legitimados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, que esteja preparado para trabalhar no SUS, ampliando seus conhecimentos para toda a comunidade e não somente no consultório odontológico.

Dessa forma, o estudo poderá contribuir para a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e autônomos, capazes de responder às demandas de saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados e informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação.

A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Prof^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro
Endereço: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Rua da Glória, n. 187. Diamantina-MG
Telefone: (38) 3532-6000
Mestranda: Patrícia Maria Lopes Rocha Corrêa
Telefone: (38) 9962-2550

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38) 3532-1240 - Coordenadora Prof^a. Dr.^a Thais Peixoto Gaiad Machado;
Secretaria (Dione de Paula)

Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou cep@ufvjm.edu.br.

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ACADÊMICOS

Acadêmico (a):

Sexo:

Idade:

1- O que você entende por Saúde Coletiva?

2- Você tem interesse em trabalhar no setor público?

Por que?

3- Você acha que o seu curso te preparou para atuar no setor público (Estratégia Saúde da Família)?

Por que?