

ORGANIZADORAS

Cristine Maria Warmling | Fabiana Schneider Pires



# REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R314

Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho / Organizadoras Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-768-6

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.97686

1. Medicina e saúde. 2. Odontologia. 3. Educação. I. Warmling, Cristine Maria (Organizadora). II. Pires, Fabiana Schneider (Organizadora). III. Título.

CDD 610

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e saúde.

Jéssica Oliveira – Bibliotecária – CRB-034/2023

# 7

*Camilla Ferreira do Nascimento  
Fabiana Schneider Pires  
Cristine Maria Warmling*

## **O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO E AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NOS CENTROS DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA**

## INTRODUÇÃO

A organização de processos de trabalho, em sistemas desenhados para funcionarem compondo redes de saúde bucal, impôs modificações nos currículos dos cursos de odontologia. Tornando-se um desafio especial para as instituições de ensino odontológico, a incorporação de vivências e estágios, em serviços de atenção especializada, que contribuam nas reconfigurações das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do Sistema Único de Saúde (SUS) (WARMLING *et al.*, 2015).

No Brasil, em 2002, foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação de odontologia com o intuito de readequar a formação dos profissionais (BRASIL, 2002), atualizadas recentemente (BRASIL, 2021). O destaque para as atividades de Integração Ensino-Serviço sinaliza mudanças paradigmáticas na formação profissional, com foco em atividades que promovam capacidade crítica, o aprendizado do trabalhar em equipe e de valorização do contexto social nos encaminhamentos e procedimentos clínicos. A preparação para/e no trabalho exige cada vez mais competências para a resolução de problemas concretos e inesperados (ZILBOVICIUS, 2011).

A formação do cirurgião-dentista passou a contemplar com mais força o SUS, com o objetivo de preparar para o trabalho, nos diferentes níveis de atenção, um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência. Para isso, houve necessidade de ampliação da carga horária dos estágios curriculares supervisionados e do caráter de inserção e integração na rede de serviços do SUS, tanto ao nível de Atenção Primária à Saúde (APS) como também nos serviços especializados, hospitalares e de gestão nos cursos de Odontologia (WARMLING *et al.*, 2011; WARMLING *et al.*, 2015).

Neste momento, com mais de 18 anos de publicação das diretrizes curriculares e de investimentos importantes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), os questionamentos direcionam-se para pensar

## SUMÁRIO



se as mudanças nas trajetórias dos cursos de odontologia traduzem as macropolíticas construídas no país. Ou, como as vivências, nos campos de estágios, e em especial na atenção especializada, produzem significados aos estudantes sobre o modo e competências do trabalho em redes de atenção, tais como o uso dos protocolos, o trabalho em equipe, a mobilização de saberes, as implicações, responsabilizações e as habilidades de comunicação (NASCIMENTO, 2017; 2018).

### Redes de atenção e de ensino na saúde

A criação do SUS, há mais de 25 anos, representou um processo de desenvolvimento e qualificação da atenção à saúde pública no Brasil. Entretanto, a persistente fragmentação das ações e dos serviços de saúde é um problema relevante que impede que o sistema cumpra com o princípio constitucional da integralidade (PAIM *et al.*, 2011). Trata-se de um contexto que aumenta a importância de se implementar modelos de planejamento em saúde que visem a integração dos sistemas de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010).

As RAS são compostas por um conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções, graus de incorporação tecnológica e fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos são definidos por protocolos, controlados nas centrais de regulação de vagas e de marcação de consultas. A perspectiva é a de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da gestão de complexas redes de cuidado institucionais, operadas pelos processos formais de referência e contrarreferência, os quais propiciem a circulação adequada e otimizada das pessoas nos serviços de saúde com densidades tecnológicas diferentes, mas complementares entre si (MENDES, 2010).

Na década de 1990, não só o Brasil, mas outros países, dentre eles o Reino Unido, já enfatizavam a importância de políticas de organização de redes regionalizadas de saúde, com o objetivo de pensar o

## SUMÁRIO

planejamento em saúde vislumbrando a materialização das conexões entre ações e serviços de saúde (CONIL; FAUSTO, 2012). Nos Estados Unidos, também neste período, foram implantados sistemas integrados de saúde que se organizavam com o objetivo de prover de forma transparente a coordenação dos serviços de saúde para uma população definida, com responsabilidade por cumprir resultados sanitários de modo a melhorar o nível de saúde da população (SHORTELL *et al.*, 1996).

Alguns países da Europa, assim como o Canadá enfrentaram problemas na fragmentação dos serviços de saúde, e, como forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade da assistência, desenvolveram experiências de integração horizontal e vertical entre médicos de família e centros de enfermagem (LEAT; PINK; NAYLOR, 1996). A integração da atenção à saúde se tornou uma prioridade para vários países, especialmente para enfrentar os problemas das doenças crônicas.

No Brasil, os sistemas e serviços de saúde foram construídos historicamente para atender prioritariamente às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, destinada a funcionar sob pressão, e com o objetivo de curar os doentes. No entanto, transformações demográficas e epidemiológicas mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde, que passaram a ser constituídos, predominantemente, pelas condições crônicas, impondo um processo de trabalho com características distintas daquele que respondia aos agravos agudos (MENDES, 2010).

O desafio de um sistema modelado em rede está em superar a ideia da pirâmide como opção esquemática tradicionalmente usada para explicar a organização dos sistemas de saúde. A figura da rede, por outro lado, enfatiza o modo como as relações entre os serviços se estabelecem, ou seja, um modelo pelo qual as conexões entre os pontos sejam mais horizontalizadas, e não excessivamente verticalizadas e hierarquizadas como sugere o modelo em pirâmide (CECÍLIO, 2009).

## SUMÁRIO

O modelo de conexões rígidas e burocráticas não mais funciona para sistemas de alta complexidade como são os que se apresentam na sociedade atual. A burocracia é considerada estática, hierárquica e segmentada, tornando-se incapaz de preencher as exigências de hoje. O princípio da rede é, em si, o princípio da conexão flexível e ainda mais livre de partes do sistema que são independentes umas das outras, mas integram funções e participam do processo em conjunto (WEBER, 2008).

As relações horizontalizadas entre os serviços diversos passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados, e como canais permanentes de comunicação. A atenção primária deve ser a responsável pela comunicação e articulação do cuidado contínuo, com potencial de estabelecimento de vínculo e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. No entanto, reforça-se a necessidade de incorporação e articulação aos demais serviços componentes da rede de atenção à saúde, como os serviços de atenção secundária e terciária, já que estes são essenciais para promover uma atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). As várias lógicas de gestão do cuidado, a partir das novas configurações em rede, exigem que os múltiplos atores, que compõem o sistema, assumam em conjunto as responsabilidades pelo cuidado, interpenetrando as várias dimensões do cuidado, a fim de garantir a integralidade (CECÍLIO, 2009).

Deve existir uma interdependência dos atores e organizações envolvidas, pois nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos, interesses ou competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (SILVA, 2011).

O modelo proposto pela política pública brasileira descreve que *a governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede*. Trata-se de uma construção inovadora no âmbito do SUS, e profundamente coerente com a condição de singularidade do sistema de saúde brasileiro. É importante desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de

## SUMÁRIO

uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas em âmbito local e regional (BRASIL, 2011, p. 13).

Novos formatos de gestão, planejamento e organização dos serviços de saúde em rede produzem modificações nas formas de trabalho e de comunicação entre os níveis de atenção. Os profissionais, na configuração do trabalho de saúde em rede, estão inseridos em equipes multiprofissionais, devendo articular saberes interdisciplinares e realizar ações intersetoriais para oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada. O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes, e expressa também a ideia de múltiplas conexões nas relações dos trabalhadores a partir do ambiente de produção (FRANCO, MERHY, 2012; BRASIL, 2004a).

Mais do que possuir informação, é importante saber onde obtê-la. O saber e o saber-fazer de um profissional não se situam somente nos seus próprios recursos, mas o trabalhador deve aprender a mobilizar na hora certa e da maneira adequada o saber-fazer nas suas próprias redes profissionais e pessoais. A qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento exige a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar dos atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados e o desenvolvimento do trabalho em equipe (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; BRASIL, 2009).

Um importante pressuposto para desenvolver competências e habilidades para as configurações, que se impõem aos sistemas de saúde organizados em redes, é a diminuição do distanciamento entre os espaços de ensino e de serviço ou de trabalho (FEUERWERKER, 2003). Não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando a possibilidade de problematização sobre a realidade da produção de cuidados, a necessidade de transformações do modelo assistencial, e, tendo como objetivo central, as necessidades dos usuários.



## SUMÁRIO

Diante deste cenário, nos últimos tempos, no Brasil, vêm sendo publicadas e operacionalizadas diversas portarias e diretrizes nacionais buscando a aproximação do campo da saúde/trabalho ao campo da educação. Dentre elas, podem se destacar alguns programas que foram estruturados para promover mudanças institucionais, tais como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS (BRASIL, 2008; 2005). O objetivo é incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Tem-se, como eixo central, a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, desde o início de sua formação.

Espaços pedagógicos de formação também são produzidos no interior dos serviços envolvendo sujeitos / trabalhadores / estudantes nos processos de trabalho e de gestão. A educação permanente é um exemplo de movimento técnico-político-pedagógico construído pelo setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, entre a docência e a atenção à saúde ao considerar problemas, saberes e experiências do cotidiano do trabalho na saúde (CECCIM, 2005).

### **A organização da atenção odontológica especializada nas RASBs do SUS**

No ano de 2003, dados epidemiológicos sobre as condições da saúde bucal da população brasileira apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para as desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços odontológicos e para a existência de grande número de idosos edêntulos. Também detectaram um baixo número de procedimentos odontológicos especializados, evidenciando grande desproporção entre oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados. Esta realidade evidenciou a

## SUMÁRIO

necessidade da organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica (BRASIL, 2004).

O panorama negativo, nas condições de saúde bucal brasileiras, impulsionou os governos brasileiros, nos últimos dez anos, a investirem em políticas públicas para o enfrentamento dos problemas. A opção política por ampliar investimentos nas Redes de Atenção de Saúde Bucal (RASB) levou o país a construir o que se considera, na atualidade, uma das maiores políticas públicas mundiais de atenção odontológica: a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a). Suas diretrizes reorganizaram e qualificaram a saúde bucal nos diferentes níveis de atenção, em um trabalho em rede com ações inter-setoriais, e priorizando o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (SOARES, 2012; PUCCA JÚNIOR, 2009).

A ampliação do acesso aos serviços públicos de odontologia ocorreu principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O processo de ampliação e qualificação da saúde bucal no país impulsionou fortes mudanças no modelo assistencial odontológico, antes restrito à atenção de escolares, direcionando-o para um sistema de oferta de serviços universal e equitativo, pautados nos princípios e diretrizes do SUS (PUCCA JÚNIOR, 2009).

O CEO se configura como uma das estratégias inovadoras de investimento da PNSB nas RASB, para a ampliação do acesso à atenção odontológica no nível secundário de densidade tecnológica. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a atenção primária, e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional. Devem ofertar minimamente especialidades nas ênfases de periodontia, endodontia, atendimento de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006).

## SUMÁRIO

Outro fator relevante é a construção de protocolos de referência bem definidos, que contribuem para uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos no CEO, além de qualificar o preenchimento das referências e contrarreferências. Os fluxos devem levar a ações resolutivas pelas equipes de saúde, centrados no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o usuário parte do serviço em seu andamento (FRANCO; MERHY, 2012).

**Da qualificação às competências: o agir profissional**

O conceito de competência é tradicional ao campo da educação, revestindo-se de significados de acordo com os domínios disciplinares e diversidades de abordagens que se empregam para a análise. As contribuições mais utilizadas, na compreensão do conceito de competência na esfera da formação em saúde, são provenientes das áreas da psicologia, das ciências da educação e da sociologia do trabalho (PIRES, 1997). Com o intuito não de uma revisão exaustiva, mas para a compreensão da diversidade de concepções que embasam o conceito das competências profissionais, destacam-se as correntes behaviorista, cognitiva, construtivista e humanista.

A corrente teórica behaviorista está fortemente marcada por uma visão positivista da realidade, que valoriza os aspectos observáveis das competências (desempenho), e enfatiza o potencial e os atributos do sujeito. A competência se expressa nos comportamentos e em situações específicas, que podem ser observáveis e mensuráveis (SANTOS, 2011). A abordagem considera a competência como um somatório de comportamentos distintos, não valorizando os processos coletivos e seus efeitos no desempenho. No campo da educação, a teoria behaviorista foi consolidada pelo tecnicismo, traduzido pelos métodos de ensino programado e da tecnologia de ensino (SANTOS, 2011). Ainda nos dias de hoje, a formação e o trabalho em saúde

## SUMÁRIO

parecem seguir essa corrente teórica, voltada para o modelo biomédico de assistência à saúde, valorizando o saber formal, e com foco no desempenho dos trabalhadores.

Contraopondo-se ao modelo centrado no desempenho humano, as correntes cognitiva e construtivista são marcadas pelo contributo de Piaget sobre o desenvolvimento humano. Trazem uma compreensão de competência pautada na mobilização de instrumentos cognitivos, onde os conhecimentos são construídos ativamente pelo sujeito que articula a sua experiência com os conhecimentos já adquiridos. Levam em consideração as crenças e percepções do indivíduo no processo de apreensão da realidade (DIAS, 2010).

Na corrente humanista, valoriza-se a dimensão subjetiva da atividade humana, e defende-se que cada pessoa experiencia e constrói uma perspectiva de mundo, a partir da sua interpretação pessoal. As dimensões afetivas e relacionais da aprendizagem passam a ser valorizadas, defendendo a centralidade da pessoa e de suas subjetividades. Outro aspecto relevante é a necessidade de se colocar o sujeito da aprendizagem em contato com situações experimentais, para que, na prática, este consiga promover sua aprendizagem, participando ativamente de sua formação cultural (PIRES, 1997).

A conceituação de competência é formalmente caracterizada como *uma capacidade de agir eficazmente, num determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem se limitar a eles*. Ou seja, ela ocorre a partir da mobilização de um conjunto de recursos cognitivos na busca de soluções para as situações de trabalho que se apresentam: saberes, capacidades e informações (PERRENOUD, 1999). Aproveitando-se do aporte do campo da sociologia do trabalho, destacam-se aqui as contribuições aos debates sobre a transição do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. A partir da década de 1980, os novos paradigmas de produção exigiram atitudes e conhecimentos diferentes das qualificações normalmente requeridas no modelo taylorista-fordista de organização

## SUMÁRIO

do trabalho. Além disso, a criação dos trabalhadores multifuncionais também significou uma ameaça ao saber profissional dos operários qualificados (RAMOS, 2011).

A adequação do conceito de qualificação para o de competência expressa maior valorização da capacidade potencial em relação à capacidade real do trabalhador. Preconiza-se um resgate da autonomia dos trabalhadores, fazendo com que se envolvam subjetivamente com os saberes que organizam as atividades de trabalho. Nas novas exigências do mundo do trabalho, modelos de ensino que se aproximem das necessidades reais das empresas aumentam a capacitação dos trabalhadores e suas chances de emprego. A noção de competência não substitui o conceito de qualificação, mas nega algumas de suas dimensões, reafirmando outras. O deslocamento conceitual da qualificação para a competência estabelece lugar de destaque aos saberes tácitos e sociais em detrimento dos saberes formais (RAMOS, 2011).

Neste sentido, a organização por competência, nos currículos da área da saúde, indica a inserção precoce dos estudantes em cenários de prática profissional, permitindo o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio do campo profissional. O que pressupõe, nas novas organizações curriculares, uma estreita parceria entre a universidade e os serviços de saúde, uma vez que se acredita que é pela problematização e teorização das situações da prática cotidiana que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem. A condução dos currículos por competência alinha metodologias de ensino-aprendizagem, práticas pedagógicas, contextos e cenários de conhecimento, métodos de avaliação e atividades de pesquisa com esse princípio de orientação curricular (SANTOS, 2011; BRAID *et al.*, 2012).

A definição de competência profissional ainda se centra demasiadamente na capacidade individual do profissional em adquirir conhecimentos, protocolos e técnicas. Ou, enfatiza-se com frequência na concepção de competência o desenvolvimento, por parte do trabalhador, de habilidades de associação entre: o conhecimento e a prática,

o individual e o coletivo, o visível (o trabalho) e o invisível (o emocional), a responsabilidade social e a prática profissional etc. (FERNANDEZ; DORY; STE-MARIE, 2012).

O termo agir em competência é usado para explicar a articulação entre as dimensões experimental e conceitual de saberes em ação. Saberes-fazer (atitude, comportamento e saberes tácitos), provenientes da experiência individual ou coletiva, obtidos na história dos trabalhadores, situam-se lado a lado, em termos de importância, dos saberes teóricos (SCHWARTZ, 2007; LE BOTERF, 2003).

Há algum tempo se tem observado que a mudança dos modelos technoassistenciais em saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Ou seja, esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força, do mercado na saúde, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota para o seu cotidiano (FRANCO; MERHY, 2012). O agir na saúde, que se verifica no âmbito da micropolítica, traz consigo a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os vários elementos que compõem o modo de produção do cuidado. O termo trabalho vivo caracteriza o trabalho em ato, no seu exato momento de produção e criação, portanto, se realiza na atividade do trabalhador. Concretiza-se enquanto o trabalho é executado, ou seja, na relação do trabalhador com os outros e com os usuários (FRANCO; MERHY, 2012).

O profissional que age com competência é aquele que sabe agir com pertinência, e vai além do que lhe é prescrito. Mobiliza saberes e conhecimentos em um contexto profissional, integra saberes múltiplos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades, e adapta as tarefas aos distintos contextos de trabalho. Aprende a aprender, e envolve-se tanto de forma objetiva como subjetiva (LE BOTERF, 2003; COSTA; ARAÚJO, 2011). Avaliar se um profissional é competente é

## S U M Á R I O



## SUMÁRIO

avaliar a prática a que ele recorre para interpretar as prescrições de um trabalho. Uma prática não corresponde, ponto por ponto, a uma prescrição. Dessa forma, esta reduzir-se-ia a uma simples execução de orientações e de normas.

O conceito do agir em competência, dada a dificuldade de articular todas as dimensões heterogêneas da experiência humana na atividade do trabalho, auxilia na compreensão dos elementos envolvidos no ato de trabalhar e tornar-se profissional. Neste processo, há uma série de ingredientes que se articulam entre si e nas situações de trabalho: a apropriação de certo número de normas antecedentes, que estruturam a situação de trabalho (protocolos); o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de inédito e a capacidade de gerir o inédito quando a pessoa é remetida a tomar decisões; motivação para o trabalho; respeito aos valores técnicos e o trabalho em equipe (SCHWARTZ, 2007).

Na emergência de sistemas de atenção à saúde configurados como redes e as consequentes alterações nas dinâmicas de trabalho e de ensino, em que a ênfase nos conteúdos formais (qualificação) passa a ser substituída pela importância do saber/fazer (competência) do trabalhador, de que modo ou com quais desafios as instituições de ensino superior adéquam-se para propiciar aprendizagens que partam dos ambientes e realidades de trabalho? Ou melhor, como o serviço está se constituindo enquanto rede de integração da atenção com o ensino na área da saúde?

### **O agir profissional e o papel do estágio curricular supervisionado na formação em odontologia**

Pode-se afirmar que as DCN dos cursos de odontologia, que absorvem essas novas concepções sociais de competência para o trabalho, preveem e propõem um certo deslocamento do eixo de formação

## SUMÁRIO

voltado apenas para a assistência individual, para um processo de formação que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Os cursos devem capacitar os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população, estimulando uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Por um lado, ainda se centram demasiadamente em evidenciar competências e habilidades gerais, na forma de lista de aquisições a serem desenvolvidas durante a formação profissional: “atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além da educação permanente” (BRASIL, 2002, p. 1). Avançam ao redefinir a importância dos estágios curriculares supervisionados, nos percursos de formação do cirurgião-dentista, como forma de aproximação das situações de trabalho e o desenvolvimento de competências para tal (BRASIL, 2002).

Na formação em odontologia, o estágio representa uma ferramenta de formação e de integração do estudante com a realidade social (WARMLING, 2015). O aluno pode desempenhar a prática de estágio por meio da ação multiprofissional em serviços assistenciais públicos e privados (SCAVUZZI *et al.*, 2015). A importância da aproximação com a comunidade, para além das fronteiras físicas da instituição formadora, é apontada pela literatura como extremamente produtiva para o ensino-aprendizagem (ZILBOVICIUS, 2007, WERNECK *et al.*, 2010). Entretanto, ao se avaliar as mudanças que têm ocorrido nos cenários de práticas utilizadas pelos cursos de odontologia no Brasil, os dados demonstram que ainda a maior parte dos cursos de odontologia acontece no interior da própria Instituição de Ensino (ZILBOVICIUS, 2007).

A seguir, as características essenciais de uma proposta de inovação curricular: a organização curricular em módulos integrados, baseados em problemas extraídos da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; prática nos serviços, interação com a comunidade desde o início do curso e avaliação permanente do processo (FEUERWERKER, 2003). Atividades fora dos espaços institucionalizados



## SUMÁRIO

da universidade devem ser tratadas enquanto elementos constituidores de qualquer currículo atual de odontologia (AYERS *et al.*, 2003).

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem é instrumento de facilitação da integração à realidade social, às políticas sociais e ao SUS. Estas experiências atuam como instrumento de contextualização da aprendizagem, de problematização, de ampliação de habilidades de negociação para decisões coletivas e para a participação exercendo cidadania (FEUERWERKER, 2003).

Ao realizar uma atividade docente-assistencial, fora do ambiente acadêmico, os alunos são levados até a realidade daquela população, aproximando-se de seu contexto sociocultural, o que permite a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística e sistêmica da vida. Essa experiência prática de ensino-aprendizagem permite uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica (OLIVEIRA *et al.*, 2005, p.137).

## REFERÊNCIAS

AYERS, C. S. *et al.* A comparison of private and public dental students' perceptions of extramural programming. **J Dent Educ.**, San Diego, v. 67, n. 4, p. 412-417, 2003.

BRAID, L. M. C.; MACHADO M. F. A. S.; ARANHA A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

## SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ed. 115, p. 77, 2021 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299> Acesso em 11 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 68 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/ MEC nº 2.101**, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União 2005; 4 nov.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 599**, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial Nº 1.802**, 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 2008; 27 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde**: a política e suas ações. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 7 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em: 03 jan. 2019.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 161-8, 2005.

S U M Á R I O

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 545-55, 2009.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciên. Saúde Colet.**, v. 16 (Supl.1), p. 1181-9, 2011.

DIAS, I. S. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. **Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, v. 14, n. 1, p. 73-78, 2010.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FERNANDEZ N., DORY V., STE-MARIE L. G., Chaput M., Charlin B., Boucher A. Varying conceptions of competence: Analysis of how health Sciences educators define competence. **Med. Educ.** v. 46, n. 4, p. 357-365, 2012.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 151- 163, 2012.

LE BOTERF, G **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.

LEAT, P.; PINK, G. H.; NAYLOR, C. D. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? **Canadian Medical Association Journal**, v. 154, n. 6, p. 803-809, 1996.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

NASCIMENTO, C. F. do **O estágio curricular supervisionado e o ensino-aprendizagem de competências profissionais para a atenção odontológica especializada em redes de saúde**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/158669> Acesso em 11 jun 2023.

NASCIMENTO, C. F. do *et al.* O modelo organizacional em rede e a educação permanente em saúde. *In*: Cristine Maria Warmling; Luciana Marques; Roger dos Santos Rosa (organizadores). **O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas**. Editora Prismas, Curitiba, p. 51-66, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/240689> Acesso em 11 jun 2023.

## SUMÁRIO

- OLIVEIRA, C. *et al*. Projeto Huka-Katu: a FORP-USP no Parque Indígena no Xingu. **Revista da ABENO**, v. 5, n. 2, p. 135-139, 2005.
- PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–797, 2011.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al*. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 9-16, 2009.
- RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011, 320p.
- SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.
- SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In Schwartz, Y. e Durrive, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed. UFF, 2007.
- SHORTELL, S. M. *et al*. Remaking health care in America. **Hosp Health Netw.**, v. 70, n. 6, p. 43-48, 1996.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BRASIL). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 26, n. spe1, p. 94-102, 2012.
- WARMLING, C. M. *et al*. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 11, n. 2, dez. 2011.
- WARMLING, C. M. *et al*. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Rev. ABENO**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-16, abr./jun. 2015.
- WERNECK, M. A. F. *et al*. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.