UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

MARLÍVIA GONÇALVES DE CARVALHO WATANABE

**Mudanças curriculares no curso de Odontologia da Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do
Sistema Único de Saúde.**

Ribeirão Preto
2007

MARLÍVIA GONÇALVES DE CARVALHO WATANABE

**Mudanças curriculares no curso de Odontologia da Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do
Sistema Único de Saúde.**

Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Livre-Docente
junto ao Departamento de Clínica
Infantil, Odontologia Preventiva e
Social

Ribeirão Preto
2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Watanabe, Marlívia Gonçalves de Carvalho

Mudanças curriculares no curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto, 2007.

222 p.: il, 29,7 cm

Tese (Livre-docência) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. ensino superior, 2. odontologia, 3. serviços de saúde, 4. atenção à saúde.

*Ao Plauto, ao Bruno e ao Giovanni,
razões de tudo...*

*À minha mãe, **Marlene** e aos meus irmãos,
Giancarlo e **Gerson**, por tudo...*

*Ao meu pai, **Gerson**, saudades...*

*Às grandes amigas e incentivadoras
Marisa Semprini e Maria da Glória
Chiarello de Mattos, meu respeito, minha
admiração, minha gratidão...*

AGRADECIMENTOS

Ao companheiro Fernando Silveira e às companheiras Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava e Maria José Bistafa Pereira, por terem acreditado que seria possível...

Às Equipes de Saúde da Família, em especial aos profissionais do Núcleo de Saúde da Família 3, pelo “acolhimento” e pelo “cuidado”...

Às companheiras Janete Cinira Bregagnolo e Soraya Fernandes Mestriner e aos companheiros Wilson Mestriner Jr. e Dorival Gaspar, grande equipe...

Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, coordenadores dos Núcleos de Saúde da Família, pela colaboração constante...

Aos estudantes, pela disposição para o novo, para o diferente e pelo respeito que mostraram em todos os momentos, não só a nós, docentes, mas, principalmente, às equipes de saúde e aos usuários...

Este trabalho é resultado de uma construção coletiva. Meu papel foi organizar a memória e os registros dos fatos, do processo, das conquistas e dificuldades, bem como dos desafios ainda a serem enfrentados. Os protagonistas foram os dirigentes das instituições, os docentes dos diversos cursos e, principalmente, os profissionais das unidades de saúde da família e os estudantes.

RESUMO

WATANABE, M. G. C. Mudanças curriculares no curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2007. 222 f. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou muito em vários aspectos, desde a sua implantação. Porém, alguns desafios ainda necessitam ser superados. Entre eles, destacam-se a qualificação e formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, várias políticas públicas têm sido implementadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação direcionadas ao incentivo de mudanças curriculares no ensino superior em saúde, tendo como um dos eixos a diversificação dos cenários de prática e, conseqüentemente, a interação com os serviços de saúde do (SUS). Acompanhando esse movimento, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo desenvolveu uma reestruturação curricular, a qual iniciou-se em 1998 e foi implantada em 2004. Este trabalho teve como objetivo contextualizar, apresentar, e analisar as atividades curriculares desenvolvidas no curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com vistas à aproximação com os serviços de saúde do SUS. A opção feita pela unidade foi de aproximação com a Estratégia de Saúde da Família, já que esse modelo de atenção tem sido adotado como principal política pública de atenção primária em saúde no país. Assim, na nova estrutura curricular do curso foram implantadas atividades curriculares junto a equipes de saúde da família desde o primeiro ano, com duração e complexidade crescentes, visando o contato com a realidade social dos serviços de saúde, com o conceito ampliado de saúde, com o trabalho em equipe multiprofissional e exercício da interdisciplinaridade, e com o desenvolvimento de competências para o cuidado integral em saúde. Em decorrência da experiência vivida pode-se concluir que são aspectos importantes no processo de interação ensino/serviços de saúde: sensibilização do corpo docente da instituição de ensino para as mudanças internas necessárias para viabilizar o desenvolvimento de atividades fora dos muros da unidade; sensibilização dos dirigentes das instituições para a construção de parcerias que possam trazer benefícios tanto para o ensino, quanto para o serviço, mas principalmente, direta ou indiretamente, para a população; aproximação da academia à realidade dos serviços de saúde; construção conjunta academia/serviço de atividades a serem desenvolvidas, aproximando as necessidades de formação às da população assistida e à lógica da atenção; participação de docentes com perfil adequado para o desenvolvimento de atividades de ensino e assistência nos serviços de saúde; manutenção de canal permanente de articulação ensino/equipes de saúde/dirigentes institucionais; sensibilização contínua do corpo discente para as atividades desenvolvidas nos serviços, especialmente quanto ao compromisso e responsabilização frente aos profissionais e usuários; movimento conjunto da academia e do serviço no sentido de buscar soluções para as dificuldades estruturais das unidades de saúde para o acolhimento da participação de estudantes; manutenção das políticas públicas que motivem e favoreçam a formação superior em saúde adequada à realidade social do país.

Palavras-chave: Ensino Superior. Odontologia. Serviços de Saúde. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

WATANABE, M. G. C. Curricular changes in the Dentistry course at the University of Sao Paulo Ribeirao Preto School of Dentistry. A look toward an approach to National Health System (BR). 2007. 222 f. Thesis (Livre-Docência) – Ribeirao Preto School of Dentistry, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2007.

Since its implementation, the National Health System (NHS) has advanced in various aspects. However, some challenges are yet to be overcome, including health care professional qualification and formation. In this sense, various public policies have been implemented by the Health and Education Ministries to encourage curricular changes in superior health education. One of the guidelines for those changes is the diversification of practice settings, and, consequently, the interaction with NHS services. Following this movement, The University of Sao Paulo (USP) Ribeirao Preto School of Dentistry developed a curricular reform, which began in 1998 and was implemented in 2004. This study had the purpose to contextualize, present, and analyze the curricular activities developed in the Dentistry course at the USP Ribeirao Preto School of Dentistry, with the aim to approach NHS services. The unit chose to approach the Family Health Strategy, since this care model has been adopted as the main public primary health care policy in the country. Hence, in the new course curriculum structure, activities were implemented with family health teams since the first year, with increasing duration and complexity. The aim was to provide contact with the social reality of health services, considering the broadened health concept, with multiprofessional team work, practicing interdisciplinarity, and developing competencies for integral health care. As a result of the lived experience, it is concluded that the following are important aspects in the process of interaction between teaching and health care facilities: to sensitize faculty members toward the internal changes needed to develop activities out of the units' walls; to sensitize institution directors toward building partnerships that offer benefits to both teaching and health care, but mainly, directly or indirectly, to the population; to provide an approach of the academy to health service reality; to create, academy/health care facility together, the set of activities to be developed, so that educational needs approach the logic of health care as well as population needs; to have faculty members, with the appropriate profile, to participate in the development of teaching and health care activities at health care services; to maintain a permanent channel of articulation among teaching/health teams/institution directors; to continuously sensitize students toward the activities developed at health care services, especially considering commitment and responsibility toward the professionals and patients; to have a group movement of the academy and health care facility to seek solutions for the structural difficulties of the health unit and to welcome student participation; to maintain public policies that encourage and favor superior health formation adequate to the country's social reality.

Keywords: Superior Education. Dentistry. Health Services. Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL, Abril/2007.....	76
Figura 2 -	Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL, 1998/2006.....	82
Figura 3 -	Distritos de Saúde de Ribeirão Preto.....	141
Figura 4 -	Vista aérea do Município de Ribeirão, com destaque para o Distrito de Saúde Oeste.....	141
Figura 5 -	Vista aérea dos Núcleos de Saúde da Família no Distrito de Saúde Oeste.....	141
Figura 6 -	Vista aérea do Núcleo de Saúde da Família 3 e micro-áreas.....	142
Figura 7 -	Interação com a equipe.....	153
Figura 8 -	Novas pedagogias.....	153
Figura 9 -	Atividades em grupo (1).....	153
Figura 10 -	Territorialização (1).....	153
Figura 11 -	Territorialização (2).....	153
Figura 12 -	Aproximação com a população.....	153
Figura 13 -	Atividades em grupo (2).....	158
Figura 14 -	Novas pedagogias (2).....	158
Figura 15 -	Diagnóstico de Saúde (1).....	158
Figura 16 -	Diagnóstico de saúde (2).....	158
Figura 17 -	Domicílios sorteados para o levantamento das condições de saúde bucal na população do NSF 3.....	164
Figura 18 -	Levantamento epidemiológico (1).....	166

Figura 19 - Levantamento epidemiológico (2).....	166
Figura 20 - Exame bucal em domicílio.....	166
Figura 21 - Deslocamento até o NSF 3.....	166
Figura 22 - Deslocamento na área do NSF 3.....	166
Figura 23 - Lesão bucal observada em acamado.....	166
Figura 24 - Atividades de planejamento de ações com a equipe de saúde da família.....	172
Figura 25 - Atividades de promoção de saúde na unidade.....	172
Figura 26 - Atividades de promoção de saúde na área adstrita (1).....	172
Figura 27 - Atividades de atenção em saúde bucal dirigidas a famílias.....	172
Figura 28 - Visita Domiciliar.....	172
Figura 29 - Atividades reabilitadoras.....	172
Figura 30 - Avaliação dos estudantes das Disciplinas Programa Saúde da Família. FORP-USP, nov.2006/ jun 2007.....	180

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Recursos federais investidos em saúde bucal. Brasil, 2002 – 2006.....	49
Gráfico 2 -	Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica BRASIL – 2000/2006.....	68
Gráfico 3 -	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal - BRASIL - 2001 - Abril/2007.....	76
Gráfico 4 -	Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB - BRASIL - 2001 a Abril/2007.....	77
Gráfico 5 -	Evolução da cobertura do PSF, segundo regiões geográficas. Brasil, 1998-2004.....	83
Gráfico 6 -	Evolução da cobertura do PSF. Municípios agrupados segundo porte populacional. Brasil, 1998-2004.....	84
Gráfico 7 -	Evolução da cobertura do PSF. Municípios agrupados segundo faixa de renda. Brasil, 1998-2004.....	84
Gráfico 8 -	Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade por causas mal definidas segundo estratos de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.....	85
Gráfico 9 -	Taxa de Mortalidade infantil segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2003.....	86
Gráfico 10 -	Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.....	87
Gráfico 11 -	Taxa de Internações por AVC (por 10.000 hab.) segundo estratos de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.....	88
Gráfico 12 -	Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área.....	104

Gráfico 13 -	Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área e região do país.....	104
Gráfico 14 -	Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área e categoria administrativa da instituição de ensino.....	104
Gráfico 15 -	Cursos de graduação em saúde. Brasil, 2003.....	109
Gráfico 16 -	Incremento nos cursos de graduação em saúde. Brasil, 1995-2003.....	110
Gráfico 17 -	Incremento na oferta de vagas nos cursos de graduação em saúde. Brasil, 1995-2003.....	111
Gráfico 18 -	Egressos das graduações em saúde. Brasil, 2003.....	112
Gráfico 19 -	Egressos das graduações em saúde segundo regiões. Brasil, 2003.....	112
Gráfico 20 -	Egressos das graduações em saúde segundo dependência administrativa. Brasil, 2003.....	113
Gráfico 21 -	Cursos de graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.....	114
Gráfico 22 -	Vagas oferecidas na graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.....	115
Gráfico 23 -	Ingressantes na graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.....	115
Gráfico 24 -	Candidatos inscritos nos processo de seleção para a graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004...	116
Gráfico 25 -	Concluintes nos cursos de graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe.....	66
Tabela 2 -	Cursos inscritos e aprovados por área no Pró-Saúde.....	103
Tabela 3 -	Pretensões de trabalho dos concluintes de graduação em Odontologia. Brasil, 1998 a 2003.....	117
Tabela 4 -	Grau de interesse quanto à saúde coletiva dos concluintes de graduação em Odontologia. Brasil, 1998 a 2003.....	117
Tabela 5 -	Carga horária do curso de Odontologia da FORP-USP.....	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Competências definidas para as instâncias de governo para a gestão do SUS.....	33
Quadro 2 -	Atribuições dos profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.....	71
Quadro 3 -	Atribuições da Equipe de Saúde Bucal que atuam na Estratégia de Saúde da Família.....	74
Quadro 4 -	Documentos de referência na elaboração das DCN.....	94
Quadro 5 -	Trechos extraídos de relatórios de Conferências de Saúde.....	98
Quadro 6 -	Distribuição das atividades dos estudantes do curso de Odontologia da FORP-USP junto aos Núcleos de Saúde da Família da Área Básica do CES-FMRP-USP.....	143
Quadro 7 -	Organização das Disciplinas Programa saúde da Família da FORP-USP.....	143
Quadro 8 -	Cronograma de inserção dos estudantes do curso de Odontologia da FORP-USP junto aos Núcleos de Saúde da Família da Área Básica do CES-FMRP-USP.....	144
Quadro 9 -	Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família I.....	146
Quadro 10 -	Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família II.....	154
Quadro 11 -	Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família III e IV.....	159
Quadro 12 -	Famílias sorteadas na Micro-área nº. 1 para o levantamento das condições de saúde bucal do Núcleo de Saúde da Família 3.....	163
Quadro 13 -	Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família V.....	167

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABEn	Associação Brasileira de Ensino de Enfermagem
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSE-FMRP-USP	Centro de Saúde Escola da FMRP-USP
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENC	Exame Nacional de Cursos
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FORP-USP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
hab.	Habitante
IDA	Integração Docente-Assistencial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSF	Núcleos de Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB	Produto Interno Bruto
PPC	Projetos Pedagógicos dos Cursos
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UNI	Universidade em Integração com a Comunidade
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	20
2. Proposição.....	25
3. Contextualização.....	27
3.1. – A Política de Saúde no Brasil.....	28
3.2. – A Política de Saúde Bucal no Brasil.....	45
3.3. – O Programa Saúde da Família.....	50
3.4. – A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.....	69
3.4. – A Formação dos Profissionais de Saúde.....	89
3.5. – A Integração Ensino-Serviço.....	119
4. Apresentação e Análise.....	129
4.1. - As Mudanças Curriculares na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP.....	130
4.2. - A Diversificação dos Cenários de Prática na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP: integração ensino-serviço.....	145
5. Conclusões.....	182
Referências Bibliográficas.....	185
Anexos.....	195

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL 1988), foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de garantir assistência à saúde de toda a população brasileira. Desde então, vários avanços foram observados, principalmente no que diz respeito à descentralização e hierarquização dos serviços, enquanto alguns princípios ainda estão sendo consolidados, como a integralidade e a equidade, assim como se busca incessantemente a ampliação do acesso com o fortalecimento da atenção básica.

Com o objetivo de alterar o modelo de atenção em saúde predominante no país, considerado caro, ineficiente e distanciado das reais necessidades da população, com enfoque na atenção individual, especializada, mecanicista e procedimento-centrada, o Ministério da Saúde passa a assumir como estratégia o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF traz uma nova concepção de assistência centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, com práticas e ações voltadas para a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção de saúde, entre as ações de saúde pública e atenção médica individual, entre educação em saúde e assistência, com o trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional e com orientação intersetorial (BRASIL, 2000 d). Com a inserção da saúde bucal nessa estratégia, novos desafios foram apresentados para a área de alteração: do enfoque tradicionalmente dirigido a procedimentos cirúrgico-restauradores para a promoção da qualidade de vida em todos os aspectos (promoção em saúde, prevenção de doenças e reabilitação das pessoas); do trabalho caracteristicamente isolado para o trabalho em equipe multiprofissional e centrado na interdisciplinaridade; e, do enfoque no aspecto biológico da doença para um conceito ampliado de saúde.

Porém, para que as alterações necessárias para o fortalecimento e consolidação do SUS se efetivem, é imprescindível a participação de profissionais de saúde capazes de coordená-las, implementá-las e desenvolvê-las no dia-a-dia dos serviços de saúde. Nesse sentido, a conduta dos profissionais (agentes) não pode ser considerada uma reação mecânica

diretamente determinada pelas condições antecedentes e redutíveis a esquemas preestabelecidos como “modelos”, “normas” ou “protocolos de intervenção” ou meramente influenciados pela motivação econômica (CHAVES; SILVA, 2006).

Uma das áreas menos problematizadas até hoje na formulação de políticas do SUS é a da *formação*. De outro lado, na educação, como setor específico das políticas públicas, não se observa a discussão da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Hennington (2005) as discussões sobre ensino superior no país centram-se, atualmente, no papel plural da universidade, seus compromissos sociais e responsabilidade na formação do profissional cidadão, na solução dos grandes problemas brasileiros e na garantia da participação das populações como sujeitos do processo e também nos aspectos referentes à institucionalização da extensão nas instituições de ensino superior.

Alguns movimentos sociais recentes, especificamente na área da saúde, questionaram a responsabilidade social das universidades quanto à formação de profissionais adequados para a resolução das necessidades de saúde da população brasileira, desde o movimento de Reforma Sanitária, passando pela implantação do SUS e pelas Conferências Nacionais de Saúde, culminando, entre 2001 e 2002, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as profissões de saúde, as quais indicaram a necessidade clara de mudanças na graduação que transformassem a formação dos profissionais de saúde. Tal formação deveria contemplar o *sistema de saúde vigente no país*, o *trabalho em equipe* e a *atenção integral à saúde* (BRASIL, 2002 a). Observou-se que para se atingir a formação desejada e necessária, seria preciso, entre outras medidas, diversificar os cenários de aprendizagem, deslocando o eixo formador, centrado na assistência individual, geralmente prestada nos serviços universitários de saúde e por especialidades, para um processo

sintonizado com as necessidades sociais e na proposta de assistência integral e hierarquização das ações de saúde.

A excessiva especialização observada em alguns cursos da área da saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como uma das responsáveis pela elevação dos custos assistenciais.

Os esforços de aproximação do processo de ensino com os serviços de saúde não têm se sustentado, pois dependem, geralmente, da atitude idealista de docentes e estudantes, iniciativas que se tornam vulneráveis às conjunturas políticas locais. Da mesma maneira, a produção científica tem sido dirigida predominantemente aos aspectos mais especializados e de uso de alta tecnologia, em detrimento da pesquisa voltada à atenção básica (BRASIL, 2005b).

Neste contexto, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FORP-USP) iniciou um processo de mudança curricular em 1998 com a realização de diversos seminários para se discutir a situação em que se encontrava o ensino na instituição e as necessidades de alteração. No decorrer, foram publicadas as Diretrizes Nacionais Curriculares para a Odontologia, as quais passaram a ser contempladas no processo desde então.

A integração de conteúdos de disciplinas na atual estrutura curricular da FORP-USP foi considerada um dos pontos chave do processo de reestruturação vivido na Unidade. Nesse sentido, tal integração se efetivou entre as áreas básica/básica, profissionalizante/profissionalizante e básica/profissionalizante. No tocante às disciplinas profissionalizantes a inovação ocorreu com a extinção das práticas clínicas isoladas e a implantação dos conteúdos integradores, com grau de complexidade crescente, resultando nas diversas clínicas de formação distribuídas ao longo do curso.

Outra necessidade observada pela comunidade foi a de ultrapassar os muros da instituição, realizando atividades acadêmicas fora do ambiente universitário, para que os

estudantes pudessem vivenciar uma nova realidade, aproximando-os do contexto sócio-cultural, e que permitisse a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística e sistêmica da vida.

Vários questionamentos surgiram, então: como realizar esse movimento dentro de uma instituição de mais de 70 anos, com ensino considerado tradicional e completamente exercido dentro dos seus espaços; como construir esse novo caminho de interação com serviços que nunca haviam experimentado relações com a FORP-USP e muito pouco com a formação em Odontologia; como envolver os profissionais dos serviços, onde tradicionalmente a Odontologia foi desenvolvida de maneira isolada; como sensibilizar estudantes que, também tradicionalmente, possuem expectativas de exercício privado da profissão, mesmo com as dificuldades atuais de mercado; como assumir compromissos com os serviços tendo poucos docentes preparados ou sensíveis para tal desafio?

A opção feita pelo grupo que trabalhou nesse processo específico, foi a aproximação com a Estratégia de Saúde da Família, pela sua própria proposta de mudança do modelo de atenção em saúde e que contemplava as necessidades de formação identificadas e desejadas para o curso da FORP-USP.

Assim, esses desafios foram sendo vividos, alguns de forma mais intensa e difícil, alguns superados e outros ainda necessitando atenção e dedicação, e, como resultado foram estruturadas atividades desenvolvidas pelos estudantes, com duração e complexidade crescentes, em unidades de saúde da família do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto, ao longo de todo o curso e que possibilitam experiências de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, atenção integral à saúde com base em conceito ampliado de processo saúde-doença, produção do cuidado em saúde além da produção de procedimentos, e de aproximação da atenção individual com a coletiva, processo que se pretende apresentar neste trabalho.

Este trabalho tem como objetivo contextualizar, apresentar, e analisar as atividades curriculares desenvolvidas no curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, entre 2003 e 2007, com vistas à aproximação com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

3.1. Política de Saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde

As marcantes desigualdades econômicas e sociais que caracterizam a sociedade brasileira têm se refletido tanto nos quadros epidemiológicos, quanto nas condições de acesso às ações e serviços de saúde. O processo de redemocratização do País, na década de 80, desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2002b).

O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalidade do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar. (pág. 13)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 reafirmou os princípios da Reforma Sanitária e tornou-se um marco no fortalecimento do movimento, pois reuniu uma gama diversificada de atores sociais provenientes de todo o país. Desta experiência, o principal resultado foi a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, (BRASIL, 2002b; VASCONCELOS; PASCHE, 2006):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Para assegurar esse direito, foi criado, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e que foi regulamentado pelas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 (BRASIL, 1990a,b), denominadas Leis Orgânicas da Saúde, e que compõe sistema brasileiro de proteção social, juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), formando o tripé da seguridade social (BRASIL, 2002b; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988)

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006) o SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. Segundo os autores, seu objetivo é “coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais” e sua base jurídico-legal traz consigo uma concepção ampliada de saúde:

... que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de enfocar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. (pág. 532)

O sistema público, que oferecia assistência apenas à parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal (empregados com carteira de trabalho assinada e que contribuíam para o sistema de previdência social), passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, o qual incluía o movimento de restrição do gasto público (BRASIL, 2002b).

No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do país. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006 – pág. 533)

A base legal _ texto constitucional e leis ordinárias _ confere ao SUS princípios doutrinários e diretrizes organizativas que lhe dão direcionalidade e linhas de base para sua organização em todo o país. Entre os princípios destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade, os quais conferem legitimidade ao sistema, enquanto as diretrizes imprimem racionalidade ao seu funcionamento, principalmente a descentralização com comando único, a regionalização e a hierarquização dos serviços, e a participação comunitária. Esses princípios e essas diretrizes são caracterizados por Vasconcelos e Pasche (2006) da seguinte forma:

- a. *Universalidade*: assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema;
- b. *Integralidade*: pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades, que, por sua vez, pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos;
- c. *Equidade*: justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.
- d. *Descentralização*: com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, atribuindo ao município a responsabilização pela prestação direta da maioria dos serviços – base do sistema;
- e. *Regionalização e hierarquização*: distribuição de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais existentes no território, integrando redes assistenciais, com ordenação do sistema por níveis de atenção e estabelecimento de fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais freqüente.

- f. *Participação comunitária*: ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, e através da participação de colegiados de gestão nos serviços de saúde (os usuários têm assegurado 50% da representação e os restantes 50% devem contemplar os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e os gestores).

De acordo com os mesmos autores, a atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações de vigilância em saúde (ambiental, sanitária, epidemiológica e nutricional), assistência terapêutica, apoio diagnóstico e de terapia, formulação e execução de política de sangue e seus derivados, regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde, **regulação da formação de profissionais** (grifo meu), definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde e articulação intersetorial com outras áreas e órgãos governamentais para a promoção da saúde.

A magnitude e abrangência do sistema público de saúde existente e operante no Brasil podem ser constatadas por várias fontes. Para exemplificá-las, a Portaria nº. 399/2006 (BRASIL, 2006f) indica alguns dados:

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

Merece destaque, ainda, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), o fato de que os serviços do SUS são responsáveis pela atenção integral de mais de 140 milhões de brasileiros

e ainda oferecem serviços especializados aos cerca de 40 milhões cobertos por planos de saúde, em situações que estes não asseguram a prestação oportuna de serviços, como na maioria das situações de emergência e urgência.

As atribuições comuns e as competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS estão definidas na Lei nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990a). Quanto às primeiras constam: definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; organização e coordenação do sistema de informação em saúde; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; elaboração e atualização periódica do plano de saúde; participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente; elaborar normas

técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde; promover a articulação da política e dos planos de saúde; realizar pesquisas e estudos na área de saúde; definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária; fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. Para cada esfera foram definidas as competências apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Competências definidas para as instâncias de governo para a gestão do SUS.

NACIONAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) de vigilância sanitária. IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V - participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII - estabelecer normas e	I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde-SUS. III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e	I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

Continua

Continuação

NACIONAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
<p>executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;</p> <p>VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;</p> <p>IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;</p> <p>X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;</p> <p>XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</p> <p>XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;</p> <p>XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.</p> <p>XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;</p> <p>XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;</p>	<p>gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;</p> <p>XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;</p> <p>XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;</p> <p>XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.</p>	<p>VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;</p> <p>IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;</p> <p>XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;</p> <p>XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p>

Continua

Conclusão		
NACIONAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais; XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		

Fonte: Lei nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990a)

A Emenda Constitucional nº. 29 (BRASIL, 2000a) estipula as condições para o financiamento do SUS, estabelecendo que os Municípios e o Distrito Federal devem destinar 15% do produto da arrecadação de impostos para o sistema, o Estados 12% e a União o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento para o ano 2000 e, a partir de então, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

A execução dos recursos nacionais, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), já é majoritariamente realizada sob gestão dos municípios e estados. Os autores salientam que mais de 90% dos recursos do orçamento da União são transferidos de forma automática e regular (transferências fundo a fundo correspondente a envio eletrônico dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais), em parcelas mensais. Os

recursos de investimento (10%) ainda se mantêm atrelados a convênios e emendas parlamentares.

Avanços e desafios

A implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou crescente apoio político na década de 90, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde (BRASIL, 2002b).

O processo, em seu conjunto, tem apontado para uma importante reorganização dos serviços, segundo Gouveia e Palma (1999), possibilitado interessantes experiências em nível municipal, com forte impacto nos indicadores de saúde – não apenas pela vigorosa extensão de assistência médico-individual ocorrida em todo o país, mas também por nova qualidade nas ações voltadas ao coletivo/social. Tais experiências continuam a se espalhar por todo o país, ainda que em meio às dificuldades postas pela crônica falta de recursos e pela crise social que produz ainda mais doenças e aumenta em muito a demanda pelos serviços de saúde. Assim, em que pesem todas as dificuldades, o SUS constitui hoje a mais importante e avançada política social em curso no país. E seu caráter público, universal, igualitário e participativo é um interessante exemplo – em tempos de desmonte do setor público – de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado.

De acordo com Santos (2007) em poucos anos foi incluída a população antes excluída de todos os subsistemas de saúde existentes no país, correspondente a um terço do total. Isso ocorreu em relação à Atenção Básica, às ações de vigilância, à assistência de média e alta complexidade, num processo de intensa descentralização, com ênfase na municipalização. Verdadeira reforma democrática do Estado foi realizada pelo setor saúde, por meio da criação e do funcionamento de conselhos, dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo, das

comissões intergestores tripartite/bipartites e pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A direção única em cada esfera de Governo, a descentralização e a orientação para a ação por meio de Normas Operacionais pactuadas nas três esferas de governo e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde foram o carro-chefe desse processo.

Apesar das adversidades a partir de 1990, a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência. Um dos passos mais importantes para a universalização dos cuidados foi dado por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), no maior programa público e mundial de imunização, e no programa de controle da AIDS (Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida) mais eficaz do Terceiro Mundo e referência internacional (SANTOS, 2007; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Na opinião de Coelho (2007), em seus aspectos de vigilância à saúde – epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de agravos, etc. – não se pode concluir que o sistema seja ruim. Obviamente existem dificuldades, mas, ao contrário, a impressão geral é de que o sistema é satisfatório. Alguns aspectos preventivos são altamente eficientes.

Os brasileiros têm um dos melhores sistemas de vacinação infantil do mundo e esta tecnologia é tão bem dominada que poderia ser colocada a serviço de outros países, seja em caráter comercial, seja em caráter humanitário. No que tange a alguns serviços que se tem convencionado chamar alta complexidade, o SUS é também eficiente. O sistema de transplantes, alguns procedimentos cirúrgicos, determinadas propedêuticas complexas, tratamento do câncer, problemas renais, etc., embora devam ser permanentemente aperfeiçoados, são de fazer inveja a maioria dos países do primeiro mundo. (COELHO, 2007 - pág. 309)

O relatório apresentado pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2002b) discute os avanços e desafios na construção do SUS, e, entre os primeiros pode-se destacar os seguintes:

1. Descentralização da gestão (estadualização e municipalização) com criação das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites), fóruns de pactuação e geração de normas Operacionais Básicas pelas três esferas de governo, que além de conferir maior legitimidade e realismo às decisões, permitem maior velocidade nas respostas às demandas da população;
2. Criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde Nacional, estaduais e Municipais;
3. Criação e crescimento da modalidade de repasse fundo a fundo;
4. Criação e funcionamento de Conselhos de Saúde em todos os Estados, Distrito Federal e a grande maioria dos Municípios, em processo de pleno desenvolvimento e capacitação no exercício do controle social e da gestão participativa;
5. Fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente, os de Atenção Básica;
6. Aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase especial na Atenção Básica, por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), abrindo mais um espaço de mudança de modelo de atenção, que possibilita passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária;
7. Implementação, de maneira sistemática, de articulações e de ações intersetoriais visando à promoção e proteção da saúde;
8. Aumento da cobertura e início do processo de regulamentação dos transplantes de órgãos e tecidos;
9. Continuidade do desenvolvimento do controle da AIDS, política modelar entre os países não desenvolvidos;
10. Ampliação da cobertura vacinal, em parte pela estratégia dos dias nacionais de vacinação, e, em parte, pela expansão da rede de serviços;

11. Incremento da cobertura às gestantes e à infância, com diminuição regional da mortalidade materna e infantil, ainda que persistam níveis bastante insatisfatórios;
12. Elevação da capacidade de gestão pública, especialmente entre os municípios;
13. Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;
14. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
15. Início da implementação da diretriz constitucional da hierarquização/regionalização da assistência à saúde por meio do avanço na repactuação dos papéis das três esferas de Governo;
16. Início da implantação do Cartão SUS como instrumento de facilitação do acesso, de planejamento, avaliação e controle dos serviços médico-sanitários e de desenvolvimento do Sistema nacional de informações de Saúde;
17. Incorporação da Vigilância Sanitária na agenda Prioritária do SUS;
18. Reconhecimento dos acertos iniciais da regulação dos planos privados de saúde.

Quanto aos desafios a serem enfrentados o documento do CNS (BRASIL, 2002b) expressa os seguintes pontos que ainda necessitam ser trabalhados:

1. Construção da equidade;
2. Adequação da oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população;
3. Responsabilidades e atribuições na definição das necessidades da população por serviços do SUS
4. Efetivação do caráter de porta de entrada dos serviços de Atenção básica à saúde;
5. Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, segundo a racionalidade do SUS;
6. Investimento estratégico e utilização da capacidade instalada existente;

7. Reestruturação dos programas e projetos federais especiais;
8. Planejamento da oferta e remuneração dos serviços;
9. Financiamento e orçamentação
10. Reorientação da Política de Recursos Humanos do SUS;
11. Construção do SUS como expressão de saúde pública e sua responsabilidade regulatória.

O Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como “um conjunto de ações, individual ou coletivo, (...) voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006g), desenvolvido segundo os princípios norteadores da Atenção Primária em Saúde propostos por Starfield (2002): o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência e a coordenação.

Os movimentos de discussão em torno das medidas necessárias em defesa do SUS e para consolidação do sistema resultaram na aprovação, pelos gestores do sistema, do **PACTO PELA SAÚDE** 2006, o qual foi assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Tal documento traz o compromisso de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006f).

O contexto da orientação política dos últimos anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico sub-financiamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de terceirizações privatizantes e inconseqüentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos

princípios e diretrizes da *integralidade*, da *igualdade*, da *regionalização* e da *participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias*. Ao mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta. Há em curso duas realidades simultâneas: (a) o “*SUS que dá certo*”, que se configura em “ilhas” ou “nichos” e se evidencia no grande número de mostras de experiências municipais, regionais, estaduais de sucesso, e (b) a persistência das distorções apontadas (SANTOS, 2007).

O que vulnerabiliza o SUS frente à opinião pública, na opinião de Coelho (2007), é o acesso a medicamentos, procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares.

Santos (2007) propõe a tipologia a seguir, considerando *rumos adicionais desejáveis* (grifo do autor) sete eixos em torno dos quais deveriam ser agregadas questões estratégicas:

- Implementação concomitante e articulada dos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação social.
- Modelos de atenção com base nas necessidades e direitos da população.
- Modelos de gestão com base nas necessidades e direitos da população.
- Desenvolvimento de recursos humanos, de relações de trabalho, de educação permanente, com base nas necessidades e direitos da população.
- Relações público-privado, com clareza dos papéis de cada um, da convivência e da parceria.
- Financiamento.
- Participação social.

De acordo com Campos (2007) as forças interessadas no avanço do SUS estão obrigadas a enfrentar os obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde e lista algumas alternativas como meios para garantir esse movimento de mudança:

1. Estimular a constituição de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil.
2. Se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento.
3. A sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tivesse um grau importante de concomitância em todo o país.
4. Dentro dessa linha de mudança de modelos, há uma diretriz que, se adotada, teria grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização do Sistema. Trata-se da criação de mecanismos organizacionais, que torne clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde.
5. Outro projeto de reforma em andamento, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes, é o da estratégia de Saúde da Família. Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar matriculados em equipes de atenção primária.
6. Desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde.

Vale destacar, conforme Feuerwerker (2005), que ao mesmo tempo em que houve avanços na implementação do sistema público, também o subsistema privado, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de

legitimidade social e reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. Além disso, em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatorios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo). Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde. E, majoritariamente, assim continuam operando. As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Um exemplo desta interferência: as forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade. Mas não conseguiram transformar a lógica de distribuição dos recursos da saúde, que continuam fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), na qual estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. Em 2004, esse segmento concentrou 73% dos gastos em saúde, embora tenha sido responsável por um terço dos atendimentos. Ademais, esse segmento é remunerado a preços de mercado, ao contrário de tudo mais no sistema. Para complicar, atualmente não se pode dizer que continue existindo um movimento sanitário, como um movimento social organizado e militante. Existe, sim, um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das proposições originais da Reforma Sanitária. É no campo da saúde coletiva que se trabalham as idéias herdadas da reforma sanitária, cabendo aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo, em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria. (pág. 492)

Enfim, muitos foram os avanços alcançados em diversos aspectos, os quais não deixam dúvida para aqueles que acreditam no ideário que motivou a sociedade em busca da atenção à saúde que levasse todos a uma melhor qualidade de vida. No entanto, não se pode

deixar de reconhecer que muito ainda há para se fazer. Certamente, reconstruir um processo que perdurou por décadas levará, também, algumas delas.

... a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (CAMPOS, 2007 – pág. 306).

3.2. Política de Saúde Bucal no Brasil

A atenção em saúde bucal foi desenvolvida no Brasil acompanhando as políticas públicas de saúde, porém sob uma influência marcante do modelo de prática odontológica da escola norte-americana, ou seja, fortemente centrado na prática odontológica privada, individual, de baixa resolutividade e alto custo, e, portanto, excludente.

São reconhecidos vários movimentos próprios da área de saúde bucal na busca de estruturação de modelos assistenciais e ações programáticas que organizassem a prática pública odontológica (BRASIL, 2006g; NARVAI, 1994; OPAS, 2006; ZANETTI et al., 1996; PINTO, 1993). Entre eles destacam-se o Sistema incremental, dirigido aos escolares de 6 a 14 anos, com enfoque cirúrgico-reparador e objetivo de bloquear a evolução da cárie dentária ao proporcionar tratamento nas fases iniciais da doença, impedindo seu agravamento e evitando gastos futuros maiores. Na década de 70 cresce a influência da Odontologia Simplificada, que se caracterizou pela ênfase na promoção e prevenção em saúde bucal dirigidas às coletividades e pela simplificação e racionalização da prática odontológica. Posteriormente, inicia-se a discussão voltada para a busca de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico, com o desenvolvimento de programações centradas nas unidades básicas de saúde, inclusive com o desenvolvimento de ações preventivo-promocionais neste espaço.

Para Garrafa (1993), apesar de a odontologia haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica (especialmente a cárie e a doença periodontal), bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela.

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços

de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006g).

A partir 2000, com a forte expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), propõe-se, também para a saúde bucal, a alteração do modelo de atenção básica.

Em 2003, o recém empossado governo iniciou a elaboração de uma **Política Nacional de Saúde Bucal** com o objetivo de resgatar o “direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população”. O **Programa Brasil Sorridente**, nome popular dado à nova política governamental, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal (OPAS, 2006).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde publicou o documento **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2006g).

No âmbito da assistência, essas diretrizes (BRASIL, 2004b) apontam para a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, buscando a integralidade da atenção.

De acordo com o documento (BRASIL, 2004 – diretrizes), a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal deve se desenvolver tendo como pressupostos:

- Qualificação da atenção básica;
- Atenção básica articulada com toda a rede de serviços.;
- Integralidade nas ações de saúde bucal;
- Epidemiologia e informações sobre o território subsidiando o planejamento;
- Acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal;
- Atuação na vigilância à saúde;
- Incorporação da Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica;
- Definição de política de educação de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal;
- Estabelecimento de política de financiamento;
- Definição de agenda de pesquisa científica.

Os princípios norteadores das ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal, além daqueles referentes ao SUS, devem ser a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional. A reorientação do modelo de atenção também necessita adequar o processo de trabalho com base na interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, na integralidade da atenção, na intersetorialidade, na ampliação e qualificação da assistência e na garantia de condições de trabalho (BRASIL, 2004b).

É importante ressaltar que as ações de saúde bucal propostas na Política de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) devem estar integradas as ações de saúde desenvolvidas na unidade de saúde, ou seja, inseridas na estratégia planejada pela equipe de saúde. Dentre elas, estão destacadas:

- Ações de promoção e proteção de saúde visando à redução de fatores de risco á saúde das pessoas, desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo e compreendendo, entre outras, fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor.
- Ações de recuperação envolvendo o diagnóstico e o tratamento de doenças.
- Ações de reabilitação para recuperação parcial ou total das capacidade perdidas.

Para se atingir a ampliação e qualificação da atenção básica foram recomendados a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, a ampliação do acesso e a inclusão de procedimentos mais complexos e da reabilitação protética na atenção básica.

Quanto à atenção secundária e terciária, dados recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos desta natureza, a estratégia do Ministério da Saúde foi a implantação e/ou a melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica para, minimamente, procedimentos de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL, 2004b).

Até o mês de 2005 foram implantados 336 CEO em 268 municípios distribuídos em 25 estados e no Distrito Federal, tendo sido realizados nesses centros mais de 2,9 milhões de procedimentos especializados entre janeiro e outubro de 2005 (OPAS, 2006).

Com relação aos investimentos na área de saúde bucal, em 2003 houve um aumento de 46% em relação ao ano anterior, atingindo R\$ 84 milhões. Os recursos federais investidos continuaram aumentando, até que, para 2006 a previsão era de R\$ 545 milhões, como mostra o Gráfico 1 .

Gráfico 1 – Recursos federais investidos em saúde bucal. Brasil, 2002 – 2006.

3.3. O Programa Saúde da Família

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 visa aproximar os direitos sociais definidos em lei da efetiva capacidade de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. Por esse motivo, foram definidas como diretrizes do sistema a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade (BRASIL, 2000d).

Apesar dos avanços obtidos na consolidação do SUS, principalmente no que se refere à descentralização com efetiva municipalização da assistência, o modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática centrada nas ações desenvolvidas no ambiente hospitalar, no individualismo, na utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, em detrimento das ações de promoção da saúde em todas as suas dimensões (WORLD BANK, 1993; BRASIL, 2000d; ROSA; LABATE, 2005). Esse modelo, no entanto, é considerado “caro, ineficiente e desumano, que degrada a prática profissional e não atende às necessidades da população”. Nesse contexto, a rede básica de saúde perdeu seu potencial de resultados, tornando-se “acessória e desqualificada” (BRASIL, 2000d).

Campos (1997) conceitua modelo de atenção como “um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável”.

Como resposta a essa conjuntura o Ministério da Saúde assumiu, em 1994, a proposta de reorientação do modelo assistencial brasileiro na figura da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), apresentado como uma estratégia de mudanças no modelo assistencial ao

romper com o “comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade” (BRASIL, 2000d; ROSA; LABATE, 2005). Sua origem, no entanto, está na decisão do Ministério da Saúde de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil nas regiões Nordeste e Norte do país (SENNA, 2002; BRASIL, 2003). Considerado antecessor do PSF, o PACS trouxe alguns elementos que tiveram papel central na construção do novo programa: o enfoque na família, o agir preventivo sobre a demanda, a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde, eixo de ação deslocado da intervenção médica isolada e a busca pela integração efetiva com a comunidade (BRASIL, 2003d; ROSA; LABATE, 2005). Buscou-se, então, a partir da experiência exitosa do PACS, uma nova proposta que incorporasse novos profissionais para que os agentes não atuassem de forma isolada (ROSA; LABATE, 2005) e que reorganizasse a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social:

... contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.
(Brasil, 1997)

Paralelamente, o enfoque dirigido à família na organização de serviços de saúde já havia sido implementado em vários países, como Canadá, Reino Unido e Cuba, os quais serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (BRASIL, 2000d).

Weber (2006) traça um contraponto entre os princípios desse novo modelo de saúde no qual se baseia o PSF e os que marcaram o sistema e modelo de saúde anterior:

ANTERIOR	ATUAL
Compreensão de saúde como ausência de doença.	Saúde entendida como um direito de todo e qualquer cidadão, sendo um dever do Estado provê-la.
Atenção centrada no indivíduo.	Modelo de atenção à saúde se configura na concentração das ações no coletivo.
Hospital como serviço de saúde dominante, cuja posição é central na lógica do sistema.	Foco das ações e serviços ofertados visando a integralidade da atenção à saúde, o que inclui ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação.
Predomínio da intervenção do profissional médico.	Predomínio da intervenção de equipes multidisciplinares, entre outros.

Fonte: Weber (2006 - p. 100-101)

O PSF trata de uma nova concepção de assistência não mais centrada somente na doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção de saúde, entre as ações de saúde pública e atenção médica individual, entre práticas educativas e assistenciais:

... compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades...
(BRASIL, 2000d; pág. 317)

A Estratégia de Saúde da Família também assume uma concepção ampliada de saúde, a qual engloba “tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva”, por meio de um relacionamento mais estreito dos profissionais com a comunidade e do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (BRASIL, 2000d; LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996). Nesse sentido, Weber (2006) entende o PSF “como uma estratégia para conquista de qualidade de vida”.

Atuando na estratégia de saúde da família, a unidade básica de saúde deve ser a principal porta de entrada do sistema local de saúde e a integradora entre os vários níveis de atenção:

... funcionando adequadamente, de forma resolutive, oportuna e humanizada, [as unidade básicas de saúde] são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número de atendimento hospitalar. (BRASIL, 2000 d - pág. 316)

Outro papel importante da unidade de saúde que se pauta nos princípios dessa estratégia é o de promover a atuação conjunta com os setores de saneamento, educação, cultura, transporte, ação social, entre outros (BRASIL, 2000d), “ação intersetorial considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada” (BRASIL, 2003d). Na mesma publicação o Ministério da Saúde ressalta, ainda, o estímulo à organização dos sistemas locais, a aproximação dos serviços com sua própria realidade e o envolvimento dos atores sociais nessa mesma realidade, fortalecendo o controle social e a participação popular à medida que o programa se ampliou.

Uma aliança importante no cumprimento da missão da estratégia, segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2000d) é com a família, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, qualquer que seja sua constituição, pois os integrantes e suas formas são secundários aos propósitos do programa:

... pessoas aparentadas, que vivem, em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos, ou ainda, pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue ou por aliança. (WEBER, 2006 - pág. 136)

As definições de responsabilidade territorial (cada equipe de saúde da família é responsável pela atenção das famílias residentes em um território definido) e de adscrição de famílias possibilitam o resgate dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população (BRASIL, 2003d).

Draibe (1999), ao discutir o PSF enquanto estratégia que pode contribuir para o alcance de um dos princípios do SUS, o da equidade, considera a adscrição da clientela com

base no território e o enfoque na família duas das principais inovações, que podem refletir em um avanço do SUS, ou, pelo menos, “uma correção de suas insuficiências”.

Neste sentido Senna (2002) coloca, com base em Whitehead (1992), que:

... equidade refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas [...] e há um certo consenso de que são desnecessárias e injustas aquelas diferenças em saúde determinadas por exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; comportamentos que podem causar danos à saúde quando a liberdade de escolha do estilo de vida é restrita, entre outros aspectos. (pág. 206)

Outro aspecto que a autora ressalta como importante na Estratégia de Saúde da Família diz respeito à estratégia de visita domiciliar e de busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, que promove o acesso daqueles setores populacionais que vivem em situações especiais de risco, freqüentemente excluídos do sistema de saúde e ao mesmo tempo os mais vulneráveis (famílias com pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais intensos, envolvimento em atividades ilícitas, dependentes de drogas, com distúrbios mentais), os quais tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea (SENNA, 2002).

Uma discussão que tem acontecido entre aqueles que se aproximaram do PSF e que parece ter atingido consenso também na comunidade científica, é o entendimento de que “foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde”. Atualmente, alguns autores indicam o termo “estratégia” como o mais adequado, já que a proposta tem com base a organização da atenção primária, considerando um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (SALUM, 1999; ROSA; LABATE, 2005).

Cabe ressaltar, aqui, que assume-se o conceito de “Estratégia Saúde da Família” apesar de ser considerada a denominação Programa Saúde da Família, por ainda constar, inclusive, dos documentos oficiais.

Segundo Senna (2002), talvez pelo fato do PSF ter priorizado, inicialmente, áreas de risco, e/ou por ter surgido num contexto de crise e racionalização de gastos em saúde, e/ou pela “priorização” (grifo meu) de ações de prevenção e promoção da saúde, algumas análises iniciais o tenham considerado como uma “simplificação da atenção à saúde, um sistema de saúde pobre para os pobres”.

Porém, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2000d), ao priorizar a atenção básica, o PSF:

- não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão;
- não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis;
- não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos, racionalizando o uso e, conseqüentemente, democratizando o acesso.

Vasconcelos (1999) também chama atenção para este aspecto, ao afirmar que não se trata de “atendimento simplificado”, mas de “expansão da atenção primária”, incorporando práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas dos grupos vulneráveis da população.

De acordo com Salum (1999) a Estratégia de Saúde da Família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade, mas:

... não é, também, uma versão contemporânea da medicina simplificada, nem projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão [...] e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas. (pág. 6)

Calcado nos princípios da Reforma Sanitária, o PSF assume como foco a reorganização da atenção básica e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, e como missão a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema:

Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, o que justificou a decisão do Ministério da Saúde [...] de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial. (BRASIL, 2003d; pág. 114)

Para Weber (2006), trata-se de um dispositivo de biopolítica que “sintetiza o conjunto do regime de verdade instituído nas e pelos discursos constituintes do sistema público de saúde”. Segundo ele o PSF materializa o SUS, pois reúne, concentra, representa e propaga seu discurso paradigmático em ações e serviços de saúde com foco na atenção primária.

Assim, Rosa e Labate (2005) sintetizam a proposta que o PSF traz para a nova estruturação dos serviços de saúde:

... promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. (pág. 1032)

A Equipe de Saúde da Família

A reorganização da atenção à saúde implica numa reordenação da lógica de montagem das equipes de profissionais. Assim, a composição inicial constou de um médico de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os demais profissionais, como dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, por exemplo,

poderiam ser incorporados de acordo com as demandas e características e necessidades dos serviços locais de saúde (BRASIL, 2000 d; BRASIL, 2003).

Alguns requisitos foram impostos inicialmente para a contratação desses profissionais. O primeiro diz respeito à necessidade de todos os profissionais residirem no município onde atuam. O segundo trata da jornada de trabalho, fixada em 40 horas semanais, ou seja, em regime de dedicação integral. O terceiro, dirigido especificamente aos agentes comunitários de saúde, os quais devem residir nas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 2000d).

A equipe de saúde da família, constituída dessa maneira, seria responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 1.000 famílias ou 4.500 pessoas residentes no território adstrito à unidade de saúde (BRASIL, 2000d; BRASIL, 2003d).

Atualmente, segundo consta na Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006, a equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

A presença do agente comunitário de saúde no PSF torna-se característica estratégica na lógica desta política de saúde, que tem seus efeitos potencializados no fato deste profissional integrar a comunidade onde trabalha, conforme salienta Weber (2006):

O ACS não é um estranho na sua área de atuação. Pelo contrário, conhece em detalhes a população local. Conhece um pouco mais da vida de cada integrante que a compõe. (pág. 131)

Esta Portaria acrescenta às características do processo de trabalho na Atenção Básica as seguintes características do processo de trabalho da Saúde da Família:

-
- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
 - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
 - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
 - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
 - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
 - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
 - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
 - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
 - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Importante diferencial da estratégia é a nova concepção de trabalho, que propõe uma nova forma de vínculo entre os membros da equipe de saúde, o qual permite maior diversidade das ações e busca permanente de consenso, caracterizando a interdisciplinaridade, ao fugir da assistência baseada no positivismo biológico, questionando as certezas profissionais e estimulando a permanente comunicação horizontal entre os componentes da equipe. Para tanto, é necessário contar com profissional com características essenciais (BRASIL, 2000d):

- visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade,
- capacidade de atuar com criatividade e senso crítico,
- capacidade de desenvolver uma prática humanizada, competente e resolutiva,
- capacidade de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondem às reais necessidades da comunidade,
- capacidade de articular-se com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde,
- capacidade de interagir com a comunidade.

Rosa e Labate (2005) acrescentam, ainda, a necessidade dos profissionais estabelecerem vínculos de compromisso e responsabilidade com a população adscrita.

O trabalho em equipe tem sido considerado um dos pressupostos essenciais para a reorganização do processo de trabalho e conseqüente desenvolvimento de uma abordagem mais integral e resolutiva da atenção à saúde (BRASIL, 2001b) e requer, segundo Silva e Trad (2004), alta complexidade de saberes. De acordo com as autoras, “a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção da atenção integral”, ou seja, não é a mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho que irá garantir a atenção integral (SCHRAIBER et al, 1999). Aceitamos, então, o conceito apresentado por Fortuna et

al. (2005) que consideram o trabalho de equipe como possibilidade de “recomposição” (*grifo das autoras*) do trabalho em saúde na direção da interdisciplinaridade.

Utilizando os conceitos propostos por Campos (1997) de *Campo* e *Núcleo de Competência*, podemos considerar que o processo de trabalho e a produção do cuidado em saúde são resultados do desenvolvimento de atribuições exclusivas de cada especialidade ou profissão (*núcleo*) e, também, dos saberes comuns a várias especialidades ou profissões (*campo*) e que, no caso, referem-se à área da saúde. Segundo Franco e Merhy (2003):

Os diversos saberes se articulam em um emaranhado de saberes que, em relações intercessoras com os usuários, produzem o cuidado. (p.109)

Nesta linha de pensamento é preciso considerar, também, o componente da *interdisciplinaridade* na produção do cuidado em saúde. Em primeiro lugar, trata-se de uma questão de atitude, como afirmam Vilela e Mendes (2003), que leva a uma interação entre as várias profissões, com seus conhecimentos específicos, no qual cada uma em contato com a outra é, por sua vez, modificada e o resultado se traduz no cuidado que realmente influencia positivamente na qualidade de vida das pessoas. De acordo com Masetto (2006), o conceito de interdisciplinaridade nos permite esperar a produção de um conhecimento novo a partir de duas ou mais diferentes áreas de conhecimento que se integram para tal:

Se na multi ou pluridisciplinaridade as disciplinas mantêm suas especificidades e apenas se juntam para um olhar paralelo sobre um projeto [...], na interdisciplinaridade estes olhares paralelos se integram permitindo que um novo conhecimento se produza: um conhecimento que não se encontrava nem em uma, nem em outra disciplina isoladamente, mas que surge pelo embate e integração de aspectos de ciências diversas. (p.37)

O que une os profissionais das equipes é o projeto assistencial comum de atender com qualidade as necessidades dos usuários (SCHRAIBER et al, 1999). Porém, o trabalho da equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família vai além da mera divisão do trabalho para a realização de tarefas compartilhadas entre seus membros. De acordo com os autores, o

trabalho em equipe integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos tanto dos objetivos a serem alcançados, como da maneira mais adequada de atingi-los. Pedrosa e Teles (2001) complementam que a comunidade valoriza a integração e a ratifica participando na assistência.

...a integração entre os membros da equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe. Cada membro tem o seu papel no programa, e desempenhá-lo com dedicação torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe. O trabalho em equipe é muito importante para dispensar assistência integral ao paciente e família. Quando todos os membros conhecem as necessidades das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento. (Oliveira e Spiri, 2006 – p.733)

Pedrosa e Teles (2005) consideram que o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) só serão alcançados integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos, mediante a articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica. Nesse sentido, Ciampone e Peduzzi (2000) destacam que a articulação entre os diferentes profissionais refere-se à consideração de conexões e interfaces entre intervenções técnicas peculiares de cada área profissional.

Alguns estudos têm apontado dificuldades de desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF. Entre eles, destaca-se a manutenção da hierarquia entre profissionais e não-profissionais de saúde e entre os de nível universitário e médio de educação (PEDROSA; TELES, 2001; BASTOS, 2003), o que pode representar risco potencial de “engessamento” do trabalho coletivo em saúde (SILVA; TRAD, 2005).

Em pesquisa realizada por Pedrosa e Teles (2005) com membros de equipes de saúde da família em Teresina (PI), os temas que mais promoveram a segmentação entre grupos e subgrupos foram condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades. De forma

semelhante, Souza e Carvalho identificaram como fatores que prejudicam o trabalho em equipe os problemas sociais da comunidade, condições de trabalho precárias, conflitos internos e baixos salários.

Enfim, como colocam Fortuna et al. (2005), trabalho de equipe em saúde deve ser visto como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesse e desejos”, ou seja, “trabalhar em equipe equivale a se relacionar” (FORTUNA, 1999).

Entretanto, vive-se um momento em que o número de profissionais qualificados com esse perfil no país é insatisfatório. Ao mesmo tempo, não se pode conceber a atuação profissional em saúde que conduza a uma nova prática, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo de educação permanente dos recursos humanos que já atuam nos serviços de saúde (BRASIL, 2000d).

A consolidação do PSF, segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003d), estava condicionada à existência de profissionais capazes de desenvolver uma prática multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo processo de trabalho. Para enfrentar esse desafio, o Ministério da Saúde propôs, em 1997, a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa Saúde da Família.

Estes possuíam a missão de implementar processos de capacitação profissional destinados ao programa, envolvendo serviços e instituições de ensino estimulando-os a implantarem cursos de especialização e residência em Saúde da Família com vistas a essa nova realidade (BRASIL, 2000d). Foram instituídos 31 pólos, envolvendo 94 instituições de ensino no país (Brasil, 2005c).

Em 13 de fevereiro de 2004 foi publicada a Portaria nº 198/GM/MS a qual instituiu a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** como estratégia do Sistema Único

de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde seria efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como **Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**, composto por representação dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde, e das instituições de ensino (BRASIL, 2004d).

Os princípios da política de educação na saúde para o SUS eram (Brasil, 2005c):

- articulação entre Educação e Trabalho na Saúde (formação e mobilização de processos e práticas entre os coletivos de produção da saúde);
- mudança nas práticas de formação e nas práticas de saúde,
- articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social em Saúde;
- educação Permanente em Saúde.

Até fevereiro de 2005 havia 96 pólos instituídos no país, com o envolvimento de 236 instituições universitárias e 236 escolas técnicas (BRASIL, 2005c).

Uma das estratégias de ação, como parte dessa política, foi um novo incentivo ao desenvolvimento de cursos de especialização e residência em saúde da família, promovidos por intermédio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, os quais compreenderam 77 cursos, sendo 3.140 e 1378 vagas respectivamente. No mesmo sentido, foram oferecidas 56.460 vagas para formação de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005c).

Se é essencial profissionais dos serviços de saúde capazes de atuarem de acordo com o novo modelo de atenção proposto, não se pode deixar de implementar esforços direcionados à formação profissional em saúde.

Nesse aspecto Rosa e Labate (2005) salientam que a saúde da família resgata habilidades sufocadas pela tecnologia excessiva:

... se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia.[...] Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo “chamamento” do setor. (pág. 1032)

Inspirado na avaliação do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas - PROMED (BRASIL, 2002c), que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras, os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio de uma portaria interministerial, lançam a o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005c), iniciativa que visava a “aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família”. De acordo com o programa:

... o distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. (BRASIL, 2005c - pág.5)

É proposto, então, um sistema de incentivos às instituições de ensino superior que se dispusessem a participar da adequação da formação profissional para atender às necessidades da população brasileira:

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde. Além disso, que essa formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade e em todos os níveis do sistema. (BRASIL, 2005c - pág. 5)

Tal iniciativa incluiu as escolas de medicina, odontologia e enfermagem e os serviços de saúde da rede pública, “procurando favorecer a geração de perfis profissionais mais ajustados às perspectivas da atenção básica”. Foram consideradas as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para essas profissões, bem os mecanismos de avaliação do ensino superior estabelecidos (BRASIL, 2005b).

Esta iniciativa visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. Para a formulação desse programa, foi levada em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família e três cursos foram inicialmente contemplados: Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil (BRASIL, 2005b).

Foram enviados 185 projetos e 90 foram selecionados, sendo 38 cursos de graduação em medicina, 27 em enfermagem e 25 em Odontologia e o prazo para desenvolvimento dos mesmos é de três anos (HADDAD; MORITA, 2006).

O Financiamento

Uma das dificuldades enfrentadas no início da implantação do PSF foi a ausência de definições quanto ao seu financiamento, até então viabilizado por meio de convênios (BRASIL, 2003d).

Em 1995 o PACS e o PSF foram transferidos da Fundação Nacional de saúde para a Secretaria de Assistência à saúde (SAS), do Ministério da Saúde e foram incluídos nas regras de financiamento da assistência vigentes. Esse fato proporcionou maior regularidade à transferência dos recursos federais, mas como eram, em geral, alocados em serviços e ações que demandavam mais recursos, essa prática “acabava priorizando a doença e não a saúde” (BRASIL, 2003d).

A Norma Operacional Básica de 1996 - NOB/SUS/96 (BRASIL, 1996b) modificou a lógica de financiamento que, até então, era baseada na produção de serviços, para o repasse de recursos em função do número de habitantes (valor *per capita*), criando o Piso de Atenção básica (PAB) e introduziu o incentivo do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000d;

BRASIL, 2003d). Quando da publicação da Portaria nº. 1.329 de 12.11.99 (BRASIL, 1999) os municípios passaram a receber incentivos diferenciados de acordo com a faixa de cobertura, como segue:

Tabela 1 - Faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe,

Faixas de Cobertura	Faixas de Cobertura Populacional em %	Valor do Incentivo por Equipe/Ano (em R\$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160

Fonte: BRASIL, 1999.

A lógica desta forma de financiamento está no fato de que quanto maior a cobertura do PSF, maior seu impacto na atenção à saúde. Havia, ainda, um incentivo adicional para a implantação de novas equipes de R\$ 10.000,00 (BRASIL, 2000d).

Com a implantação do PAB, na Saúde da Família passou a ter orçamento próprio (BRASIL, 2003d). De acordo com o Departamento de Atenção Básica - DAB (BRASIL, 2000d), o orçamento destinado para o PSF/PACS foi de R\$ 218 milhões em 1998, R\$ 380 milhões em 1999, subindo para 680 milhões em 2000, o que demonstra a prioridade estabelecida pelo Ministério da Saúde em direção do fortalecimento da estratégia de saúde da família.

Merecem destaque, também, a publicação do Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e a implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, ocorridos em 1999 (BRASIL, 2003d):

O “Manual” foi um marco importante porque definiu as responsabilidades dos municípios nesse nível de atenção; orientou sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros; e apontou estratégias prioritárias para organização da atenção básica, com destaque ao Programa Saúde da Família. A implantação do Pacto foi de suma importância para articular, em torno de um mesmo objetivo, as práticas e percepções das diferentes áreas técnicas das secretarias estaduais e municipais de saúde e do próprio Ministério. (p. 115)

A mudança na regra de financiamento mostrou-se insuficiente para favorecer a ampliação do programa nas grandes cidades (BRASIL, 2003d). Diante disso, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família – PROESF, por meio da Portaria nº. 347 de 27 de março de 2003, a qual previa o repasse de incentivos financeiros aos municípios com mais de 100.000 habitantes que ampliassem a cobertura populacional pelo PSF, por meio da implantação, expansão e/ou consolidação da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2003c). O governo federal selou um acordo com o Banco Mundial, colocando a disposição do Programa US\$ 550 milhões em sete anos para serem utilizados em atividades que envolvessem a manutenção da saúde da família (BRASIL, 2003d).

Atualmente são repassados aos municípios os seguintes incentivos financeiros relacionados ao PSP, conforme publicado na Portaria nº. 650, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c):

- Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família: R\$ 5.400,00 a R\$ 8.100,00 a cada mês, por equipe, de acordo com a classificação do município;
- Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS): R\$ 350,00 a cada mês, por ACS;
- Valor de transferência para cada Equipe Saúde da Família implantada R\$20.000,00 a ser transferido em duas parcelas de R\$ 10.000,00 nos meses subsequentes ao mês de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.

O Gráfico 2 mostra a evolução dos recursos investidos pelo Governo Federal na Atenção Básica, no período de 2001 a 2007. Nota-se a grande prioridade que a estratégia representou nas últimas gestões.

Gráfico 2 - Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica BRASIL – 2000/2006
 Fonte: BRASIL, 2006d

3.4. A Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia de saúde da família ocorreu apenas em 2000, com a publicação da Portaria GM/MS nº. 1.444, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios, com o objetivo de ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000b). Foram estabelecidos dois tipos de Equipes de Saúde Bucal:

- ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD);
- ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (THD).

Para cada ESB implantada, o município receberia, por meio de transferência fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde), R\$ 5.000,00 para aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos, além de R\$ 13.000,00 ou R\$ 16.000,00 divididos em 12 parcelas mensais para as equipes modalidade I e II respectivamente.

Cada ESB ficaria responsável, em média, por 6.900 pessoas e seria referência para duas ESF. Tal proporção dificultou a incorporação da filosofia da Estratégia de Saúde da Família, visto que impunha aos profissionais de saúde bucal um grande volume de demanda de procedimentos clínicos curativos (OPAS, 2006).

Posteriormente, suas normas e diretrizes foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº. 267 de 6 de março de 2001, a qual aprovou o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2001c), que tem por objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;

- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS.
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deveria expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- definição da família como núcleo central de abordagem;
- humanização do atendimento;
- abordagem multiprofissional;
- estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- educação permanente dos profissionais;

- acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Outra importante diretriz contemplada nesta Portaria, diz respeito às atribuições dos membros da ESB atuando nos princípios da Estratégia de Saúde da Família:

Quadro 2 - Atribuições dos profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF	
✓	Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
✓	Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
✓	Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
✓	Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
✓	Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
✓	Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
✓	Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
✓	Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)	
✓	Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.
✓	Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).
✓	Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.
✓	Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.
✓	Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.
✓	Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.
✓	Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
✓	Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
✓	Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.
✓	Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.
✓	Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.
✓	Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.
✓	Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.
✓	Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)	
✓	Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.
✓	Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.
✓	Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).
✓	Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
✓	Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
✓	Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
✓	Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)	
✓	Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
✓	Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
✓	Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).
✓	Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.

Continua

Conclusão

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)	
✓	Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
✓	Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
✓	Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
✓	Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
✓	Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	
✓	Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.
✓	Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.
✓	Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

Fonte: BRASIL, 2001c.

Em 04 de abril de 2003 houve reajuste dos valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família aprovados na Portaria n.º 396/GM. A Portaria considerava a defasagem nos valores dos incentivos financeiros e a necessidade de um financiamento federal diferenciado para a implementação do Programa de Saúde da Família pelos Municípios com mais de 100 mil habitantes. As principais alterações estabelecidas no financiamento da estratégia foram:

- reajuste vinte por cento (20%) nos valores dos incentivos financeiros ao custeio dos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família;
- redução do número de faixas de valor dos incentivos financeiros ao Programa de Saúde da Família para os municípios com mais de 100 mil habitantes;
- atualização da base populacional utilizada para o processamento dos dados relativos aos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal.

Os valores dos incentivos para cada ESB implantada passou para R\$ 15.600,00 (Modalidade I) e R\$ 19.200,00 (Modalidade II), mantidos os adicionais para implantação das mesmas.

A partir da Portaria nº. 673/GM de 03 de junho de 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas (BRASIL, 2003b). Tal iniciativa possibilitou uma adequação do processo de trabalho da ESB aos princípios do PSF (OPAS, 2006).

Posteriormente, novas medidas foram tomadas com o intuito de ampliar e consolidar a inclusão da ESB na Estratégia de Saúde da Família. Foram efetuados novos reajustes dos incentivos, quando da publicação da Portaria nº. 74/GM em 20 de janeiro de 2004, correspondendo a valores 56,9% maiores para a Modalidade I e 65% para a Modalidade II, ou seja, R\$ 20.400,00 e R\$ 26.400,00 respectivamente. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para aquisição de equipamentos e instrumentais (BRASIL, 2004a)

Atualmente vigora a Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa Portaria revogou todas as anteriores referentes ao PSF, PACS e às ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família, redefinindo as normas, diretrizes e atribuições de toda a equipe de profissionais que atua na referida estratégia (BRASIL, 2006b). Em relação à saúde bucal no PSF, foram mantidos os dois tipos de modalidades de constituição da ESB, porém as atribuições da ESB foram alteradas, como mostra o Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Atribuições da Equipe de Saúde Bucal que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS	
✓	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
✓	Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
✓	Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS	
✓	Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
✓	Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
✓	Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
✓	Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
✓	Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
✓	Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
✓	Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
✓	Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
✓	Participar das atividades de educação permanente; e
✓	Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)	
✓	Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
✓	Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
✓	Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
✓	Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
✓	Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
✓	Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
✓	Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
✓	Realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
✓	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)	
✓	Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
✓	Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
✓	Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
✓	Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
✓	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)	
✓	Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
✓	Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
✓	Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
✓	Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
✓	Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
✓	Organizar a agenda clínica;
✓	Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
✓	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Fonte: BRASIL, 2006b

Um dos aspectos importantes que transparece nesta Portaria é o tratamento dispensado ao conjunto dos profissionais e ações da na Estratégia de Saúde da Família, não mais tratando separadamente os aspectos relacionados à saúde bucal. Chama atenção o fato de que foram definidas novas atribuições para a ESB, neste momento bem mais integradas à ESF e à proposta da Estratégia, e menos direcionadas aos aspectos técnicos da profissão, como anteriormente.

No mesmo dia, houve novo reajuste dos incentivos para o PSF como um todo pela Portaria nº. 650/GM. Em relação à saúde bucal, os incentivos para as modalidades I e II foram acrescidos de 50% para as ESB com atuação em assentamentos ou remanescentes de quilombos e o incentivo para implantação da ESB passou para R\$ 7.000,00 (BRASIL, 2006c).

Os movimentos realizados pelo Ministério da Saúde de destinação de incentivos financeiros para implantação de Equipes de Saúde Bucal para atuação junto às Equipes de Saúde da Família promoveram um aumento significativo, tanto no número de equipes implantadas, diminuindo a diferença em relação à quantidade de ESF, como na cobertura da população em relação ao acesso a esse tipo de atenção em saúde. Dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) mostram de dezembro de 2002 até dezembro de 2005 houve um aumento de mais de 195% no número de equipes atuando em 3.896 municípios e um acréscimo na cobertura populacional das ESB de mais de 33 milhões de pessoas, totalizando mais de 59 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. Dados atuais estão apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal - BRASIL - 2001 - Abril/2007.

Fonte: BRASIL, 2006d

Observa-se (também) que o ritmo de expansão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família foi bastante veloz, a ponto de diminuir consideravelmente as diferenças de cobertura populacional entre as ESB e ESF, bem como em relação aos ACS isolados (Figura 1 e Gráfico 4).

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL, Abril/2007.

Fonte: BRASIL, 2006d

Gráfico 4 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB - BRASIL - 2001 a Abril/2007

Fonte: BRASIL, 2006d

Essa migração da atenção básica em saúde bucal para a Estratégia de Saúde da Família introduziu, como consta no documento produzido pela Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (2006), o “novo” (grifo dos autores), afrontando valores, lugares e poderes:

Para a saúde bucal, essa nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. (p. 70)

Os Desafios

No início de sua implantação, o PSF não encontrou um cenário favorável ao seu fortalecimento. Entre as dificuldades iniciais, destacam-se: (1) processo formulação não totalmente concluído quando do seu lançamento; (2) indefinição de condições necessárias para sua sustentabilidade; (3) indefinição quanto ao financiamento; e (4) indefinição quanto à política de recursos humanos. Aliado a esses problemas, a proposta enfrentou a resistência à sua implantação, pois confrontava as formas tradicionais de organização dos serviços (BRASIL, 2003d).

Nos grandes municípios, os gestores apontaram dois entraves principais: a necessidade de se realizar um grande número de capacitação para os profissionais e a dificuldade de integração das equipes do PSF à rede de serviços já instalada (BRASIL, 2003d). De acordo com Senna (2002) nas grandes regiões metropolitanas há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde, porém é onde se concentra um elevado índice de pobreza urbana e, ao mesmo tempo, uma população extremamente heterogênea.

Vasconcelos (1999) aponta um desafio importante que as equipes de saúde da família têm, muitas vezes, dificuldades de superar. Trata-se da atenção desenvolvida com base nos programas pré-estabelecidos (amamentação, hipertensão, cuidado preventivo com doenças endêmicas, entre outros), desviando o foco do cuidado familiar. O eixo que orienta a intervenção familiar continua sendo os programas padronizados, o que faz com que a família perca sua especificidade.

Outro aspecto que tem chamado atenção de alguns autores são as visitas domiciliares. Excetuando-se o caso dos ACS que devem percorrer o território freqüentemente, Franco e Merhy (2003) alertam para as visitas realizadas por outros profissionais sem que haja uma indicação explícita. Essas visitas podem, como também destaca Weber (2006), significar um poder de controle demasiado do Estado, ou uma excessiva intromissão deste na vida das pessoas, limitando sua privacidade e liberdade.

É preciso considerar, segundo Senna (2002), a possibilidade que o PSF seja utilizado como mecanismo de barganha política, já que muitos municípios brasileiros têm ainda sua política assentada no clientelismo e paternalismo desenvolvido por vereadores e prefeitos. Franco e Merhy (2003) destacam que o processo de trabalho deve ser foco de um olhar mais atento por parte equipes de saúde da família, pois existe uma tendência de se reproduzir o modelo assistencial que se deve mudar: ações excessivamente “higienistas” e processo de trabalho “medicocentrado”, o que, segundo os autores “não é muito diferente do modelo que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde”.

Outro grande desafio, de igual importância, é a necessidade intrínseca de **redefinir qualitativamente** (grifo meu) o modelo de atenção à saúde, mostrando que não se trata de uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país (SENNA, 2002).

Não se pode deixar de considerar o próprio trabalho de equipe em saúde e a formação de profissionais como um grande desafio para a estratégia, responsáveis efetivamente pela mudança do modelo assistencial e pelo enfrentamento do binômio saúde-doença, considerando-se os fenômenos envolvidos para além dos biológicos.

Andrade et al. (2007) apontam os seguintes desafios para o SUS e a Estratégia de Saúde da Família:

- capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias e comunidades;
- capacitação dos profissionais de saúde trabalhadores das equipes de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada;
- mudanças nos cursos de graduação da área de saúde para a formação de profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS;
- implementação do artigo 200 do capítulo de Saúde da Constituição Federal, 1 que define que cabe ao setor de saúde regular a formação de recursos humanos para o SUS, adequando a formação de profissionais de saúde do País às necessidades de saúde da população;
- investimento na interdisciplinaridade das ações da ESF e aprimoramento da integralidade para garantia de uma Atenção Primária à Saúde mais resolutiva;
- busca de um conjunto de medidas de qualidade para que haja um processo disseminado e consistente de monitoramento e avaliação dos programas no nível local;

- estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade;
- garantia de mecanismos formais de participação popular em busca de uma Estratégia de Saúde da Família mais responsiva as necessidades locais;
- implementação de políticas de comunicação social que garantam forte apoio popular ao SUS e à Estratégia de Saúde da Família, dando conhecimento à população das grandes virtudes do Sistema Público de Saúde Brasileiro, apesar dos problemas existentes.

Avanços e Conquistas

A experiência inovadora do PSF, segundo Andrade et al. (2007) trouxe um impacto positivo pelo comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal da orientação da estratégia. Esse benefício, entretanto, foi acompanhado por novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta.

De acordo com os Autores, embora desde 2002 os órgãos governamentais avaliassem como benéfico o impacto da Estratégia de Saúde da Família na saúde, principalmente da criança, a influência desta política nas condições de saúde ainda não havia sido estudada cientificamente até meados de 2005. A maioria das iniciativas avaliativas era de origem governamentais e consistiam de avaliações formativas do PSF no nível nacional ou avaliações qualitativas do processo de implementação do programa em localidades focadas.

Recentemente foram realizados estudos ecológicos longitudinais, que avaliaram o impacto do PSF nos resultados de saúde infantil, com análises ajustadas levando-se em consideração fatores sócio-econômicos e assistência à saúde. Macinko et al. (2006)

desenvolveram um estudo baseado em dados secundários e identificaram que a taxa média de mortalidade infantil se reduziu de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos durante o período de 1990-2000, enquanto o nível de cobertura de PSF aumentou de zero para 36%. Segundo os Autores, isto significa que um aumento de 10% na cobertura de PSF esteve associado a uma redução de 4,5% em taxas de mortalidade infantil.

Ainda sobre esse tema, Bezerra¹ (2006) apud Andrade et al. (2006 pág. 828), utilizando o mesmo modelo de estudo, avaliou indicadores municipais de mortalidade infantil em 1.201 municípios, no período de 1999-2002. Foram formados dois grupos: um composto por municípios que iniciaram a implementação do PSF em 1999 e foram cobertos durante o período inteiro do estudo, e por um grupo controle composto por municípios que não implementaram o PSF. A conclusão a que chegou o Autor foi que a política teve impacto positivo geral na saúde infantil: o grupo de municípios que implementou PSF em 1999 era mais propenso a reduzir taxas de mortalidade infantil e mortalidade neonatal.

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, encomendou pesquisa nacional para registrar a evolução da Estratégia Saúde da Família e a sua relação com indicadores de saúde. A pesquisa **Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores para a atenção básica** descreve comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de alguns indicadores de saúde, segundo estratos de cobertura da Saúde da Família no Brasil, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios. Buscou, ainda, compreender o comportamento evolutivo da estratégia nas diferentes regiões do país e em agrupamentos de municípios com diferenciados níveis de renda e de porte populacional, por meio de um estudo ecológico (BRASIL, 2006e).

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, a evolução da Estratégia Saúde da Família apresentou as seguintes características (BRASIL, 2006e):

¹ BEZERRA, RCR. Evaluation of the epidemiologic impact of a national primary health care policy on infant health outcomes, form 1999-2002. PhD Dissertation in Epidemiology, defended at the University of Arizona-Mel & Enid Zuckermann College of Public Health at February 20th 2006.

1. a velocidade e a expansão dessa estratégia são claras, pois o número de municípios cobertos cresceu 411% de 1998 a 2004 e a cobertura populacional aumentou 600%, no mesmo período. Em dezembro de 2005, as ESF já estavam presentes em 4.984 municípios, o que significa 89,6% do total de municípios brasileiros. A Figura 2 ilustra esses dados.

Figura 2 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL, 1998/2006.
Fonte: BRASIL, 2006d

2. a região Norte, com valores de 4,82%, 29,97% e 34,17%, assim como a Sudeste, com coberturas de 4,94%, 23,03% e 29,60%, apresentaram as menores proporções de população coberta pelo PSF entre as regiões. No que se refere ao ritmo de evolução da cobertura, as regiões Nordeste e Sudeste, com proporção da população coberta em 2004, em torno de seis vezes a identificada em 1998, apresentaram crescimento similar ao obtido para o Brasil. Para as regiões Norte e Sul, as proporções de cobertura cresceram, no período, mais que 700%, ou seja, acima do crescimento médio nacional. A região Centro-Oeste, com uma cobertura quatro vezes maior em 2004 que em 1998, apresentou perfil de evolução abaixo da média nacional. No entanto, esta região iniciou o período com a mais elevada cobertura populacional (10,21% em 1998). O Gráfico 5 demonstra a desigualdade na cobertura do PSF entre as regiões do país.

Gráfico 5 – Evolução da cobertura do PSF, segundo regiões geográficas. Brasil, 1998-2004.
Fonte: BRASIL, 2006e

3. em relação ao porte populacional, observa-se que nos três grupos populacionais houve expansão da cobertura do PSF, considerando que mesmo nos municípios maiores, a proporção identificada no final do período é quase seis vezes a de 1998. Entretanto, o distanciamento entre as curvas vai aumentando, ao longo do período, e revela que

quanto menor o porte populacional do município, mais alta a cobertura populacional do PSF e mais acelerada sua expansão, resultados apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Evolução da cobertura do PSF. Municípios agrupados segundo porte populacional. Brasil, 1998-2004.

Fonte: BRASIL, 2006e

4. o grupo de municípios com renda mais baixa e o grupo de menor porte –populacional apresentaram coberturas de PSF mais elevadas que as identificadas nos grupo de renda mais elevada e os de maior porte populacional (Gráfico 7)

Gráfico 7 - Evolução da cobertura do PSF. Municípios agrupados segundo faixa de renda. Brasil, 1998-2004.

Fonte: BRASIL, 2006e

A segunda parte da pesquisa (BRASIL, 2006 indicadores) teve como objetivo fornecer uma análise ecológica descritiva do comportamento evolutivo de alguns indicadores importantes para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Básica no que se refere à saúde da criança, da mulher e do adulto. Os principais resultados são apresentados a seguir:

1. ao analisar comparativamente a evolução da proporção de óbitos infantis por causas mal definidas no período de 1998 a 2003, para os quatro agrupamentos, percebe-se que a tendência de declínio observada em nível nacional está presente em todos os estratos independente da faixa de cobertura (Gráfico 8). No entanto, a variação média anual deste indicador revela que quanto mais elevada a faixa de cobertura de PSF do grupo de municípios, maior a queda na proporção de óbitos infantis por causas mal definidas.

Gráfico 8 – Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade por causas mal definidas segundo estratos de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.

Fonte: BRASIL, 2006e

2. a análise das desigualdades sociais nas taxas de mortalidade infantil no Brasil tem sido tema de estudo em várias publicações do Ministério da Saúde (DUARTE et al, 2002; BRASIL, 2004e), da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas - IPEA e da Organização Mundial da Saúde - OMS (NUNES et al, 2001), o que reflete o reconhecimento de que um dos grandes desafios das políticas públicas nacionais é o de manter a tendência de queda da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que ainda é alta em relação a de outros países como Cuba, Chile e Canadá; e o de reduzir a desigualdade entre as diferentes regiões brasileiras, estados, municípios e em espaços intra-urbanos. Os resultados apresentados no Gráfico 9 apontam uma tendência de queda para a TMI, tanto para o Brasil como para cada um dos estratos de cobertura do PSF. Neste estudo, a TMI calculada para o Brasil, segundo estratos específicos de cobertura do Programa, mostrou-se pouco sensível para refletir a influência positiva de coberturas mais elevadas de PSF na redução deste indicador. É importante lembrar que não se pode concluir que o PSF não contribui para a queda da TMI.

Gráfico 9 – Taxa de Mortalidade infantil segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2003.

Fonte: BRASIL, 2006e

3. um dos indicadores de saúde analisados foi a cobertura vacinal e a evolução da proporção de municípios, que atingiu a meta de 95% de cobertura por tetravalente, em crianças menores de um ano, ocorreu com mais intensidade nos estratos de cobertura mais altas das ESF. A evolução desse indicador nos estratos de cobertura mais alta da ESF vai de 39,55%, em 1998, para 64,15%, em 2003, saindo de valores abaixo da média nacional de 40,95%, em 1998, e superando a mesma de 60,19%, em 2003 (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.

Fonte: BRASIL, 2006e

4. a proporção de nascidos vivos (NV) de mães com nenhuma consulta de pré-natal declinou no Brasil e nos quatro estratos de cobertura do PSF, sendo que com maior intensidade naqueles com coberturas mais altas do Programa.
5. já a proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade evidenciou discreta tendência de queda neste indicador, a partir do ano 2000, tanto para o Brasil quanto nos estratos de cobertura do PSF.
6. houve queda na taxa de internações, por acidente vascular cerebral (AVC) na população com idade igual e acima de 40 anos, sendo que os maiores índices de

queda dessa taxa localizam-se nos estratos com coberturas mais altas da ESF, como pode ser observado no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Taxa de Internações por AVC (por 10.000 hab.) segundo estratos de cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.

Fonte: BRASIL, 2006e

7. a taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva na população de 40 anos e mais também apresentou tendência de queda para o país e em todos os estratos de cobertura.

Segundo coloca Andrade et al. (2006):

O dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso à Estratégia de Saúde da Família e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS marcam o cerne das discussões teóricas atuais, as quais se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores da saúde, sobretudo no nível central. (p.802)

3.5. A Formação dos Profissionais de Saúde

De acordo com Ceccim e Capazzolo (2004) tem sido observado que reformas importantes na educação dos profissionais de saúde são desencadeadas na educação médica e vão permeando, em consequência, o ensino odontológico, a educação em enfermagem e a educação farmacêutica, além das demais profissões de saúde. O primeiro movimento histórico dessa natureza foi a introdução da profissionalização do ensino em saúde, com base no relatório Flexner². A partir de então, o ensino passou a ser desenvolvido preferencialmente em ambientes hospitalares, com forte predomínio da especialização das práticas, da associação mecanicista da saúde corporal e da consideração estrita dos aspectos biológicos no processo saúde-doença. Os reflexos deste movimento se fizeram sentir na formação e no exercício profissional, com a imposição de uma fragmentação dos saberes e da perda da integralidade e da humanização na saúde, instalando a dicotomia entre ser saudável e adoecer e entre ações preventivas e assistenciais.

Na década de 1960, um processo de reforma da educação médica deu origem aos departamentos de Medicina Preventiva, os quais introduziram o pensamento de prevenção de patologias na formação dos profissionais e a aprendizagem fora do hospital. Porém, houve a manutenção da dicotomização da atenção em assistência e prevenção, e fragmentação das pessoas em eventos biológicos instalados ou a serem prevenidos. Para o conjunto das profissões, ressurge como importante o discurso da “educação para a saúde” e a busca da área “preventiva e social”: foco na atuação preventiva e primária na assistência farmacêutica, na atuação preventiva de saúde pública na enfermagem, na atuação preventiva e social da odontologia (CECCIM; CAPAZZOLO, 2004).

² Relatório apresentado por Abraham Flexner, em 1910, o qual refletiu na compreensão de que há uma hierarquia para as aprendizagens (do básico ao clínico) e a necessidade de oportunizar o aprender em ambientes de concentração de quadros nosológicos (modelo hospitalocêntrico), além da valorização da especialização profissional e da orientação da pesquisa para a área biológica (Ceccim e Capazzolo, 2004 – p.347).

Em relação ao ensino odontológico, surgem iniciativas específicas, como a da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que propôs, em 1961, algumas sugestões para melhorar o ensino odontológico no Brasil (FERNANDES NETO et al., 2006):

- ampliação do currículo odontológico mínimo para quatro anos;
- agrupamento de disciplinas por departamentos para permitir o entrosamento de disciplinas afins; e
- estudo orientado com o objetivo de aproveitar o tempo do estudante.

O entendimento da saúde dos indivíduos sem a dimensão da vida em sociedade foi questionado na década de 1970, quando surgiram, segundo Ceccim e Capazzolo (2004), as propostas de ensino extramuros como oportunidade de aprendizagem junto à população, por meio da prestação de serviços de “saúde comunitária”. Ainda persiste a compreensão de tais práticas como pertencentes a uma dada instância específica e não como componentes do perfil profissional de quem se forma na área de saúde. A educação na saúde se mostra como destaque da atenção primária: farmácia de rua, enfermagem comunitária e apoio à enfermagem caseira, medicina geral comunitária e odontologia comunitária.

As atividades extra-muros constituíram-se nas propostas de integração docente-assistencial (IDA) para a integração ensino-serviço nos anos de 1980, o que reforçou a separação dos compromissos da extensão universitária e do ensino de graduação na preparação de novas gerações profissionais. Estas propostas tornaram-se política pública para a educação superior em saúde, fortalecendo-se entre os cursos de medicina, odontologia e enfermagem (FEUERWERKER et al., 2000; MARSIGLIA, 1995).

Com o objetivo de delinear o ensino da Odontologia em nosso País, o Conselho Federal de Educação estabeleceu, com a Resolução nº. 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, visando à formação de um profissional generalista, e determinou um

mínimo de carga horária de 3.600 horas e de 8 semestres de duração do curso. Na oportunidade, foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, segundo Fernandes Neto et al. (2006), a introdução dessas matérias gerou muitos questionamentos, sendo muitas vezes consideradas “perfumarias” ante a necessidade da formação técnica do profissional. A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade.

Nos anos de 1990, patrocinado pela fundação Kellogg, desponta o Programa UNI – Universidade em Integração com a Comunidade, no qual o pensamento proposto por seus projetos era a multiprofissionalidade em interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço com a inclusão da população usuária dos serviços de saúde (KISIL³, 1994 apud CECCIM e CAPAZZOLO, 2004). Houve, nesse processo, o fortalecimento dos projetos com estes desígnios nas faculdades de medicina, de apoio à mudança nas faculdades de odontologia e de desenvolvimento da enfermagem.

Tais iniciativas de integração docente-assistencial (IDA e UNI) proporcionaram uma experiência acumulada que gerou um movimento social em rede, a Rede Unida, importante ator social nos processos de mudança na formação em saúde ocorridos mais recentemente. A Rede UNIDA conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos que tem como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Caracteriza-se pela diversidade de projetos e de experimentos na área da saúde que buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor. Do ponto de vista formal da educação, a Lei nº. 9.394, de 29/12/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996a), em síntese, introduziu (FERNANDES NETO et al., 2006):

- o processo nacional de avaliação;

³ KISIL M, CHAVES M (Ed.). Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994.

- a elaboração de proposta pedagógica;
- a ampliação de dias letivos;
- a limitação do prazo de validade para reconhecimento do curso;
- o mecanismo de renovação de reconhecimento de curso;
- a obrigatoriedade dos cursos informarem seus programas, qualificação docente, recursos disponíveis e critérios de avaliação, o estímulo à qualificação docente; a extinção do Currículo Mínimo e a proposta de Diretrizes Curriculares.

Os autores lembram que, no final do século XX, viveu-se uma situação inédita no Ensino Superior brasileiro, com a implantação pelo Ministério da Educação (MEC) do processo de avaliação dos cursos de graduação. A medida viabilizou-se com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº. 9.394, de 20 de fevereiro de 1996), e com a Lei nº. 9.131, de 24 de novembro de 1995, que estabeleceu que fossem realizadas avaliações periódicas das instituições e dos cursos de graduação e, pelo Decreto nº. 3.860, de 9 de julho de 2001, que dispõe sobre a organização do Ensino Superior, a avaliação de cursos e de instituições. Os cursos de Odontologia ingressaram no Exame Nacional de Cursos (ENC), popularmente chamado de “provão”, no ano de 1997. No ano seguinte, todos os cursos foram visitados por Comissões Verificadoras para se realizar a avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação de Odontologia. Com a edição da Lei nº. 10.861, de 14 de abril de 2004, que estabelece o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), ocorreram mudanças no processo de Avaliação do Ensino Superior, incluindo a criação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), a revisão da avaliação das condições de ensino e a criação das Comissões Próprias de Avaliação para coordenar a realização de avaliação interna nas Instituições de Ensino Superior (IES). O ENC foi substituído pelo ENADE, cujo objetivo é aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação

aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências, foi realizado pelos alunos de cursos de Odontologia a partir de 2004. O SINAES é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes (BRASIL, 2006a).

Paralelamente, enfrentava-se o desafio de implementação do Sistema Único de Saúde e, apesar de terem sido observados avanços importantes, por exemplo, em relação ao controle social e ao processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, os problemas no campo da formação e do desenvolvimento dos profissionais de saúde ainda apresentam-se como desafios a serem enfrentados, desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, até os dias atuais, visto que a educação é uma das variáveis centrais para a efetiva consolidação do sistema. Faziam-se necessárias, no início deste século, ações públicas visando à transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, com estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais construídas à luz dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde. A premência por mudanças no campo da formação em saúde, a partir destes vários referenciais e experiências, foi incorporada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde e está expressa no Parecer CNE/CES nº. 1.133/2001, resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde (BRASIL, 2006a).

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002a) para os cursos de saúde representou um esforço histórico para que haja uma aproximação entre o sistema educacional e o de saúde, ao colocarem para os cursos da saúde o imperativo de formar para o SUS (HADDAD; MORITA, 2006). Esse movimento foi amparado pelo arcabouço legal (leis e documentos) apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Documentos de referência na elaboração das DCN.

- Constituição Federal de 1988.
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990.
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.392 de 10/12/1996
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001.
- Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997.
- Edital da SESu/MEC 4/97 de 10/12/1997.
- Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001.
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998.
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000.
- Plano Nacional de Graduação do For GRAD de maio/1999.
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA.
- Instrumentos legais que regulam o exercício das profissões de saúde.

Fonte: Haddad e Morita (2006)

As DCN assumem um papel estratégico no aperfeiçoamento do SUS, de acordo com Morita e Kriger (2004). Para trabalhar no SUS com qualidade e atender as necessidades da população é necessário ser um profissional generalista tecnicamente competente e com sensibilidade social. As Diretrizes, portanto, valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida isso implica na formação de profissionais capazes de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população.

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 (BRASIL, 2002a).

Fernandes Neto et al. (2006) ressaltam que, no caso da formação do cirurgião-dentista, as DCN: (1) definem o objetivo do curso de Odontologia e que o currículo tem base nacional comum, a ser complementado pelas Instituições de Ensino Superior, com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e as imposições do quadro regional em que se situa; (2) sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de profissional crítico, capaz de “aprender a aprender”, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social; (3) orienta que a instituição formadora deve estar aberta às demandas

sociais e ser capaz de produzir conhecimento relevante e útil; e (4) propõem como perfil do profissional a ser formado:

... profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes (pág. 384).

O texto das DCN, conforme afirmam Morita e Kriger (2004), reforça nitidamente a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, entendendo que atuar multiprofissionalmente significa romper o modelo centrado no trabalho individual capacitando para o trabalho em equipe, onde se propõe compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, aprender a cooperar e colaborar. Parte-se da compreensão que os problemas de saúde são sempre interdisciplinares. Nesse sentido, os autores salientam que, para formar profissionais com o perfil que atenda as necessidades do SUS, os cursos de Saúde precisam:

- Adequar sua abordagem pedagógica;

A mudança didático-pedagógica que se almeja visa sair do ensino centrado no professor para atingir uma aprendizagem ativa desenvolvendo-se em múltiplos cenários (DCN, Art. 7º e 13, inciso III). O novo modelo pedagógico deve contemplar o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social (pág. 19).

- Favorecer a articulação dos conhecimentos;

Na articulação de conhecimentos busca-se mudar a estrutura curricular de tal forma que se eliminem os ciclos clínico e básico completamente separados e organizados por disciplinas fragmentadas, passando para um currículo majoritariamente integrado, sem disciplinas isoladas (DCN, Art. 13, incisos II e III). Este processo pretende a articulação e o diálogo entre os atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão a partir das necessidades locais (pág. 19).

- Trabalhar em equipes multiprofissionais;

O trabalho em equipes multiprofissionais deve se dar entre profissionais de uma mesma disciplina ou carreira (equipe de saúde bucal: THD, ACD, e CD) bem como com os demais profissionais da Saúde (pág. 19).

- Promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidades de saúde.

Um outro ponto fundamental, diz respeito aos cenários de aprendizagem. Na maior parte das instituições, as clínicas de ensino, principalmente voltadas para as especialidades, continuam sendo o local privilegiado para o treinamento prático dos estudantes. No entanto, os movimentos atuais de reorganização da prática clínica odontológica indicam uma tendência progressiva à antecipação das clínicas integradas, com complexidade crescente, envolvendo o aluno desde os primeiros anos na visão integral do paciente. Práticas de ensino também podem ser desenvolvidas, com eficácia e eficiência, em Unidades Básicas de Saúde, na comunidade e nos domicílios, permitindo ao aluno um melhor conhecimento da população que será atendida. Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. Na diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem é preciso sair das práticas profissionalizantes realizadas em clínicas de ensino de especialidades para as práticas profissionalizantes em clínicas integradas e atividades extra-murais em unidades do SUS, com graus crescentes de complexidade, bem como, substituir os serviços próprios isolados da rede SUS, por serviços próprios completamente integrados ao SUS, com desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede SUS (pág. 19).

A formação em odontologia, nos moldes ainda hoje concebidos em muitas escolas, entendeu a saúde como resultado do processo biológico, fundada em princípios flexnerianos, de higiene e distante do contexto social. Os conceitos que significaram grandes evoluções na compreensão do processo saúde-doença, entendendo a saúde como um bem socialmente determinado, tardaram a atingir o ensino da odontologia. Por consequência, o modelo de formação visava uma atenção odontológica elitizada, desvinculada da noção de bem-estar e de qualidade de vida, dirigida a uma necessidade de saúde ressentida por todos, mas acessível à elite financeira da população. Assim, relegou-se ao ensino da odontologia o desenvolvimento técnico, sendo por muito tempo denominado de arte dentária, onde se aproximam os termos arte e técnica (HADDAD; MORITA, 2006). A conclusão de Morita e Kriger (2004) é de que, embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da Saúde, principalmente na

Medicina e Enfermagem, em relação à Odontologia, existe um atraso histórico destes movimentos de mudança.

No Brasil, a relação entre ensino de odontologia e as políticas de saúde leva à reflexão sobre dois aspectos: a crescente participação dos dentistas nos programas públicos e a pertinência dos cursos de Odontologia. O aumento do número de dentistas em programas de atenção pública, sobretudo no Programa Saúde da Família é um avanço na ampliação de acesso à saúde. Entretanto, o profissional que tem composto estas equipes ainda vem sendo formado segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças (MORITA e KRIGER, 2004), trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS. Essas e outras limitações têm exigido esforços e investimentos na capacitação para o trabalho. A ausência de articulação entre a graduação em odontologia e as políticas de saúde trabalham em direção antagônica às necessidades da população e da consolidação do SUS. Não se pode perder de vista que além de avançar na cobertura, eficiência e eficácia do sistema, o trabalhador da saúde tem um papel fundamental nesta história (HADDAD; MORITA, 2006).

O grande desafio está em sair de um modelo de ensino centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças para outro centrado na promoção de saúde, prevenção e cura de pessoas (MORITA; KRIGER, 2004).

Ao avaliar 52 cursos de graduação em Odontologia (27 federais, 19 estaduais e 6 municipais), com base no Cadastro de Cursos e instituições da Educação superior do INEP, Araújo (2004) concluiu que o padrão freqüente foi o de extrema fragmentação do conhecimento e do desenvolvimento isolado das disciplinas. A autora observou, também, que existiam currículos incluindo diferentes modalidades de articulação, alguns de modo incipiente, com poucos chegando à articulação inter e transdisciplinar.

Segundo Haddad e Morita (2006) o reconhecimento do papel estratégico que os recursos humanos têm para avançar a consolidação do SUS levou à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003. A criação da SGTES mostra a valorização dos trabalhadores da saúde e aponta para o desafio de articular formação e trabalho, educação e saúde, numa perspectiva intersetorial, na ação conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, instâncias Federal, estaduais e municipais, poder executivo, legislativo e judiciário, e tudo isso articulado também com a sociedade, por meio do controle social exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, insistentemente apontado nas Conferências de Saúde, como mostra o Quadro 5.

Quadro 5 – Trechos extraídos de relatórios de Conferências de Saúde.

FÓRUM	ANO	TRECHO
II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde	1993	“Articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para Saúde”.
XII Conferência Nacional de Saúde	2003	“Educação na Saúde como instrumento efetivo para a consolidação do SUS”.
III Conferência Nacional de Saúde Bucal	2004	“O sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social...” “... persistem as inadequações dos profissionais para implantação e desenvolvimento efetivos do SUS...”

Fonte: Haddad e Morita (2006)

A regulamentação do Art. 200 da Constituição Federal tem um marco na assinatura da Portaria Interministerial nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005, instituindo a articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde. A partir daí, uma série de iniciativas conjuntas vêm avançando no campo da educação em saúde (HADDAD; MORITA, 2006).

Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da Saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Constituição Federal, Art. 200, incisos III e IV).

Da atuação da SGTES surgiu uma política clara de formação e educação de profissionais para atuarem de acordo com os princípios do SUS. Em 2004 foi lançada a Política de Educação para o Sistema Único de Saúde – **EducarSUS**, construída a partir da análise das iniciativas anteriores no campo do desenvolvimento dos profissionais de saúde, das experiências de mudança na graduação, dos estudos a respeito do processo de especialização em serviço, das experiências de educação popular em saúde e da busca e análise de práticas inovadoras de educação na área da saúde. **EducarSUS** buscou articular todos os elementos necessários para criar um contexto de formação mais favorável às transformações nas práticas de saúde e de educação, que são complexas e profundas. (BRASIL, 2004c)

Uma das estratégias que integram a Política de Educação para o SUS é o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – **VER-SUS**. O Projeto, construído em parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil dessa área, tem como principal objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS. A meta era contribuir para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades da população brasileira e do fortalecimento do SUS. Além disso, com o VER-SUS, esperava-se a criação de novas relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores da saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais, para efetivar a integralidade em saúde e a educação significativa de profissionais. Durante o projeto, os estudantes tinham oportunidade de vivenciar conquistas e desafios inerentes a um sistema amplo e complexo como o SUS e podiam, também, aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, a gestão, a atenção, a educação e o controle social no Sistema, configurado em distintas formas de operar nas diversas regiões do Brasil (BRASIL, 2004c).

Considerando que a nossa história de formação e exercício profissional em saúde vem marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, o Ministério instituiu o **AprenderSUS**,

para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação. O objetivo foi ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira orientando as graduações em saúde para a integralidade. O pressuposto era o seguinte (BRASIL, 2004g):

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. O ensino-aprendizagem na área técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não deveria ganhar o status de seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. De um lado a escuta e o olhar assegurados no momento da clínica no sistema de serviços e, de outro, o exercício profissional responsável pela cura/cuidado/escuta. A integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica, mas nas condições de vida, de trabalho, culturais, entre outras. A atenção integral à saúde implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca-se que atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários para serem sujeitos da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais) (pág. 6).

As estratégias propostas para atingir tal objetivo foram:

- I- Adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação.
 - a. Convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde.

- b. Ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde. Para dar andamento ao *AprenderSUS*, três ações são propostas nesta linha:
 - i. Curso de Educação à Distância para a formação: curso para docentes e dirigentes universitários que visa a problematizar os elementos críticos à ativação e condução de processos de mudança na graduação das profissões da saúde de ativadores de processos de mudança na graduação.
 - ii. Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança com a colaboração das Associações de Ensino.
 - iii. Apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança.
- II- Trabalho articulado com o Ministério da Educação.
- III- Desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde.
- IV- Sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde.

Uma das principais ações para estimular mudanças na graduação, como ressaltam Haddad e Morita (2006), é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. O objetivo é apoiar as mudanças nos cursos de graduação aproximando instituições de ensino superior dos serviços de saúde, de tal forma que o conhecimento acumulado na academia possa influenciar diretamente as práticas de saúde, ao mesmo tempo em que as necessidades dos serviços de saúde possam também atuar ampliando

a perspectiva da visão das necessidades sociais em saúde, no meio acadêmico, no que diz respeito tanto ao ensino, quanto à pesquisa. Espera-se como resultado que a excelência acadêmica possa aliar-se à relevância social, refletindo diretamente em uma atenção à saúde de melhor qualidade, em benefício da população brasileira. O Pró-Saúde deve ser compreendido em uma perspectiva ampliada, integrada às demais ações que compõem a política de gestão da educação do Ministério da Saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do SUS.

O programa foi lançado em novembro de 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2005b), cuja construção contou também com a participação de representantes do Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), Opas (Organização Pan-americana de Saúde), CFM (Conselho Federal de Medicina), CFO (Conselho Federal de Odontologia), Cofen (Conselho Federal de Enfermagem), Abem (Associação Brasileira de Ensino Médico), Abeno (Associação Brasileira de Ensino Odontológico), ABEn (Associação Brasileira de Ensino de Enfermagem), ABO (Associação Brasileira de Odontologia), visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. A expectativa é que a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS. Assume-se, com a proposta, que:

... não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. Por isso, o desempenho de um papel indutor é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade (p. 15).

Para a formulação desse programa, levou-se em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família e os três cursos inicialmente contemplados

foram Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil. O principal objetivo foi incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença, sendo que seria necessário, então: (1) reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; (2) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; (3) incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; (4) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde.

Como apresenta a Tabela 2, foram inscritos, em dezembro de 2005, 190 projetos, sendo que 90 deles foram selecionados: 38 provenientes dos cursos de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia (Gráfico 12). Observou-se que a maior participação foi de cursos provenientes da região Sudeste do país (Gráfico 13) e de escolas públicas (Gráfico 14).

Tabela 2 – Cursos inscritos e aprovados por área no Pró-Saúde.

CURSOS	NÚMERO DE PROPOSTAS RECEBIDAS	NÚMERO DE PROPOSTAS AVALIADAS	NÚMERO DE PROPOSTAS NÃO AVALIADAS	NÚMERO DE PROPOSTAS NÃO CLASSIFICADAS	NÚMERO DE PROPOSTAS CLASSIFICADAS
Medicina	59	54	5	17	38
Odontologia	52	50	2	25	25
Enfermagem	79	79	0	31	48
TOTAL	190	183	7	73	111

Fonte: Haddad e Morita (2006)

Gráfico 12 – Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área.
Fonte: Haddad e Morita (2006)

Gráfico 13 – Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área e região do país.
Fonte: Haddad e Morita (2006)

Gráfico 14 – Distribuição de projetos selecionados no Pró-Saúde (n=90) segundo área e categoria administrativa da instituição de ensino.
Fonte: Haddad e Morita (2006)

Contudo, segundo Haddad e Morita (2006), é necessário reconhecer que as mudanças que se quer promover nos cursos de graduação na área da saúde dependem de uma série de ações articuladas, entre elas, o processo de avaliação tem um papel decisivo como indutor de mudanças. Desta forma, como um dos resultados da proposta do projeto AprenderSUS, em ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação, foram incluídas no processo de avaliação da Educação Superior na área da saúde, a consideração dos princípios do SUS e a adequação às DCN como critérios a serem observados. Outra ação conjunta nesta direção trata-se de um projeto de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-americana da Saúde e a ABENO, com o desenvolvimento de oficinas realizadas em todas as regiões brasileiras envolvendo docentes e discentes na discussão de estratégias de implementação das DCN segundo suas realidades locais.

Complementando as ações propostas, o Ministério da Saúde viabilizou uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz e a Rede Unida, visando oferecer um curso de pós-graduação *lato sensu* que inclui estratégias de educação a distância para formar especialistas em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. O objetivo foi formar especialistas em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais da saúde capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica, no sentido de difundir e dinamizar os processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde no país. O curso ofereceu 1.000 vagas dirigidas a professores de instituições de ensino superior com cursos na área da saúde e profissionais com formação superior que atuam na graduação de profissionais de saúde provenientes de todo o país e foi realizado no período de novembro de 2005 a julho de 2006 (FIOCRUZ, 2005).

Recentemente, o Ministério da Educação, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da Secretaria de Educação Superior

(SESU), e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), apresentam uma publicação (BRASIL, 2006a) que analisa a aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. O referido estudo investigou a contribuição das avaliações do Ministério da Educação na aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. No desenvolvimento do trabalho foram utilizados os relatórios avaliação do Ministério da Educação desses cursos de graduação, para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento, depositados no sistema do INEP/MEC. O principal objetivo era analisar, com base nos relatórios dos processos avaliativos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) conduzidos no período de 2002 a 2006, a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais no contexto dos PPC de graduação de enfermagem, medicina e odontologia desenvolvidos pelas IES, públicas e privadas, que integram o Sistema Federal de Ensino. No caso da Odontologia, as principais conclusões foram:

- Na concepção dos cursos, observou-se uma tendência para a interdisciplinaridade apesar da composição curricular, na grande maioria dos cursos, ainda ser fragmentada em disciplinas. Alguns esforços manifestos mostram um movimento na busca de uma mudança mais estrutural da concepção de alguns cursos, seja pela existência de temas integradores, por construções modulares ou pela busca de outros cenários de ensino.
- Prevalece a estrutura curricular tradicional e baseada em disciplinas. Uma das dificuldades que se apresenta para mudar a concepção curricular para estruturas integradas, que certamente significariam um ganho de qualidade no atendimento às DCN, pode ser atribuída à predominância de um corpo docente formado sob um caráter especialista, o que dificulta a formação do aluno com perfil generalista. Nesse sentido, uma das conseqüências da fragmentação do saber é a perda da capacidade de

lidar com o todo. Não raro, professores superespecializados tendem a valorizar extremamente sua área de conhecimento, tendo como imagem objetivo a formação de um graduado em odontologia com múltiplos conhecimentos, que raramente correspondem às necessidades de formação no nível adequado ao generalista.

- Observa-se que há uma preocupação em reproduzir partes textuais das DCN para demonstrar uma coerência sem que haja, entretanto, mudanças na orientação teórica dos cursos. Do mesmo modo, o perfil do egresso apresentado nos PPC corresponde à concepção e aos objetivos do curso. Entretanto, quando se analisa o conteúdo curricular, este parece estar voltado para o ensino ou formação tradicional, não sendo coerente com o perfil pretendido para o egresso.
- Em sintonia com a formação tradicional, também se observa predominantemente o uso de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no professor, com pouco desenvolvimento da integração profissional.
- No que diz respeito à antecipação das atividades clínicas, alguns cursos têm se preocupado em introduzir o aluno gradualmente nestas atividades, a partir dos primeiros semestres, sendo o principal objetivo, colocá-lo em contato com a realidade social da região de inserção da IES e prepará-lo para o atendimento à comunidade. A área de Saúde Coletiva tem grande variabilidade, mas aparece ao longo de todo curso em algumas IES analisadas.
- Nas atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação, observa-se tentativa de adesão às DCN com a existência dos programas, projetos, atividades de pesquisa, iniciação científica e de extensão, porém, nem todos ocorrem simultaneamente e nem de maneira sistemática.
- Observa-se que as atividades extramuros são relatadas em praticamente todos os PPC, entretanto, a maneira como acontecem não está clara. A realização dos estágios

supervisionados e o seu funcionamento junto à rede pública dos serviços de saúde tem sido um desafio para as IES, que têm tido dificuldade em consolidar esta parceria.

- De uma maneira geral, as dificuldades para a implantação das DCN esbarram em questões que afetam: dificuldade de desenvolvimento do ensino na rede SUS, dificuldade de integração/modificação curricular, dificuldade em desenvolver projetos pedagógicos inovadores, diferentes do modelo tradicional de ensino. A maior parte dos projetos pedagógicos analisados ainda concentra boa parte da formação profissional no diagnóstico e tratamento de doenças que são aspectos relevantes, mas não respondem às necessidades atuais de conhecimentos para a produção de saúde.

O movimento de mudança necessita ser fortalecido pelo conjunto de atores da educação superior em saúde, ou seja, pelos estudantes, professores, coordenadores de curso, gestores da educação e da saúde, profissionais e formuladores das políticas públicas.

Expansão do Ensino Superior em Saúde

De acordo com recentes publicações (HADDAD; MORITA, 2006; VIEIRA et al., 2006), o ensino superior em saúde no país, no período de 1995 a 2003, apresenta marcantes características: grande crescimento no número de cursos (vagas e egressos também, conseqüentemente), concentração geográfica da oferta e incremento no processo de privatização do sistema educativo. Dentre as razões, destacam-se as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996a), concedendo autonomia às instituições de ensino superior e possibilitando a flexibilização dos currículos. Haddad e Morita (2006) ainda chamam atenção para o fato de que muitas Instituições de Ensino Superior tiveram seu crescimento favorecido pela isenção constitucional de impostos.

Coordenada pela Estação Observatório de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, foi desenvolvida pesquisa intitulada “Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: Subsídios para uma Política de Recursos Humanos”, cujo capítulo organizado por Vieira et al. (2006) traz como principais conclusões:

1. Em 2003, o Brasil contava com uma oferta total de 2.840 cursos de graduação em saúde, com predominância dos cursos de Biologia, educação Física e Enfermagem (Gráfico 15)

Gráfico 15 – Cursos de graduação em saúde. Brasil, 2003.

Fonte: Vieira, (2006)

2. Em termos percentuais, mostra-se intenso, em todas as graduações enfocadas, o crescimento da oferta de cursos observado no período, com menores valores para o curso de Medicina como mostra o Gráfico 16.

Gráfico 16 – Incremento nos cursos de graduação em saúde. Brasil, 1995-2003.
Fonte: Vieira, (2006)

3. Em decorrência do crescimento acentuado de cursos, a oferta de vagas no país atinge, em 2003, um total de 334.513 vagas, em contraposição ao total de 61.630 vagas em 1995, constituindo-se num aumento de 442,8%. Em relação aos diferentes cursos, nota-se o percentual de 493% para Enfermagem e 47% para Medicina (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Incremento na oferta de vagas nos cursos de graduação em saúde. Brasil, 1995-2003.

Fonte: Vieira, (2006))

4. No que diz respeito aos egressos, observou-se também aumento quantitativo entre 1995 e 2003, correspondendo a 36.641 e 111.456 concluintes respectivamente, distribuídos conforme mostra o Gráfico 18.

Gráfico 18 – Egressos das graduações em saúde. Brasil, 2003.

Fonte: Vieira, (2006)

5. Como em outros aspectos, a distribuição geográfica dos cursos de graduação em saúde, bem como das vagas e egressos desses cursos é bastante heterogênea, com predominância clara da região Sudeste em relação às demais (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Egressos das graduações em saúde segundo regiões. Brasil, 2003.

Fonte: Vieira, (2006)

6. Marcante também é o caráter privado da oferta do ensino graduado em saúde. Este fenômeno, segundo Vieira et al. (2006) foi tão intenso, que em 2003, apenas para a graduação em Medicina houve oferta pública maior que a oferta privada, como pode ser observado no Gráfico 20.

Gráfico 20 – Egressos das graduações em saúde segundo dependência administrativa. Brasil, 2003.

Fonte: Vieira, (2006)

Também em 2006, os Ministérios da Educação e da Saúde realizaram uma pesquisa traçando um panorama sobre a trajetória dos 14 cursos da área da saúde no período de 1991 a 2004, bem como o perfil e a distribuição dos ingressantes e concluintes dos cursos dessas áreas (Brasil, 2006h). Em relação à Odontologia Fernandes Neto et al. (2006) obtiveram os seguintes resultados:

1. houve crescimento acentuado dos cursos de graduação em Odontologia (109,64%) no período, predominantemente na esfera privada, em relação às regiões do país, nota-se a forte concentração na região Sudeste (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Cursos de graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

2. o número de vagas oferecidas e de ingressantes seguiu padrão semelhante, ou seja, cresceu 115% e 51,02% respectivamente, principalmente na esfera privada, porém com ligeira diminuição na participação da região Sudeste (Gráficos 22 e 23).

Gráfico 22 – Vagas oferecidas na graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

Gráfico 23 – Ingressantes na graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

3. quanto à procura pelo curso, observa-se que houve um decréscimo no número de inscritos no processo seletivo da ordem de 41,2%, sendo que a maior redução se deu nas instituições privadas e na região sudeste (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Candidatos inscritos nos processo de seleção para a graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

4. percebe-se, também, um crescimento no número de concluintes dos cursos em geral (48,72%), chamando atenção os valores para as regiões Centro Oeste e sul, porém com diminuição na esfera pública (Gráfico 25).

Gráfico 25 – Concluintes nos cursos de graduação em Odontologia, por natureza administrativa e região. Brasil, 1991/2004.

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

5. no aspecto relativo ao foco do exercício profissional, pode-se observar mudança, pois a procura de emprego por parte dos concluintes era pretensão de 42,3% em 1998, tendo se estabelecido na ordem dos 70,0% a partir de 2001 (Tabela 3).

Tabela 3 – Pretensões de trabalho dos concluintes de graduação em Odontologia. Brasil, 1998 a 2003.

Pretensão	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Procurar emprego	42,3	14,0	67,0	70,0	73,5	70,7
Já estou empregado	1,1	1,0	4,0	4,0	4,6	5,5
Abrir consultório	52,4	81,0	24,0	22,0	18,8	20,5
Trabalhar em outra área	1,2	1,0	2,0	2,0	2,0	1,4
Não pretendo trabalhar	0,5	4,0	1,0	1,0	1,1	1,1

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

6. a adequação do perfil do profissional à nova realidade do mercado de trabalho trouxe em seu bojo um maior interesse pela clínica geral e a Odontologia em Saúde coletiva, com um aumento considerável do interesse exclusivo pela área (Tabela 4), que saltou de 1,1 em 1998 para 4,8% em 2003, que somados aos 24,9% com forte interesse demonstrado elevou para quase 30% o número de concluintes com interesse em trabalhar em Saúde Pública.

Tabela 4 – Grau de interesse quanto à saúde coletiva dos concluintes de graduação em Odontologia. Brasil, 1998 a 2003.

Grau de Interesse	1998	2000	2003
Nenhum interesse	16,7	19,5	13,7
Pouco interesse	28,7	31,3	25,2
Interesse mediano	33,4	31,5	30,5
Forte interesse	19,7	16,0	24,9
Interesse exclusivo	1,1	0,8	4,8

Fonte: Fernandes Neto et al. 2006.

Outro aspecto preocupante, segundo Haddad e Morita (2006), é o fato de que no Brasil é muito pequena a proporção de jovens de 18 a 24 anos que chegam ao ensino superior (9% em 2004), ainda mais se considerando a meta do Plano Nacional de Educação para 2010 (30%). Porém, esta expansão no número de cursos, especificamente na área de saúde, se deu a partir de uma baixa regulação da qualidade de ensino oferecido. Além disso, dados do Censo da Educação Superior mostram que até 2004 um índice de 40% destas vagas não era preenchido. No caso da Odontologia, esse índice atingiu 60% nos cursos de instituições privadas em 2004. Outro fato preocupante é a distribuição regional desigual, característica

presente em vários aspectos no nosso país, em várias áreas. As disparidades socioeconômicas são enormes e a oferta de formação e de empregos na saúde apresentam, conseqüentemente, enormes desigualdades qualitativas e quantitativas.

Outro aspecto preocupante, segundo Haddad e Morita (2006), é o fato de que no Brasil é muito pequena a proporção de jovens de 18 a 24 anos que chegam ao ensino superior (9% em 2004), ainda mais se considerando a meta do Plano Nacional de Educação para 2010 (30%). Porém, esta expansão no número de cursos, especificamente na área de saúde, se deu a partir de uma baixa regulação da qualidade de ensino oferecido. Além disso, dados do Censo da Educação Superior mostram que até 2004 um índice de 40% destas vagas não era preenchido. No caso da Odontologia, esse índice atingiu 60% nos cursos de instituições privadas em 2004. Outro fato preocupante é a distribuição regional desigual, característica presente em vários aspectos no nosso país, em várias áreas. As disparidades socioeconômicas são enormes e a oferta de formação e de empregos na saúde apresentam, conseqüentemente, enormes desigualdades qualitativas e quantitativas.

De acordo com Fernandes Neto et al. (2006) há também um descompasso entre a oferta de trabalho e a demanda de profissionais que querem ingressar no mercado, em especial nos serviços de Saúde Pública. Segundo esses:

A maioria dos concursos tem registrado um número de inscritos muito superior às vagas oferecidas, fazendo com que a proporção candidato/vaga nos serviços que oferecem estabilidade funcional e melhores condições de trabalho, contrastando com a acentuada diminuição candidato/vaga para o ingresso nos cursos de Odontologia, principalmente nas instituições privadas. (pág. 407).

Na opinião dos autores, vários aspectos podem ser apontados para esse fenômeno, porém chamam atenção para o fato de que muitos profissionais que durante anos exerceram somente a prática liberal estão migrando para os serviços pelas dificuldades atuais do mercado de trabalho, somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego.

3.6. A Integração Ensino/Serviço

A universidade brasileira surgiu no início do século XX e logo passou a desenvolver atividades de extensão, as quais se caracterizavam principalmente pelo oferecimento de conferências, a fim de satisfazer uma necessidade já sentida na época de difundir conhecimentos ali produzidos e aproximá-la da comunidade que lhe dera origem. (BRASIL, 2000/2001). Tradicionalmente, na área da saúde, as atividades de extensão se caracterizaram por atividades de educação sanitária e assistência à saúde na comunidade.

A partir da reforma universitária de 1968, intensificaram-se os estudos sobre a Integração Docente Assistencial (IDA), quando ela foi considerada elemento importante para a qualificação do profissional a ser formado e também para a melhoria da qualidade de assistência a ser prestada (SHIMIZU, 1999).

Em 1981, em documento elaborado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) a IDA foi definida como “união de esforços em um processo crescente de articulação entre instituição de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino” (BRASIL, 1981).

Segundo Hennington (2005) as discussões centram-se, atualmente, no papel plural da universidade, seus compromissos sociais e responsabilidade na formação do profissional cidadão, na solução dos grandes problemas brasileiros e na garantia da participação das populações como sujeitos do processo e também nos aspectos referentes à institucionalização da extensão nas instituições de ensino superior.

Paralelamente, outros movimentos sociais, especificamente na área da saúde, questionaram a responsabilidade social das universidades quanto à formação de profissionais adequados para a resolução das necessidades de saúde da população brasileira, desde o

movimento de Reforma Sanitária, passando pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas Conferências Nacionais de Saúde, culminando entre 2001 e 2002 com a publicação das Diretrizes Nacionais Curriculares para as profissões de saúde, as quais indicaram a necessidade clara de mudanças na graduação que transformassem a formação dos profissionais de saúde. Tal formação deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Brasil, 2002a). Observou-se que para se atingir a formação desejada e necessária, seria preciso, entre outras medidas, diversificar os cenários de aprendizagem, deslocando o eixo formador, centrado na assistência individual, geralmente prestada nos serviços universitários de saúde e por especialidades, para um processo sintonizado com as necessidades sociais e na proposta de assistência integral e hierarquização das ações de saúde.

Discutindo a formação médica, Campos (2006) faz considerações tomando como base essa profissão em específico, mas que poderiam ser seguramente aplicadas a outras áreas da saúde atualmente. Segundo o autor, o objetivo seria formar profissionais com alta capacidade de resolver os problemas de saúde. Para isso, deveriam apresentar capacidade de se integrarem em equipes multiprofissionais e de reconhecerem a determinação, ao mesmo tempo, social, subjetiva e biológica dos processos saúde e doença, e uma vez realizado este reconhecimento, serem capazes de criar projetos terapêuticos que combinassem recursos destas três esferas conforme o caso e as possibilidades existentes. Tais competências estariam atreladas à capacidade de construir vínculos e assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação das pessoas, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos, de certos procedimentos técnicos. Ampliam-se, assim, o campo de saberes, de responsabilidades e de práticas.

Para Hennington (2005) “o contato do aluno com pessoas cujas demandas são as mais variadas e nem sempre restritas a sua área específica de conhecimento, o comprometimento e

a responsabilização dos alunos em relação às pessoas atendidas e também a possibilidade de discussão num espaço de participação ampliada, que inclui alunos e professores de diferentes áreas e cursos, permitindo a reflexão e a busca de soluções e encaminhamentos de maneira interdisciplinar, aumentam a chance de uma resposta adequada aos problemas.

A proposta de mudança de cenários de ensino/aprendizagem na formação dos profissionais de saúde tem apontado para eleição da rede de Atenção Básica (ABS) ou Primária de saúde (APS) do SUS como o local que oferece melhores condições para que se possam desenvolver as competências necessárias para o “profissional generalista, dotado de visão humanística e preparado para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade” dentro de uma abordagem integral da atenção (BRASIL, 2005b). Esta última, de acordo com Campos (2005), depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico, tomando o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolvendo os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde.

Ao defender a aproximação do ensino a ABS, Campos (2005) afirma que a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos, por considerar, do ponto de vista ético e técnico, que na rede básica é esperada a resolução de 80% dos problemas de saúde da população, que as intervenções no território são de grande complexidade, e que grande parte da população brasileira possui apenas esse recurso de assistência de saúde. O Autor ressalta que, “progressivamente, com a implantação do SUS, grande parte dos casos que antes demandavam atendimento em hospitais e serviços de urgência, buscam atenção na ABS” o que faz com que o próprio ensino da clínica necessite de novos cenários.

Do ponto de vista ético, Marins (2004) salienta que “valorizar o ensino na rede básica visa atender uma demanda social inelutável de nosso país, bem como ampliar os cenários para

práticas tanto de clínica quanto de saúde coletiva, é também honrar a promessa de bem formar nossos alunos”, lembrando que a prática é fundamental para a formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer.

Vários autores têm sugerido diversos benefícios da parceria ensino-serviço para as instituições parceiras. Mendes et al (2000) salientaram que a visão crítica do profissional da prática pode colaborar na orientação curricular no seu todo e, de forma mais específica, de acordo com sua área de conhecimento, no planejamento, desenvolvimento e avaliação de cada disciplina a ser ministrada. Quanto ao aluno de graduação, o benefício decorrente desta parceria estaria na formação de uma consciência crítica favorecida pelo liame ensino-prática. Por outro lado, os profissionais do serviço poderiam aproveitar a visão de maior distância da academia, possibilitando enxergar melhor o todo e relacioná-lo com as partes, o que redundaria em colaboração tanto para a assistência como para o gerenciamento.

Outro aspecto que tem sido abordado quando se discute o valor dessa parceria diz respeito à pesquisa científica. Mendes et al. (2000) afirmam que um dos propósitos fundamentais da pesquisa é “gerar e validar conhecimento necessário para a prática” e que, nesse sentido, a academia precisa compreender suas limitações, já que muitas investigações nesta área precisam ser desenvolvidas no serviço e que a parceria poderia ser um grande facilitador. Assim, o envolvimento compartilhado dos profissionais da academia e do serviço “constitui-se numa estratégia para a melhoria da qualidade da assistência prestada, para o desenvolvimento de investigações com conseqüente utilização dos resultados das pesquisas à prática e para a educação e formação do capital humano da área”.

Na realidade, apesar de se reconhecer a importância das atividades de formação em saúde desenvolvidas nos serviços e do esforço dos parceiros em aprimorar essa relação, várias dificuldades se apresentam no dia-a-dia. Para Laganá (1986) “um dos entraves para a IDA é a metodologia baseada na transmissão de conhecimentos, com maior ênfase no ensino que na

aprendizagem”, ou seja, deixando de valorizar as possibilidades de aprendizado rico que a prática da assistência pode proporcionar na área da saúde.

Kurcgant e Ciampone (1987) chamam atenção para as políticas e estruturas dos serviços de saúde e de ensino muitas vezes impossibilitando a participação mais efetiva dos profissionais das instituições parceiras.

Outra dificuldade apontada por Padilha (1991), enfocando, no caso, a Enfermagem, refere-se ao fato dos docentes estarem mais envolvidos com as atividades de pesquisa do que com a de ensino, com o agravante de colocarem em segundo plano a prática assistencial. Essa dificuldade leva os docentes a distanciarem-se das situações práticas do cotidiano da Enfermagem. Em contrapartida, os enfermeiros dos serviços se envolvem de forma tão profunda com as atividades rotineiras do cotidiano de trabalho que deixam de lado a educação continuada; como consequência, tornam-se enfermeiros pouco atualizados. Sabe-se, no entanto, que tal situação é seguramente observada nas demais áreas da saúde.

Muitas resistências são observadas nas instituições de ensino. De acordo com Campos, (1999), uma das principais diz respeito ao fato de que alguns professores estariam muito presos à lógica dos serviços especializados e teriam resistência a sair de dentro dos próprios muros. Os alunos, em geral, estariam também encantados pela tecnologia e pelos aparatos em que o paciente é quase um insumo a mais. Segundo o autor, tem sido muito difícil compor uma massa crítica de docentes e de alunos a favor de mudanças que os aproximem do SUS. No entanto, há a crise e ela fala todo o tempo sobre necessidade de mudanças. Talvez esta insistência reiterativa possa propiciar mudanças nos modos de se ensinar em saúde, mesmo que ainda parciais.

Em pesquisa realizada por Shimizu (1999) para conhecer a percepção de docentes de Enfermagem sobre a integração ensino/serviço em uma instituição de ensino pública, algumas dificuldades dessa atividade foram observadas: (1) a perspectiva por parte de alguns

administradores dos serviços de que a parceria possibilitaria resolver o problema da deficiência de pessoal e, nesse contexto, comumente correndo o risco de se ater à discussão da mão de obra prestada; (2) a integração dos docentes muitas vezes não é sistemática, pois o contato deles com o serviço ocorre apenas nos períodos de estágio dos alunos; (3) a sobrecarga de trabalho com as atividades acadêmicas por parte dos docentes, muitas vezes compondo um quadro reduzido nas próprias instituições de ensino, e (4) a infra-estrutura dos serviços que faz com que os profissionais sejam muito absorvidos pelas atividades do cotidiano de trabalho.

Com base no conhecimento acumulado em tantos anos de integração ensino/serviço, mesmo tendo inicialmente o propósito de desenvolvimento de atividades de extensão e, mais recentemente, a necessidade de alterar a formação profissional em saúde, vários aspectos têm sido considerados fundamentais para o sucesso dessa parceria:

- clara definição dos objetivos educacionais e assistenciais; do estabelecimento de responsabilidades, tanto para o ensino como para o serviço; da reforma dos dois sistemas e dos critérios de avaliação capazes de mensurar resultados obtidos (PIRES et al., 1982; TORRES et al., 1984);
- participação de representantes dos órgãos deliberativos das instituições de ensino e de saúde na construção da proposta (SHIMIZU, 1999);
- modificações conceituais, estruturais, estratégicas e operacionais profundas, das instituições de saúde e de ensino (REZENDE, 1989; PADILHA, 1991; EGRY et al., 1991);
- grade curricular ordenada de maneira a permitir cursos mais longos, com estágios no mesmo serviço, de modo que o aluno possa acompanhar casos clínicos ou sanitários por um período longo (CAMPOS, 2005);

- adoção de novas propostas pedagógicas, com atividades planejadas que estimulem a busca de informação, leituras, reflexões e permitam que a partir das questões que a prática coloca se descubram e estudem novos conteúdos (CAMPOS, 2005);
- capacitação docente que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática, ou seja, atuando como mediadores fundamentais dessa relação, partindo da realidade, interpretando, intervindo e reinterpretando essa realidade, reconhecendo nela a vinculação do processo saúde-doença aos determinantes sociais a que estão expostos os grupos populacionais (REZENDE, 1989; PADILHA, 1991; EGRY et al.; 1991; CAMPOS, 2005);
- vínculo docente, facilitando o contato prolongado, horizontal com um mesmo professoro, o que permitiria um cuidado adicional com os alunos que, muitas vezes, sentem-se desorientados nessa etapa de sua formação e sofrem o impacto da realidade que lhes é apresentada (CAMPOS, 2005), sentimento que muitas vezes também envolve os profissionais do serviço;
- estágio na rede básica ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto de funcionamento dos serviços, em pequenos grupos de alunos, com supervisão e acompanhamento de professores e de tutores ou colaboradores escolhidos entre as equipes do serviço (CAMPOS, 2005);
- articulação dos professores das especialidades com as equipes de generalistas, buscando articular o ensino prático com a lógica de funcionamento do modelo de atenção da rede básica (CAMPOS, 2005);
- aproximação da proposta de ensino com as necessidades da realidade dos serviços (SHIMIZU, 1999);

- produção e intercâmbio contínuo de conhecimentos como alicerce para o desenvolvimento e para a sustentação desse ambiente de aprendizado (MENDES et al., 2000).

Com o objetivo de facilitar a operacionalização das relações ensino/serviço, Campos (2005) propõe as seguintes sugestões:

- Contratação clara de responsabilidades com a rede pública (projetos de integração, contratos e convênios, etc.). Em geral, os Hospitais Universitários estão sob gestão da própria Universidade, o mesmo não acontece com as redes de atenção básica. No Brasil, 97% da rede básica encontram-se sob direção municipal, nesse caso a descentralização se realizou quase completamente. Recomenda-se que as Escolas elaborem projetos de integração docente-assistencial com as Secretarias Municipais, definindo com clareza os vários componentes dessa relação. Por um lado, é importante assegurar espaço para os alunos: definição de distritos, serviços e equipes onde ocorrerão os estágios; por outro, é fundamental assegurar reciprocidade; ou seja, compromisso da Escola, representada por alunos e docentes, com o respeito às diretrizes políticas sanitárias adotadas, bem como com a qualidade da atenção.
- Investimento para assegurar infra-estrutura básica para o ensino em ABS. Os locais onde trabalham as Equipes não necessariamente estão preparados para receber um grupo, ainda que pequeno, de alunos; é importante que a Universidade, em parceria com o Ministério e Secretarias de Estado, elabore projetos para adaptação desses espaços também para o ensino. Algum apoio ao transporte de alunos e professores é importante, com a descentralização dos 10 espaços de prática fica complicado o deslocamento de alunos e docentes, sendo conveniente assegurarem-se formas que facilitem esses deslocamentos. Apoio em informática é fundamental para o ensino a

distância e a utilização de recursos da tele-medicina pelos alunos, docentes e Equipes. Projetos de acesso fácil à biblioteca e consulta especializada qualificam esses estágios bem como o próprio funcionamento da rede básica.

- Parceria estreita com gerencia local e Equipe (reuniões, discussões, planejamento conjunto, etc.) em todos os locais onde ocorra estágio. Além do contrato geral com o gestor municipal, é importante que cada docente com seus alunos realizem um contrato – explicitação do projeto de ensino e assunção de compromissos compartilhados – com o dirigente e com a Equipe junto aos quais ocorrerá o estágio prático.
- Desenho de estágios que valorizem o contato horizontal propiciando a construção de vínculos, tanto com usuários (visando a ampliação da clínica) quanto com a equipe (favorecendo a construção de uma identidade profissional apta para esse tipo de trabalho).
- Elaboração de uma rede de cooperação entre Hospital Universitário e rede básica, respeitando-se as diretrizes de regionalização porventura existentes, mas facilitando o apoio de especialistas às Equipes de Saúde da Família.
- Montagem de dispositivos de Desenvolvimento Docente com apoio institucional, objetivando educação continuada dos docentes, contratados e tutores por meio de discussão de temas teóricos, de casos e problemas originários da própria experiência e também de outras experiências análogas.
- Definição de um Corpo Docente para cada um desses módulos, composto por professores, profissionais contratados e tutores recrutados entre o próprio pessoal da rede básica. Ainda que os papéis e responsabilidades sejam distintos, recomenda-se o funcionamento do Corpo Docente em lógica de equipe com colegiado de gestão.

Ainda que haja polêmica sobre o tema, seria conveniente remunerar a dedicação docente dos tutores.

- Apoiar docentes e alunos para que a rede básica se constitua em um campo de investigação e produção de conhecimento, sempre que possível e conveniente envolvendo parceiros do sistema de saúde.

4.1. As Mudanças Curriculares na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Desde a década de 80 a comunidade, docente e discente, da FORP-USP manifestava o desejo de mudanças na estrutura curricular do curso de graduação em Odontologia. Algumas tentativas ocorreram, coordenadas pela Comissão de Graduação, por meio das quais foram realizadas pequenas alterações. Porém, por diversos motivos, esses movimentos se restringiram, basicamente, a alterações de créditos e posições na grade de algumas disciplinas.

Em 1998, a coordenação da Comissão de Graduação daquela época entendeu que a necessidade de mudança se tornara premente, corroboradas externamente pelas sinalizações das políticas públicas de então. Analisando o processo desenvolvido durante as tentativas de mudanças anteriores, percebeu-se que a construção do novo Projeto Político-pedagógico da instituição deveria ocorrer de maneira coletiva, cujo resultado refletisse os anseios e as necessidades de todas as áreas, porém, com o direcionamento esperado diante do quadro social da formação em saúde no país.

O primeiro passo foi a definição do perfil do profissional que seria formado na instituição, como consta em seu Projeto Pedagógico de 1998 (USP, 1998):

O profissional da área deverá apresentar um perfil generalista, com formação que o capacite a: promover a saúde bucal, tratar as doenças e corrigir suas seqüelas restabelecendo a estética, a fonética e a função mastigatória, em níveis individual e coletivo; analisar, planejar, executar e avaliar, em níveis administrativos, sócio-econômico e operacional, os problemas odontológicos da comunidade; atuar como clínico geral ou vir a especializar-se em um ramo específico e/ou despertar o seu interesse à docência e pesquisa.

Foram definidas também, neste momento, as competências e habilidades desejadas para o profissional com esse perfil:

1. Relacionar-se com os pacientes de modo integral e conduzir-se estritamente dentro da Lei e da Ética.

- a. Compreender o paciente como uma unidade física, mental e social.
 - b. Relacionar-se adequadamente com o paciente e seus familiares, reconhecendo os fatores psicológicos que possam estar envolvidos na relação profissional-paciente-tratamento.
 - c. Delimitar o seu grau de competência, distinguindo os problemas que pode resolver daqueles que devem ser encaminhados.
 - d. Obedecer preceitos de ética na sua prática profissional.
 - e. Reconhecer eventuais problemas odonto-legais nos casos que atende e tomar a conduta adequada.
2. Reconhecer a saúde como estado de equilíbrio físico, mental e social e dependente de condições ambientais favoráveis.
- a. Distinguir as alterações patológicas das variações normais nas manifestações bucais.
 - b. Reconhecer os fatores biológicos, psicológicos e sociais e as modificações ambientais que possam afetar a saúde.
3. Aplicar de forma correta e sistemática, procedimentos rotineiros de exame e interpretar adequadamente os dados obtidos que conduzem ao diagnóstico.
- a. Obter e redigir, de forma clara, história clínica que contenha queixas apresentadas pelo paciente, evolução da doença, antecedentes pessoais e familiares, bem como descrição de seus hábitos.
 - b. Realizar exame bucal de acordo com técnicas semiológicas. Saber empregar instrumentos de uso comum no exame físico.
 - c. Propor, com base na história clínica e exame bucal, diagnóstico provável, e indicar, quando necessário, exames complementares para confirmar sua hipótese diagnóstica. Reconhecer o grau de urgência da situação.

- d. Realizar exames complementares necessários e de pequena complexidade técnica.
 - e. Reavaliar hipóteses diagnósticas formuladas em função dos resultados de exames complementares realizados.
 - f. Realizar e/ou saber indicar coleta de materiais para exames de laboratório.
4. Indicar e executar medidas terapêuticas de urgência.
- a. Indicar e executar medidas terapêuticas necessárias para manter as funções vitais em caso de urgência médica.
 - b. Realizar procedimentos cirúrgicos de pequena complexidade com fins terapêuticos.
5. Contribuir para a promoção da saúde considerando as condições sócio-econômicas e culturais da comunidade.
- a. Identificar os fatores epidemiológicos associados à história natural das doenças mais frequentes e propor medidas de prevenção.
 - b. Enumerar as causas mais frequentes das doenças bucais de maior prevalência na região de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo e no Brasil, e identificar os grupos sociais mais expostos.
 - c. Prescrever e executar tratamento adequado para as doenças de maior prevalência na cavidade bucal, levando em consideração o nível cultural e sócio-econômico do paciente, e tomar as medidas preventivas indicadas.
 - d. Reconhecer e executar a reabilitação como um processo de recuperação física, mental e social do paciente, e executá-lo aproveitando ao máximo a capacidade restante.

- e. Observar e interpretar a evolução da moléstia e o efeito do tratamento.
Modificar o tratamento quando necessário e, eventualmente, reavaliar o diagnóstico.
- 6. Reconhecer a posição que ocupará no sistema de saúde do país e avaliar, com sentido crítico, como esse sistema atua na solução dos problemas de saúde bucal da população brasileira.
 - a. Opinar, com fundamento, sobre os papéis que o cirurgião-dentista desempenha na sociedade atual e sobre as perspectivas de sua atuação.
 - b. Conhecer a prática odontológica nos vários modelos de assistência oferecidos no Brasil.
 - c. Descrever o sistema de saúde vigente no País, comparando-o com modelos existentes em outros países.
 - d. Conhecer os principais aspectos da política nacional de saúde em geral e sua influência sobre o mercado de trabalho odontológico.
 - e. Identificar as limitações da atuação dos modelos de atenção à saúde bucal na solução dos problemas de saúde da população.
- 7. Adquirir, continuamente, informações relevantes à prática odontológica, de modo a garantir a atualização profissional, através da utilização de recursos de aprendizagem e da análise crítica de comunicações científicas.
 - a. Encontrar fontes bibliográficas adequadas para consulta e estudo.
 - b. Compreender em profundidade livros texto e artigos de revisão.
 - c. Reconhecer a importância de analisar criticamente artigos científicos, avaliar a metodologia empregada, a validade dos resultados e a adequação da discussão e conclusões aos resultados apresentados.

- d. Reconhecer a necessidade de atualizar e ampliar constantemente seus conhecimentos profissionais, assistindo cursos, freqüentando congressos, reuniões científicas e realizando visitas ou estágios em centros avançados.
- 8. Contribuir para o avanço do conhecimento realizando observações originais, sistematizando sua experiência pessoal e relatando-as apropriadamente à comunidade odontológica.
 - a. Realizar observações controladas e medidas simples, relatando-as por escrito, usando terminologia apropriada, linguagem precisa e objetiva.
 - b. Planejar observações e medidas de modo a colher resultados válidos, segundo critérios aceitos pela comunidade científica.
 - c. Discutir o significado dos resultados, relacionando-os com o corpo dos conhecimentos vigentes e tirar conclusões apoiadas nos dados apresentados.
 - d. Apresentar e discutir resultados de pesquisa científica e observações clínico e ou laboratoriais.

Um dos fatos que colaborou para proporcionar direção e consistência ao processo de mudança foi a participação da instituição nos eventos relacionados ao ensino, principalmente os realizados pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), nos quais estavam sendo discutidos os novos rumos da formação em saúde no país. O trabalho desenvolvido foi encaminhado à associação e tornou-se uma das contribuições ao documento elaborado pela ABENO sobre o assunto, o qual serviu de base para o Ministério da Educação construir diretrizes curriculares para a área e Odontologia.

Em 2002 foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia (BRASIL 2002a), documento que trouxe maior segurança ao movimento que estava ocorrendo na FORP-USP e reforçou o caminho percorrido até então.

Diante desta publicação, a FORP-USP aprimorou o perfil do profissional a ser formado pela instituição, o qual está reproduzido a seguir:

O perfil do profissional de Odontologia a ser formado seja Generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientado para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes. (USP, 2004)

O processo deveria, então, seguir seu curso em direção às ações concretas que resultassem na imagem esperada do futuro profissional. Para tanto, foram utilizadas várias estratégias por parte do grupo que estava à frente do processo de reestruturação curricular.

Foram organizados seminários para a discussão do conteúdo programático do curso atual, os quais se tornaram fóruns para reflexão sobre a complexidade do momento vivido na instituição, devido aos diferentes entendimentos sobre a realidade de saúde e a prática profissional vigentes. Vários foram os conflitos explicitados nesses momentos e, assim, as mudanças foram sendo construídas, gradualmente, porém de maneira coletiva, como se esperava.

A partir do perfil de profissional a ser formado com competências e habilidades cujo foco central contemplasse o tratamento do paciente de maneira integral, foi elaborada uma proposta estrutura curricular construída com base nas discussões ocorridas nos diferentes espaços, a Comissão de Graduação passou a realizar reuniões nos diversos departamentos, envolvendo cada uma das áreas de conhecimento, durante as quais foi sendo realizado o aprimoramento da proposta inicial.

De forma geral, buscou-se estruturar um currículo que permitisse: a integração de conteúdos nos diversos níveis (básico-básico, básico/profissionalizante e profissionalizantes), aproximando o conteúdo teórico à prática, tornando-se foco central da reestruturação; a construção de práticas clínicas com conteúdos integradores, com grau de complexidade crescente; desenvolvimento de atividades de ensino nos serviços de saúde; inserção dos

estudantes nas práticas clínicas e nos serviços o mais precocemente possível e ao longo de todo o curso; e, complementação da formação com conteúdos optativos, permitindo flexibilização do curso (ANEXO 1).

Concretamente, as principais mudanças foram:

1. Básicas

- a. integração dos conteúdos das áreas de Anatomia Geral, Histologia e Embriologia Geral, Genética e Patologia, sendo que seus conteúdos integrados transformaram-se em Morfologia do Corpo Humano;
- b. integração das áreas de Metodologia Científica e Bioestatística , possibilitando a inclusão do conteúdo de Epidemiologia.
- c. integração de conteúdos das áreas de Anatomia da Cabeça, Histologia e Embriologia Oral na Morfologia da Cabeça e Pescoço;
- d. criação da disciplina Ergonomia;
- e. criação da disciplina Biossegurança: Controle de Microrganismos

2. Básica/Profissionalizante

- a. integração das áreas de Oclusão Dental e Anatomia Dental resultando a Anatomia e Oclusão Dental;
- b. integração das áreas de Anestesiologia e Anatomia resultando Anestesiologia e Anatomia Topográfica;
- c. integração das áreas de Dentística e Materiais Dentários resultando em Dentística e Materiais Aplicados;
- d. integração das áreas de Prótese Parcial Fixa e Materiais Dentários resultando em Prótese Parcial Fixa e Materiais Aplicados;
- e. integração das áreas de Prótese Total e Materiais Dentários resultando em Prótese Total e Materiais Aplicados;

f. criação da disciplina de Cariologia e Odontologia Conservativa;

g. criação da disciplina Terapêutica Medicamentosa.

3. Profissionalizantes

a. Integração de conteúdos das áreas de Semiologia, Radiologia, Periodontia, Oclusão e Saúde Coletiva na Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado;

b. integração de conteúdos das áreas de oclusão, dentística e periodontia na Clínica de Formação I;

c. integração de conteúdos das áreas de oclusão, dentística, periodontia, endodontia, prótese parcial fixa e materiais aplicados na Clínica de Formação II;

d. integração de conteúdos das áreas de oclusão, dentística, periodontia, endodontia, prótese parcial fixa e materiais aplicados, prótese total e materiais aplicados, prótese parcial removível na Clínica de Formação III;

e. integração de todos os conteúdos, com atenção a casos de maior complexidade na Clínica de Formação IV e Procedimentos Avançados em Clínica Odontológica;

f. criação da disciplina Odontogerontologia;

g. criação da disciplina Odontologia para a clínica de Bebê.

4. Social

a. integração dos conteúdos de Antropologia, Sociologia e Psicologia em Ciências Humanas Sociais.

5. Atividades em Serviços de Saúde

a. criação das disciplinas Programa Saúde da Família;

b. criação da disciplina Urgência e emergência.

Optativas

- c. Cultura e Extensão
- d. Projeto Xingu
- e. Laser em Odontologia
- f. Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular
- g. Exame Radiográfico Panorâmico
- h. Reabilitação Protética do Globo ocular
- i. Implantodontia
- j. Tratamento de Dentes Inclusos, entre outras

O curso foi programado para duração de 8 semestres (com duração ideal mínima) e 10 semestres (como duração máxima), com distribuição de cargas horárias como apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Carga horária do curso de Odontologia da FORP-USP.

ATIVIDADES	CRÉDITOS	HORAS
Disciplinas Obrigatórias:		
Aula	276	4140
Trabalho	10	300
Disciplinas Optativas	18	270
Estágio Supervisionado	x	480
TOTAL	304	4710

Fonte: Universidade de São Paulo, 2004

A nova estrutura curricular da FORP-USP foi aprovada em 2002 pela Unidade e, seguindo os trâmites da Universidade, recebeu aprovação pela Pró-Reitoria de Graduação em 2003. Assim, o novo curso foi implantado em 2004 e terá sua primeira turma completando sua formação em dezembro de 2007.

A Aproximação com os Serviços de Saúde

Em junho de 2000 a FORP-USP recebeu ofício da Vice-Direção da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e Presidência do Conselho Diretor do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (CSE-FMRP-USP), para manifestação de interesse em participar na área de Saúde Bucal do CSE-FMRP-USP. Neste documento, havia sugestão de que a FORP-USP desenvolvesse “ações educacionais de pesquisa e extensão comunitária, dentro de um projeto conjunto que a FMRP-USP e a Escola de Enfermagem estão desenvolvendo na área de abrangência do CSE-FMRP-USP e do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto, envolvendo Atenção Primária e Programa de Saúde da Família”.

A proposta foi encaminhada, então, pela Direção da FORP-USP para os Departamentos da unidade a fim de que todos pudessem se manifestar a respeito. Diante das manifestações recebidas, favorável por parte de várias áreas do conhecimento, foi encaminhada manifestação de interesse da FORP-USP em participar do referido projeto, em agosto do mesmo ano.

A partir de então, iniciou-se uma série de reuniões envolvendo a coordenação da Comissão de Graduação e representante da área de Saúde Coletiva da FORP-USP com a Direção Acadêmica e representantes da área de Saúde Bucal do CSE-FMRP-USP. Houve um entendimento de que as atividades a serem propostas deveriam integrar a discussão sobre reestruturação curricular que estava sendo desenvolvida na FORP-USP, pois a experiência com atividades de outros cursos mostrava que as atividades curriculares em serviço apresentavam melhor resposta por parte dos estudantes e melhores resultados na formação. Como o processo de mudança curricular ainda levaria tempo para ser finalizado e implantado, optou-se pela realização de uma experiência piloto com atividades apenas curativas junto ao

CSE-FMRP-USP, por meio de escalas de grupos de alunos ao longo dos semestres letivos. Assim, durante o segundo semestre de 2001, foi elaborada uma escala diária para grupos de 4 estudantes da FORP-USP, compostos por 1 estudante de cada ano de graduação. A unidade de saúde, bem como os profissionais da área de Saúde Bucal e parte dos estudantes receberam bem a experiência, porém corroborou-se o entendimento de que quando essas atividades não estão inseridas no currículo, os resultados não atingem o objetivo esperado para a formação e para o serviço, fato que levou à sua interrupção em 2002.

Em dezembro de 2002 a Comissão de Graduação da FORP-USP encaminhou para a Direção Acadêmica do CSE-FMRP-USP o projeto final de Disciplina Curricular da FORP-USP junto ao CSE-FMRP-USP – Programa Saúde da Família (ANEXO 2), o qual posteriormente recebeu parecer favorável por parte da Diretoria Técnica do CSE-FMRP-USP e da Diretoria da FMRP-USP.

As atividades de ensino junto aos serviços de saúde se dariam, então, no Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto (Figuras 3 e 4), ao qual pertence a área de atuação em atenção básica do CSE-FMRP-USP, ou seja, Área Básica do Sumarezinho. Esta área é assistida pela Estratégia de Saúde da Família, e está dividida, atualmente, em 4 Núcleos de Saúde da Família (NSF), como pode-se observar na Figura 5 e 4 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, cada uma delas com 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS). Cada NSF é, portanto, subdividido em 5 micro-áreas (Figura 6). Os profissionais da área de Saúde Bucal do CSE-FMRP-USP atuam junto às ESF, apesar de não haver, ainda, a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Figura 3 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto

Fonte: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>

Figura 4 – Vista aérea do Município de Ribeirão, com destaque para o Distrito de Saúde Oeste

Fonte: <http://lins.coderp.com.br/mapadacidade/ribeiraopreto>

Figura 5 – Vista aérea dos Núcleos de Saúde da Família no Distrito de Saúde Oeste

Fonte: <http://lins.coderp.com.br/mapadacidade/ribeiraopreto>

Figura 6 – Vista aérea do Núcleo de Saúde da Família 3 e micro-áreas

Fonte: <http://lins.coderp.com.br/mapacidade/ribeiraopreto>

Esta experiência prática de ensino-aprendizagem permitiria uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica. A proposta tinha como objetivos contemplar: o trabalho com a definição de território de abrangência; a população passando a ser o objeto da atenção, entendida a partir do espaço em que vive; o trabalho com a equipe multiprofissional, contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde – doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida, por parte da população e dos acadêmicos; humanização das práticas de saúde buscando a satisfação de todos através do estreito relacionamento dos acadêmicos com a comunidade, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Tal situação proporcionaria, também, a possibilidade de desenvolvimento de atividades em conjunto com alunos dos cursos de

enfermagem, ciências farmacêuticas, medicina, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia das diversas unidades do Campus de Ribeirão Preto da USP.

Foram estruturadas 5 disciplinas (Programa Saúde da Família I a V), as quais ocorrem do 1º ao 4º anos do curso, com duração e complexidades crescentes, como mostram os Quadros 6 e 7.

Quadro 6 – Distribuição das atividades dos estudantes do curso de Odontologia da FORP-USP junto aos Núcleos de Saúde da Família da Área Básica do CES-FMRP-USP.

Estudantes	Núcleo 1	Núcleo 3	Núcleo 4	Núcleo 5
80 estudantes/1º Ano	20 estudantes durante uma semana			
80 estudantes /2º Ano	20 estudantes durante uma semana			
80 estudantes /3º Ano	*20	*20	*20	*20
80 estudantes /4º Ano	**20	**20	**20	**20

* Uma vez por semana, subdivididos em pequenos grupos, distribuídos ao longo do ano, nos diversos espaços sociais e nos NSF.

** Em grupos de 2 por mês, de fevereiro a novembro.

Quadro 7 – Organização das Disciplinas Programa saúde da Família da FORP-USP

Disciplina	Período do Curso	Atividade Principal	Duração
Programa Saúde da Família I	2º	Aproximação para com a Estratégia de Saúde da Família	1 semana
Programa Saúde da Família II	3º	Diagnóstico de Saúde	1 semana
Programa Saúde da Família III	4º	Atividades Coletivas em Espaços Sociais e/ou Núcleos de Saúde da Família	1 período por semana
Programa Saúde da Família IV	5º	Atividades Coletivas em Espaços Sociais e/ou Núcleos de Saúde da Família	1 período por semana
Programa Saúde da Família V	6º e 7º	Atenção à Saúde	1 mês

Os estudantes são divididos em grupos de 20 entre os quatro NSF e, após o primeiro ano do curso, retornam na mesma unidade onde iniciaram as atividades, a fim de que sejam construídos, nesse percurso, os vínculos com as ESF e com a comunidade, necessários para que a atividade de integração completa às atividades desenvolvidas na unidade no 4º ano ocorra da maneira esperada.

Com a aprovação da nova estrutura curricular da FORP-USP em 2003, as atividades junto ao Programa Saúde da Família do CSE-FMRP-USP iniciaram-se em 2004 e ocorreram progressivamente como mostra o Quadro 8.

Quadro 8 - Cronograma de inserção dos estudantes do curso de Odontologia da FORP-USP junto aos Núcleos de Saúde da Família da Área Básica do CES-FMRP-USP.

Ano	1º semestre			2º semestre		
	Nº. alunos	Ano do Curso	Periodicidade	Nº. alunos	Ano do Curso	Periodicidade
2004	-	-	-	20	1º	1 semana
2005	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
2006	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
	20*	3º	1 período por semana	20*	3º	1 período por semana
2007 em diante	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
	20*	3º	1 período por semana	20*	3º	1 período por semana.
	2	4º	1 mês	2	4º	1 mês

* Distribuídos ao longo do ano, nos diversos espaços sociais e nos NSF.

No final de 2005, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: PRÓ-SAÚDE**, iniciativa que visava “a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica”, na perspectiva de uma política pública que reorientasse a formação em saúde, antevendo “uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira, tanto na formação de recursos humanos, quanto na produção de conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS” (Brasil, 2005b).

O Pró-Saúde foi formulado levando em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família (PSF). Três cursos foram inicialmente contemplados com incentivos financeiros _ Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da estratégia do PSF em todo o Brasil.

A FORP-USP submeteu um projeto ao Pró-Saúde, que teve como base a reforma curricular implantada no seu curso de Odontologia e foi uma das 90 Instituições de Ensino Superior (IES) contempladas, pelo qual estará recebendo, nos três anos de duração do projeto, incentivos da ordem de R\$ 1.160.000,00 para, entre outras ações, adequar as unidades do Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto para as atividades de ensino de graduação em saúde.

4.2. A Diversificação dos Cenários de Prática na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP: integração ensino-serviço

As Experiências Vivas

Após a conclusão da reestruturação curricular, entendemos ser necessário aprofundar a aproximação dos docentes da área de saúde coletiva da FORP-USP com as Equipes de Saúde dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) da FRMP-USP para preparar em conjunto todas as atividades a serem desenvolvidas quando efetivamente nossos alunos lá estivessem. O primeiro núcleo a iniciar esse processo foi o NSF 3 em agosto de 2003, com nossa participação nas reuniões administrativas da ESF e nas atividades em que a equipe sugeria o seu envolvimento. Tal situação também possibilitou maior proximidade com as questões específicas da saúde bucal, pelo contato com o CD Fernando Silveira, cirurgião-dentista da equipe.

Com a implantação do novo currículo a partir de 2004, os demais docentes da área de saúde coletiva também iniciaram suas participações nos NSF 1, NSF 4, e NSF 5. No início daquele ano, iniciou-se uma série de reuniões com as ESF para que fosse apresentada a proposta inicial de participação dos estudantes da FORP-USP e, a partir de então, fosse construída, de acordo com as especificidades de cada equipe e de cada unidade, a definição das atividades a serem desenvolvidas ao longo da primeira inserção, que se daria já no segundo semestre.

O primeiro ano

Os objetivos e o programa da primeira disciplina foram apresentados às equipes, como consta no Quadro 9. Porém, restava discutir com quais atividades poderíamos atingi-los e como a equipe poderia se inserir nesse processo.

Quadro 9 – Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família I

<p style="text-align: center;">FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO CLÍNICA INFANTIL, ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL DISCIPLINA: 8071004 – Programa Saúde da Família I</p> <p>Créditos Aula: 2</p> <p>Créditos Trabalho: 1</p> <p>Carga Horária Total: 60 h</p> <p>Tipo: Semestral</p> <p>Objetivos: Contribuir para o desenvolvimento da compreensão, por parte do estudante, do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, do processo saúde-doença como resultante de determinantes biológicos e sociais, da integralidade da atenção como eixo norteador da atenção em saúde, do processo de gestão dos serviços de saúde e da responsabilização pelo cuidado enquanto profissional de saúde.</p> <p>Docente(s) Responsável(eis) 2085660 - Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe</p> <p>Programa Resumido: Sensibilização para o Programa Saúde da Família, reconhecimento territorial da área adstrita e caracterização de espaços sociais e programas sociais, por meio de atividades desenvolvidas em unidade de serviço público de saúde, por um período intensivo de uma semana.</p> <p>Programa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilização para o Programa Saúde da Família: princípios do PSF, diferenças para o modelo de atenção tradicional, equipe de saúde da família, características da unidade e atividades desenvolvidas. 2. Reconhecimento territorial da área adstrita: reconhecimento das micro-áreas, visita aos quarteirões, identificação das casas, comércio, instituições e outros espaços sociais, caracterização das condições sociais (condições de segurança, acesso a serviços, organizações comunitárias). 3. Caracterização de espaços sociais e programas sociais: funcionamento, clientela, critérios de elegibilidade, número de pessoas atendidas, vínculos mantenedores, fontes de financiamento, dificuldades e expectativas com relação ao seu objeto de trabalho. 4. Confecção e apresentação de relatório. <p>Avaliação Método</p> <p>Os estudantes serão avaliados pelo docente/cirurgião-dentista supervisor das atividades, bem como pelos profissionais da unidade de saúde em que estas forem desenvolvidas.</p> <p>Para cada atividade proposta, o estudante será avaliado levando-se em consideração os seguintes aspectos:</p>

Continua

Continuação

- Assiduidade
- Pontualidade
- Vestimenta adequada
- Participação
- Responsabilidade
- Interesse
- Contribuição para o processo
- Interação com a equipe de saúde
- Postura Ética
- Respeito para com os colegas
- Respeito para com os profissionais da unidade de saúde
- Respeito para com os usuários da unidade de saúde
- Respeito para com o(s) supervisor(es)

Critério

Serão utilizadas as seguintes notas/conceitos para classificar o desempenho dos estudantes:

0,0 – 3,0: insuficiente (Reprovado)

3,1 – 4,9: insatisfatório (Recuperação)

5,0 – 8,0: satisfatório (Aprovado)

8,1 – 10,0: bom (Aprovado)

Norma de Recuperação: Realização satisfatória da atividade na qual o desempenho do estudante foi considerado insatisfatório durante o decorrer da Disciplina.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 648/GM, 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 650/GM, 28 de março de 2006. **Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan. – mar., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2.000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2.000. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006

Continua

Conclusão

- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.3, p.316-319, jun., 2000.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan.-fev 2005.
- OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.-dez., 2005.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl), p. 203-211, 2002.
- SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev 2005.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 1.8, n. 3, p.515-523, sep./dez. 2003.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto PSF/FORP 2006: condições de saúde bucal nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP – Ribeirão Preto – 2006**. Ribeirão Preto: FORP/USP, 2006. 52 p.
- Vilela, E. M.; Mendes, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.525-31, jul-ago 2003.
- WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família: educação e controle da população**. Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

Em geral, as equipes dos núcleos receberam com apreensão a idéia de abrigar 20 estudantes ao mesmo tempo, por uma semana, na unidade. Como a estrutura física varia entre os núcleos, foi mais difícil ultrapassar esse primeiro impacto nas unidades com menor espaço físico, mesmo após o conhecimento do programa. Foi solicitada, então, uma reunião com os coordenadores dos NSF e a Direção Técnica do CSE para que se pudesse facilitar a compreensão de que a maior parte das atividades nesse primeiro momento se daria no território e que a idéia era que os estudantes pudessem utilizar os espaços sociais da área, o que favoreceria, inclusive, sua aproximação com a realidade social da população adstrita.

No NSF 3 o processo avançou mais rapidamente, com a participação da ESF em vários momentos e da Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) na construção do cronograma para a semana, o qual compreendia as atividades a serem desenvolvidas de segunda a sexta-feira, os horários e duração de cada uma, os locais a serem ocupados, bem como os membros da equipe e docentes que estariam envolvidos (ANEXO 3). Acreditamos que esse avanço mais rápido esteja ligado ao fato de que o trabalho já vinha sendo desenvolvido nesta unidade desde 2003, estratégia que consideramos de valor.

Esse planejamento foi, então, disponibilizado para os docentes da área de saúde coletiva da FORP-USP, que apresentaram para as demais equipes, no sentido de colaborar com o processo nos núcleos.

É preciso destacar que, nesse momento, constituíram-se fatores determinantes:

1. a aproximação iniciada anteriormente com as equipes;
2. a possibilidade de participação das equipes no processo de viabilização da proposta de disciplina;
3. o apoio da Direção Técnica do CSE na figura da Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava, no sentido de valorizar e de buscar soluções conjuntas para as dificuldades iniciais enfrentadas;
4. o envolvimento dos cirurgiões-dentistas que atuavam nos NSF;
5. o apoio dos docentes dos cursos que já atuavam nos núcleos, ou seja, enfermagem, medicina e farmácia;
6. a disposição e o comprometimento dos docentes da área de Saúde Coletiva da FORP-USP.

Uma das estratégias utilizadas para resolver o problema do espaço físico a ser ocupado foi a que envolveu profissionais das ESF e docentes na busca, junto à própria comunidade, de espaços que pudessem ser utilizados para os momentos de atividade de grupo com os 20 estudantes. Foram, então, incluídos como áreas a se desenvolver atividades, o salão paroquial e a sede do *Lions Clube* local. Foi possível, neste momento, também discutir e incluir várias estratégias de ensino, além do reconhecimento da área adstrita:

- dinâmicas de grupo para aproximação dos estudantes com as ESF;
- dramatização enfocando as diferenças entre o modelo tradicional de atenção à saúde e a proposta da Estratégia de Saúde da Família;
- entrevistas com moradores e líderes comunitários;
- entrevistas com os responsáveis pelos espaços e ou programas sociais;
- entrevistas com lideranças comunitárias;
- confecção de mapas e maquetes representando a área adstrita.

As ESF também contribuíram com sugestões de textos de apoio para leitura e discussão com os estudantes relacionados ao programa e objetivo propostos. Tais instrumentos tornam-se importantes recursos nos casos de clima desfavorável (chuva) e outros imprevistos relativos às atividades nos espaços sociais.

Neste sentido, é importante ressaltar a necessidade de agendamento prévio das visitas e entrevistas nos espaços sociais e com grupos ou lideranças comunitárias.

Uma etapa anterior também importante foi a preparação realizada na FORP-USP com os grupos de estudantes. Nesta oportunidade foram abordados os seguintes aspectos:

1. a importância da atividade a ser desenvolvida para a formação enquanto futuros profissionais de saúde;

2. o diferencial que a atividade proporcionava em termos de currículo na área de Odontologia;
3. os objetivos desta primeira disciplina;
4. a necessidade de manutenção de postura profissional, tanto na unidade de saúde, quanto no território e nos espaços sociais;
5. a necessidade de vestimentas adequadas, principalmente do jaleco, bem como do crachá, os quais facilitam a identificação por parte dos usuários e da população quanto a proveniência dos estudantes;
6. o método e os critérios de avaliação dos estudantes e da disciplina.

Em outubro de 2004 ocorreu a primeira semana de atividades dos estudantes da FORP-USP nos Núcleos de Saúde da Família (Figuras 6 a 11). Neste período foram suspensas as atividades das demais disciplinas do curso e, dessa maneira, os estudantes puderam estar integralmente nos serviços de saúde. A partir de então, o período de ocorrência da disciplina passou a ser definido quando da elaboração da tabela-horário para o semestre, facilitando o planejamento das demais disciplinas e a organização dos serviços. A seleção da semana, tanto para as disciplinas do primeiro quanto do segundo anos do curso, levam em consideração os seguintes aspectos:

- devem ser evitadas as primeiras semanas do semestre, pois estas geralmente são utilizadas para a organização das atividades das disciplinas no curso;
- também devem ser evitadas as últimas semanas, pois a experiência mostra que, freqüentemente, acumulam-se tarefas não realizadas no decorrer do semestre, além do que podem surgir situações imprevistas que acarretam a necessidade de adaptações e modificações no cronograma proposto para que os objetivos da disciplina sejam atingidos.

- o conhecimento da rotina da unidade de saúde é importante no momento desta escolha, pois, no caso dos núcleos de saúde da família envolvidos no processo, a sugestão das equipes foi evitar a última semana do mês, já que esse período coincide com fechamento de relatórios, tarefa que geralmente envolve todos os membros da equipe de saúde;
- deve ser escolhida uma semana que não contenha feriados.

No mês seguinte, foi programado um encontro com todos os alunos e docentes envolvidos nas atividades com a Direção e Comissão de Graduação da FORP-USP, o qual contou, também, com a participação dos cirurgiões-dentistas dos NSF. Nesta oportunidade, cada grupo de estudantes realizou uma apresentação das atividades realizadas, possibilitando o compartilhamento das experiências vividas entre eles, bem como a avaliação por parte dos dirigentes do curso. Pôde-se observar que a estrutura das unidades e as características dos territórios são diferentes, assim como as atividades desenvolvidas em cada uma, porém os objetivos puderam ser atingidos no conjunto.

Também foram realizadas avaliações com participação dos profissionais das unidades de saúde e os docentes envolvidos no processo, tanto da FORP-USP quanto dos demais cursos que desenvolviam atividades nas unidades.

Nos anos seguintes (2005 e 2006) a estrutura foi mantida, com pequenos ajustes, no sentido de aprimorar o processo.

Figura 7 – Interação com a equipe

Figura 8 – Novas pedagogias

Figura 9 – Atividades em grupo (1)

Figura 10 – Territorialização (1)

Figura 11 – Territorialização (2)

Figura 12 – Aproximação com a população

O segundo ano

A integração dos docentes da área de Saúde Coletiva com as atividades desenvolvidas nos serviços continuou desde o início das atividades dos estudantes da FORP-USP nos NSF, como descrito anteriormente, ação que permanece até os dias atuais.

No início de 2005, a preparação para a segunda disciplina, agora com os alunos já no segundo ano do curso, foi desencadeada junto às ESF seguindo o mesmo processo do ano anterior, considerado por todos exitoso e essencial. Assim, foi apresentada a proposta da estrutura da disciplina (Quadro 10), a qual foi trabalhada em cada unidade de saúde, de acordo com suas estruturas físicas, características populacionais e organizações de trabalho.

Quadro 10 – Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família II

<p style="text-align: center;">FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO CLÍNICA INFANTIL, ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL DISCIPLINA: 8072002 – Programa Saúde da Família II</p> <p>Créditos Aula: 2</p> <p>Créditos Trabalho: 1</p> <p>Carga Horária Total: 60 h</p> <p>Tipo: Semestral</p> <p>Objetivos: Contribuir para o desenvolvimento da compreensão, por parte do estudante, do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, do processo saúde-doença como resultante de determinantes biológicos e sociais, da integralidade da atenção como eixo norteador da atenção em saúde, do processo de gestão dos serviços de saúde e da responsabilização pelo cuidado enquanto profissional de saúde.</p> <p>Docente(s) Responsável(eis) 2085660 - Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe</p> <p>Programa Resumido: Diagnóstico de saúde em um território, por meio de atividades desenvolvidas em unidade de serviço público de saúde, por um período intensivo de uma semana.</p> <p>Programa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de saúde em um território: informações relevantes para o planejamento de ações de saúde. 2. Informações demográficas: composição da população segundo idade, sexo, grau de escolaridade, número de pessoas por domicílio, entre outras. 3. Levantamento de nascimento no município distrito de saúde/unidade de saúde. 4. Levantamento do número e causas de óbitos no distrito de saúde/unidade de saúde. 5. Levantamento de morbidade no distrito de saúde/unidade de saúde. 6. Hierarquização dos serviços no município.

Continua

Continuação

7. Confeção e apresentação de relatório.

Avaliação**Método**

Os estudantes serão avaliados pelo docente/cirurgião-dentista supervisor das atividades, bem como pelos profissionais da unidade de saúde em que estas forem desenvolvidas.

Para cada atividade proposta, o estudante será avaliado levando-se em consideração os seguintes aspectos:

- Assiduidade
- Pontualidade
- Vestimenta adequada
- Participação
- Responsabilidade
- Interesse
- Contribuição para o processo
- Interação com a equipe de saúde
- Postura Ética
- Respeito para com os colegas
- Respeito para com os profissionais da unidade de saúde
- Respeito para com os usuários da unidade de saúde
- Respeito para com o(s) supervisor(es)

Critério

Serão utilizadas as seguintes notas/conceitos para classificar o desempenho dos estudantes:

0,0 – 3,0: insuficiente (Reprovado)

3,1 – 4,9: insatisfatório (Recuperação)

5,0 – 8,0: satisfatório (Aprovado)

8,1 – 10,0: bom (Aprovado)

Norma de Recuperação: Realização satisfatória da atividade na qual o desempenho do estudante foi considerado insatisfatório durante o decorrer da Disciplina.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 648/GM, 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 650/GM, 28 de março de 2006. **Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan. – mar., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

Continua

Conclusão

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2.000.** Brasília: Ministério da Saúde, 2.000. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** 2006

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.3, p.316-319, jun., 2000.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan.-fev 2005.

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.-dez., 2005.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl), p. 203-211, 2002.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev 2005.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 1.8, n. 3, p.515-523, sep./dez. 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto PSF/FORP 2006: condições de saúde bucal nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP – Ribeirão Preto – 2006.** Ribeirão Preto: FORP/USP, 2006. 52 p.

Vilela, E. M.; Mendes, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.525-31, jul-ago 2003.

WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família: educação e controle da população.** Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

Deste processo foram organizadas diferentes atividades para que fossem alcançados os objetivos propostos:

- reconhecimento do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica);
- coleta de informações de saúde via SIAB;
- coleta de informações em outros serviços de informação no município e via Internet;
- visita e entrevista nos serviços de vigilância em saúde no Distrito e no Município;
- visita e entrevista nos serviços responsáveis pela regulação da assistência no município;
- estudo de família acompanhada na unidade, compreendendo revisão de prontuários na unidade de saúde da família e nos serviços especializados (secundário e terciário), bem como visita domiciliar para complementação e atualização de informações necessárias à continuidade do seguimento.

Novamente as equipes participaram diretamente da construção do cronograma da semana (Anexo 4), das dinâmicas de grupo e dos textos que seriam utilizados como estratégias didáticas, da seleção das famílias que seriam estudadas e dos locais a serem visitados.

Em abril de 2005 ocorreram as atividades propostas para a segunda semana de atividades da disciplina nos NSF (Figuras 12 a 15). As experiências foram novamente compartilhadas pelos estudantes, docentes, profissionais do serviço e dirigentes da faculdade em encontro realizado posteriormente na FORP-USP e as atividades foram avaliadas por cada uma das equipes de saúde envolvidas nas respectivas unidades.

Em 2006 e 2007 manteve-se a estrutura proposta, com as lapidações necessárias.

Figura 13 – Atividades em grupo (2)

Figura 14 – Novas pedagogias (2)

Figura 15 – Diagnóstico de Saúde (1)

Figura 16 – Diagnóstico de saúde (2)

O terceiro ano

Nesta etapa da formação dos estudantes constituía-se intenção das disciplinas aproximá-los das questões relativas à saúde bucal, ainda segundo um olhar sobre a coletividade. Assim, foram propostas duas disciplinas semestrais para que fossem ministradas no decorrer do terceiro ano do curso, agora com atividades semanais (Quadro 11).

Quadro 11 – Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família III e IV

<p style="text-align: center;">FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO CLÍNICA INFANTIL, ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL. DISCIPLINAS: 8073001 – Programa Saúde da Família III 8073005 – Programa Saúde da Família IV</p> <p>Créditos Aula: 4</p> <p>Créditos Trabalho: 1</p> <p>Carga Horária Total: 90 h</p> <p>Tipo: Semestral</p> <p>Objetivos: Contribuir para o desenvolvimento da compreensão, por parte do estudante, do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, do processo saúde-doença como resultante de determinantes biológicos e sociais, da integralidade da atenção como eixo norteador da atenção em saúde, do processo de gestão dos serviços de saúde e da responsabilização pelo cuidado enquanto profissional de saúde.</p> <p>Docente(s) Responsável(eis) 2085660 - Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe</p> <p>Programa Resumido: Diagnóstico populacional de saúde bucal e ações coletivas de saúde desenvolvidas de forma contínua em espaços sociais e/ou unidades de saúde.</p> <p>Programa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: levantamento das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento dos grupos populacionais da área de abrangência de unidades de saúde. 2. Atividades de educação para a saúde: dirigidas a grupos populacionais nos espaços sociais da área de abrangência e ou nas unidades de saúde. 3. Medidas preventivas coletivas: ações de prevenção das doenças bucais dirigidas a grupos populacionais nos espaços sociais da área de abrangência e/ou nas unidades de saúde. 4. Confecção e apresentação de relatório. <p>Avaliação Método Os estudantes serão avaliados pelo docente/cirurgião-dentista supervisor das atividades, bem como pelos profissionais da unidade de saúde em que estas forem desenvolvidas. Para cada atividade proposta, o estudante será avaliado levando-se em consideração os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Assiduidade · Pontualidade · Vestimenta adequada
--

Continua

Continuação

- Participação
- Responsabilidade
- Interesse
- Contribuição para o processo
- Interação com a equipe de saúde
- Postura Ética
- Respeito para com os colegas
- Respeito para com os profissionais da unidade de saúde
- Respeito para com os usuários da unidade de saúde
- Respeito para com o(s) supervisor(es)

Critério

Serão utilizadas as seguintes notas/conceitos para classificar o desempenho dos estudantes:

0,0 – 3,0: insuficiente (Reprovado)

3,1 – 4,9: insatisfatório (Recuperação)

5,0 – 8,0: satisfatório (Aprovado)

8,1 – 10,0: bom (Aprovado)

Norma de Recuperação: Realização satisfatória da atividade na qual o desempenho do estudante foi considerado insatisfatório durante o decorrer da Disciplina.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 648/GM, 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 650/GM, 28 de março de 2006. **Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan. – mar., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2.000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2.000. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Continua

Conclusão

- Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.3, p.316-319, jun., 2000.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan.-fev 2005.
- OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.-dez., 2005.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl), p. 203-211, 2002.
- SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev 2005.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 1.8, n. 3, p.515-523, sep./dez. 2003.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto PSF/FORP 2006: condições de saúde bucal nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP – Ribeirão Preto – 2006**. Ribeirão Preto: FORP/USP, 2006. 52 p.
- Vilela, E. M.; Mendes, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.525-31, jul-ago 2003.
- WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família**: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

Após a finalização da disciplina do segundo ano, no segundo semestre de 2005, os docentes da área de Saúde Coletiva da FORP-USP iniciaram uma série de reuniões com os cirurgiões-dentistas que atuavam nos NSF a fim de que fossem organizadas as atividades para esses estudantes. O grupo verificou a necessidade de que, antes de serem organizadas as atividades coletivas, houvesse um diagnóstico das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento odontológico da população das áreas adstritas.

Tal sugestão foi discutida, então, com as ESF e docentes de cada unidade de saúde envolvida, a qual foi aceita e, de forma semelhante às demais disciplinas, esta foi construída

levando-se em consideração o conhecimento adquirido sobre as características da população local, a experiência das equipes em atividades semelhantes e a contribuição esperada de tal ação.

Optou-se, na ocasião, pela realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal com base nos critérios propostos pela OMS (WHO, 1997) e na experiência do último levantamento com abrangência nacional realizado no país (Brasil, 2000), compreendendo os domicílios cadastrados nos NSF.

Em março de 2006 iniciou-se a disciplina, com encontros semanais, nos quais foram desenvolvidas atividades relacionadas com todas as etapas necessárias para a realização do levantamento epidemiológico: (1) planejamento, (2) treinamento, (3) coleta de dados, (4) tabulação dos dados e, (5) análise dos resultados.

Cada grupo de estudantes elaborou uma proposta para o levantamento epidemiológico, que foi compartilhada com os demais grupos e, após ampla discussão, foi construída uma proposta conjunta para os quatro NSF (USP, 2006), a qual foi apresentada e (re)discutida também em cada unidade de saúde. A partir de então, cada grupo organizou a seleção da amostra na sua área de abrangência (Quadro 12 e Figura 16) e iniciou a etapa de treinamento, processo que durou todo o primeiro semestre.

Quadro 12 – Famílias sorteadas na Micro-área nº. 1 para o levantamento das condições de saúde bucal do Núcleo de Saúde da Família 3.

MICRO –ÁREA Nº 1		ACS: CRISTINA		
<i>Nº. da família</i>	<i>Rua</i>	<i>Nº.</i>	<i>Nº. Moradores</i>	
45	Alfredo Siqueira	329	4	
143	Conde D’Eu	37	2	
80	Conde D’Eu	48	2	
117	Conde D’Eu	131	4	
147	Conde D’Eu	141	4	
169	Conde D’Eu	150	1	
41	Ferrucio Bertolucci	48	2	
100	Ferrucio Bertolucci	87	4	
46	Ferrucio Bertolucci – fundo	48	2	
53	Itapetininga	537	6	
127	Itapetininga	549	4	
70	Major Ricardo	50	4	
139	Major Ricardo	62	4	
48	Major Ricardo	65	3	
98	Paranapanema	138	3	
105	Paranapanema	385	3	
28	Paranapanema	403	2	
51	Paranapanema	484	4	
36	Paranapanema	563 (c.2)	1	
150	Paranapanema	563 (c.11)	2	
37	Paranapanema	563. (c.2F)	3	
114	Paranapanema	609	2	
138	Travessa Alvorada	55	3	
111	Travessa Alvorada	61	6	
152	Travessa Nossa Senhora da Penha	70	6	
11	Travessa Nossa Senhora da Penha	163	2	
10	Travessa Nossa Senhora da Penha	163	2	
15	Travessa Nossa Senhora da Penha	166	3	
18	Travessa Nossa Senhora da Penha	192	4	
24	Travessa Nossa Senhora da Penha	228	3	
22	Travessa Nossa Senhora da Penha	312	4	
30	---	---	98

Figura 17 – Domicílios sorteados para o levantamento das condições de saúde bucal na população do NSF 3.

As etapas seguintes (coleta, tabulação e análise dos dados) seguiram-se ao longo do segundo semestre, finalizadas com nova apresentação e discussão das experiências e resultados observados em cada NSF (Figuras 17 a 22).

Em 2007, com o objetivo de complementar o processo iniciado anteriormente, iniciou-se a preparação e desenvolvimento de um levantamento epidemiológico em saúde bucal a ser realizado nas unidades de ensino público do território adstrito aos NSF, compreendendo creches, unidades de ensino infantil e fundamental. Além dessa atividade, foram iniciadas as atividades coletivas em saúde bucal nas unidades de saúde e de ensino. O processo de desenvolvimento das atividades ocorrerá de acordo com as etapas realizadas no ano anterior.

Neste primeiro semestre, também foi desenvolvida visita aos acamados e realização de exames bucais com finalidade de prevenção de câncer bucal na área adstrita do NSF 3, atrelada à campanha anual de vacinação contra influenza da população idosa.

Figura 18 – Levantamento epidemiológico (1)

Figura 19 – Levantamento epidemiológico (2)

Figura 20– Exame bucal em domicílio

Figura 21 – Deslocamento até o NSF 3

Figura 22 – Deslocamento na área do NSF 3

Figura 23 – Lesão bucal observada em acamado

O quarto ano

A proposta de atividades em serviço de saúde para o quarto ano vislumbrava a interação do estudante de odontologia na equipe de saúde da família. Para que isso fosse possível, era necessária uma convivência com a rotina diária do serviço e do modelo de atenção desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família. Assim, foi programada a permanência de duplas de estudantes por um mês em cada NSF, de fevereiro a novembro, a fim de cumprir o programa proposto para a disciplina, como mostra o Quadro 13.

Quadro 13 – Estrutura da Disciplina Programa Saúde da Família V.

<p style="text-align: center;">FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO CLÍNICA INFANTIL, ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL DISCIPLINA: 8074004 – Programa Saúde da Família V</p> <p>Créditos Aula: -</p> <p>Créditos Trabalho: 4</p> <p>Carga Horária Total: 120 h</p> <p>Tipo: Semestral</p> <p>Objetivos: Contribuir para o desenvolvimento da compreensão, por parte do estudante, do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, do processo saúde-doença como resultante de determinantes biológicos e sociais, da integralidade da atenção como eixo norteador da atenção em saúde, do processo de gestão dos serviços de saúde e da responsabilização pelo cuidado enquanto profissional de saúde.</p> <p>Docente(s) Responsável(eis) 2085660 - Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe</p> <p>Programa Resumido: Estágio desenvolvido em unidade de serviço público de saúde, por um período intensivo de um mês.</p> <p>Programa Estágio em unidade de saúde compreendendo integração com equipe de saúde e atividades de reunião administrativa, discussão de família, reuniões de grupo com usuários, visitas domiciliares, consultas odontológicas, tratamento odontológico, eventos e programas comunitários, entre outras.</p> <p>Avaliação Método Os estudantes serão avaliados pelo docente/cirurgião-dentista supervisor das atividades, bem como pelos profissionais da unidade de saúde em que estas forem desenvolvidas. Para cada atividade proposta, o estudante será avaliado levando-se em consideração os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Assiduidade · Pontualidade · Vestimenta adequada
--

Continua

Continuação

- Participação
- Responsabilidade
- Interesse
- Contribuição para o processo
- Interação com a equipe de saúde
- Postura Ética
- Respeito para com os colegas
- Respeito para com os profissionais da unidade de saúde
- Respeito para com os usuários da unidade de saúde
- Respeito para com o(s) supervisor(es)

Critério

Serão utilizadas as seguintes notas/conceitos para classificar o desempenho dos estudantes:

0,0 – 3,0: insuficiente (Reprovado)

3,1 – 4,9: insatisfatório (Recuperação)

5,0 – 8,0: satisfatório (Aprovado)

8,1 – 10,0: bom (Aprovado)

Norma de Recuperação: Não prevê recuperação.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 648/GM, 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 650/GM, 28 de março de 2006. **Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan. – mar., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2.000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2.000. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006

Continua

Conclusão

- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.3, p.316-319, jun., 2000.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan.-fev 2005.
- OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.-dez., 2005.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl), p. 203-211, 2002.
- SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev 2005.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 1.8, n. 3, p.515-523, sep./dez. 2003.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto PSF/FORP 2006: condições de saúde bucal nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP – Ribeirão Preto – 2006**. Ribeirão Preto: FORP/USP, 2006. 52 p.
- Vilela, E. M.; Mendes, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.525-31, jul-ago 2003.
- WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família**: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

No segundo semestre de 2006 iniciaram-se os preparativos para a viabilização da disciplina no ano seguinte, tanto internamente, como nos serviços. Foi preciso, como nas outras ocasiões, um investimento diferenciado dos docentes da área de saúde coletiva e da Comissão de Graduação, no sentido de situar os estudantes e os docentes de outras áreas quanto à proposta, já que os primeiros ficariam afastados por um mês das atividades na unidade, o que implicaria em necessidade de (re)organização do curso para que não houvesse prejuízo para o ensino e para o atendimento clínico dos usuários na instituição.

Em relação aos docentes, o principal desafio foi fazê-los entender que sempre haveria um grupo de oito alunos em atividades no PSF, tendo que restringir as aulas teóricas para um período comum a todos que pudessem estar na Faculdade, para que os conteúdos das outras disciplinas pudessem ser ministrados sem interferir no ensino/aprendizagem. Para equalizar esta situação foram realizadas reuniões da Comissão de Graduação com os responsáveis por disciplinas do sétimo e oitavo períodos do curso, inclusive pelas atividades em serviço, durante as quais chegaram-se às seguintes decisões:

- as atividades no serviço iniciariam em 30 de janeiro e encerrariam em 30 de novembro;
- as aulas teóricas seriam concentradas em um período da semana, no qual não haveria atividade nos serviços;
- a escala de estudantes em atividade nos serviços seria construída garantindo a continuidade do atendimento dos pacientes na FORP-USP, ou seja, como os atendimentos são realizados em duplas, apenas um desses estudantes poderia se afastar para desenvolver atividades fora da Unidade de cada vez;
- os responsáveis por disciplinas assumiram o compromisso de que os estudantes em atividade nos serviços não seriam prejudicados em suas avaliações.

Especificamente em relação aos estudantes, o principal desafio foi adequar o calendário escolar às atividades do serviço, de tal modo que eles assimilassem o fato de um grupo estar em atividade em fevereiro e julho, períodos de férias no curso. Alguns fatores podem ser considerados facilitadores nesse processo:

- os estudantes tinham conhecimento dessa realidade desde o primeiro ano, quando da primeira inserção deles no serviço;

- foi trabalhada desde o início, como um dos enfoques principais das atividades destas disciplinas, o desenvolvimento, por parte dos estudantes, da postura profissional desejada para atuação em qualquer tipo de atividade desenvolvida (na esfera pública ou privada) e o compromisso social desta formação;
- neste momento da preparação, os estudantes puderam, eles mesmos, organizar a escala das duplas de estudantes para cada NSF;
- foi garantida a abertura para que todas as dificuldades enfrentadas pelos estudantes durante esse processo, as quais foram abordadas buscando o equilíbrio entre as necessidades individuais e do grupo.

Em novembro de 2006 a escala foi finalizada e encaminhada para a Seção de Graduação, que ficaria responsável por dar conhecimento às demais áreas do curso.

Paralelamente, a construção coletiva das atividades nas unidades de saúde prosseguia. Como a proposta previa a integração às atividades do serviço, cada NSF organizou as atividades de acordo com o processo de trabalho de sua equipe de saúde (ANEXO 5) e, em geral, correspondem ao proposto no programa da disciplina.

A disciplina está atualmente em curso, sendo que as primeiras duplas iniciaram as atividades em 30 de janeiro de 2007 e, sucessivamente a cada quatro semanas, outras duplas são inseridas nos serviços de saúde (Figuras 23 a 28).

Figura 24 – Atividades de planejamento de ações com a equipe de saúde da família

Figura 25 – Atividades de promoção de saúde na unidade

Figura 26 – Atividades de promoção de saúde na área adstrita(1)

Figura 27 – Atividades de atenção em saúde bucal dirigidas a famílias

Figura 28 – Visita Domiciliar

Figura 29 – Atividades reabilitadoras

Conquistas e desafios

O contexto recente de movimentos políticos de adequação da formação superior em saúde (BRASIL, 2002a; 2004c; 2004g; 2005b) no sentido de aproximá-la das necessidades de atenção em saúde da população e do sistema de saúde vigente no país, o SUS, favoreceu as mudanças curriculares ocorridas na FORP-USP. Porém, tal conjuntura não teria influenciado os movimentos internos na Unidade, se a coordenação da Comissão de Graduação, nas figuras das Profas. Dras. Marisa Semprini e Maria da Glória Chiarello de Mattos, não estivesse acompanhando de perto toda a discussão em torno do assunto, inclusive por meio de participações ativas durante as reuniões da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).

Especificamente em relação à integração com os serviços de saúde, o movimento de aproximação com a FMRP-USP e EERP-USP, desencadeado paralelamente à discussão interna de mudança curricular, tornou-se importante fator coadjuvante no processo até então vivido na FORP-USP, o qual resultou na implementação de atividades curriculares dos estudantes de Odontologia, durante todo o percurso do curso, nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Sumarezinho – Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto.

A opção pela Estratégia de Saúde da Família teve um significado importante, já que sua proposta principal é a substituição do modelo de atenção tradicional desenvolvido na atenção básica em saúde. Como a proposta da FORP-USP era de real transformação do modelo formador, a interação com o serviço haveria que se dar em espaços nos quais se desenvolvessem ações tendo como princípio um conceito ampliado de saúde e processo de trabalho em equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2001b; 2003d; 2004b; 2006b; 2006f).

Foi e está sendo, ainda, um processo lento e de profundas transformações, o que implica na necessidade de muita articulação, interna e externa, e persistência nos objetivos que se pretende alcançar.

Nos serviços, o reconhecimento quanto à importância e o valor da aproximação da Odontologia, principalmente em relação à atenção em saúde dirigida aos usuários, foi fundamental para viabilizar o processo de “migração” do ensino para fora dos muros da FORP-USP.

Vários foram os desafios, internos e externos, enfrentados neste processo. Entre os desafios internos destaca-se a resistência entre os docentes não pertencentes à área de Saúde Coletiva em entender e aceitar a necessidade de adequação do calendário do ensino ao calendário do serviço, bem como as ausências dos estudantes em determinados períodos, o que afetou a liberdade de se agendar atividades extras ou reposições. Este fato resultou, também, na necessidade de acompanhamento mais próximo por parte da Seção de Graduação neste aspecto. Entre os estudantes, a dificuldade enfrentada foi sensibilizar uma pequena parcela deles para a proposta de desenvolvimento da competência para o cuidado ampliado em saúde. Estes poucos ainda chegam ao término do curso voltados especificamente para a valorização da técnica cirúrgico-restauradora e para a abordagem da saúde bucal descolada das condições de vida e de saúde das pessoas. Campos, (1999) observa que os estudantes, em geral, estariam também encantados pela tecnologia e pelos aparatos em que o paciente é quase um insumo a mais.

Outra dificuldade interna enfrentada foi o fato de uma das docentes da área de Saúde Coletiva não ter se adequadado à proposta da integração ensino/serviços. Para atuação nesta área é preciso, além de conhecimento específico, disposição e comprometimento, tanto para com a formação quanto para com o serviço de saúde. Tal situação também foi relatada por Padilha (1991) ao observar docentes da área de enfermagem mais envolvidos com as atividades de

pesquisa do que com as de ensino, com o agravante de colocarem em segundo plano a prática assistencial. No nosso caso, quando o treinamento dos alunos não ocorreu como também o engajamento de uma de nossas docentes, o resultado ficou prejudicado a ponto de provocar mal estar entre os estudantes e no próprio NSF. No entanto, o problema foi resolvido com a saída da docente da disciplina e a contratação de outra professora, com o perfil necessário para atuação nesta área. Realmente não são muitos os docentes que dispõem de características profissionais e pessoais para ampliarem seu “espaço de atuação” para além das fronteiras e do conforto da instituição de ensino. De acordo com Campos, (1999), uma das principais resistências observadas diz respeito ao fato de que alguns professores estariam muito presos à lógica dos serviços especializados e teriam resistência a sair de dentro dos próprios muros.

Entre as equipes das unidades de saúde, a atuação dos estudantes da FORP-USP tem sido compreendida, aceita e valorizada. Atualmente é, inclusive, reconhecida a contribuição oportunizada, tanto para a atenção à saúde das famílias seguidas, quanto para o próprio processo de trabalho da ESF. Porém, cabe ressaltar que esses profissionais já possuem, historicamente, prática de relação com processos de formação em saúde, principalmente para os cursos de medicina e enfermagem. Entre os profissionais da rede de serviços que ainda não viveram essa experiência, tem sido observada uma resistência muito maior em terem estudantes envolvidos nas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, o que pode levar à perda de oportunidade para, como afirmam Mendes et al. (2000), instituir-se uma estratégia para a melhoria da qualidade da assistência prestada, para o desenvolvimento de investigações com conseqüente utilização dos resultados das pesquisas à prática e para a educação e formação do capital humano da área.

Fator importante para o sucesso da interação com as ESF foi a aproximação anterior dos docentes da FORP-USP que estariam responsáveis pelo acompanhamento dos estudantes, bem como e, conseqüentemente, a participação e colaboração das equipes na elaboração das

atividades a serem desenvolvidas, como bem ressaltam Shimizu, (1999), Mendes et al. (2000) e Campos (2005).

Um fato observado nos vários níveis da administração pública pôde ser observado neste processo de interação com os serviços de saúde: quando há mudanças na direção das instituições, corre-se risco de ruptura ou abalos no andamento das parcerias, por um lado devido à falta de conhecimento ou entendimento quanto ao processo até então construído, ou, ainda, pelas disputas de poder que as relações entre instituições, lamentavelmente, podem suscitar.

O Programa Pró-Saúde (BRASIL, 2005b) tornou-se importante impulsor para o processo de mudanças curriculares visando a aproximação com os serviços, pois em muitos locais o grande entrave tem sido a falta de infra-estrutura nas unidades de saúde para receber estudantes das diversas áreas da saúde, principalmente da Odontologia, a qual necessita de aparatos tecnológicos específicos para o desenvolvimento de parte de suas ações, principalmente cirúrgico-reabilitadoras.

Existem vários movimentos – políticos e educacionais – por parte do Governo Federal (Ministério da Saúde e da Educação), dos órgãos representativos da sociedade (Conselhos de Saúde) e de grupos específicos ligados ao ensino ou à atenção em saúde (Associações de Ensino Superior, Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde), bem como das próprias instituições de ensino superior, no sentido de promover uma formação superior em saúde mais próxima das necessidades do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da população brasileira. Em algumas áreas esse processo já está mais adiantado, em outras ainda resta um longo caminho a percorrer. Os resultados certamente só poderão ser sentidos a médio e longo prazo, mas é preciso que todos, instituições de ensino e serviços, compreendam que não há mais como retornar nesse caminho, pois não é uma questão de vontade pessoal, e, sim, uma necessidade social.

Avaliação

Uma das preocupações entre os envolvidos (docentes, profissionais e dirigentes) no processo de interação da formação na FORP-USP com os serviços de saúde tem sido a avaliação, tanto dos estudantes, quanto das atividades em si.

Não é tarefa fácil realizar avaliação de estudantes quando se desenvolve atividade de ensino utilizando metodologias ativas, principalmente para estes que convivem mais intensamente com processos de ensino e avaliação tradicionais.

Para as atividades desenvolvidas nos serviços no primeiro, segundo e terceiro anos do curso, conforme mostram os Quadros 9, 10, 11 e 13, os estudantes são avaliados durante todo o processo, levando-se em consideração seu desempenho (assiduidade, pontualidade, vestimenta adequada, participação, responsabilidade, interesse, contribuição para o processo, interação com a equipe de saúde, postura ética, respeito para com os colegas, respeito para com os profissionais da unidade de saúde, respeito para com os usuários da unidade de saúde e respeito para com supervisores). Tal proposta é possível, levando-se em consideração tratar-se de grupos de, no máximo, 20 (vinte) estudantes por unidade e tem sido executada com a participação dos profissionais dos serviços.

Além desse processo contínuo, considera-se também, para efeito de atribuição de nota, o relatório final e sua apresentação no encerramento das disciplinas.

Em relação à Disciplina Programa Saúde da Família V, em andamento, como a permanência na unidade por 4 (quatro) semanas contínuas proporciona uma integração maior às rotinas de trabalho da unidade de saúde, as Equipes de Saúde da Família (ESF) têm participado do processo de avaliação mais intensamente. Além disso, existem momentos de supervisão com os docentes responsáveis, situações que também permitem a avaliação constante das duplas de estudantes em atividade.

Nesse sentido, estão sendo implantados, em caráter experimental, duas medidas: (1) a aplicação de um instrumento que possibilite à ESF realizar a avaliação dos estudantes de todos os cursos que realizam atividades na unidade, o qual ainda se encontra em fase de elaboração, e (2) a elaboração, por parte dos estudantes, de um portfólio, com o objetivo de proporcionar-lhes a possibilidade de se expressar mais amplamente quando comparado à confecção de relatório.

O instrumento de avaliação que está sendo elaborado com a participação dos profissionais da ESF no Núcleo de Saúde da Família 3 (NSF), dos supervisores dos diversos cursos e dos estudantes em atividade na unidade, tem como objetivo orientar tanto os profissionais, quanto os estudantes, em relação aos aspectos que devem ser considerados neste processo, com base nas propostas das atividades e no que se espera de um profissional que está sendo formado para atuar segundo a proposta da Estratégia de Saúde da Família e em equipe multiprofissional.

Quanto ao portfólio, este está sendo proposto, como consta no ANEXO 5, com o objetivo de ser um documento “elaborado pelo aluno, onde deverão estar registradas todas as atividades realizadas, com descrição dos conteúdos de cada uma, da literatura eventualmente consultada, bem como dos benefícios para o aprendizado, para o cuidado do usuário, para a equipe, das dificuldades enfrentadas, das sugestões para o aprimoramento das mesmas e de outros aspectos que julgarem necessários e/ou importantes”. Enfim, que conte a história de sua experiência. O Portfólio é entregue para avaliação e, depois, devolvido para o estudante, pois é um trabalho que pertence a ele.

Quanto à avaliação dos estudantes em relação às atividades desenvolvidas nas disciplinas, a cada encerramento esses têm oportunidade de se expressarem após a apresentação do relatório de atividades. Porém, sentindo a necessidade de tornar esse processo mais objetivo e de registrar as opiniões dos estudantes, foi aproveitada a experiência da Área

de Saúde Coletiva vivida no segundo Curso de Especialização em Saúde da Família do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Nordeste Paulista, coordenado pela Escola de Enfermagem e Faculdades de Medicina e Odontologia do Campus da USP em Ribeirão Preto, e adaptaram para a realidade das disciplinas o instrumento de avaliação utilizado para aquele curso. Este instrumento passou a ser aplicado a partir do segundo semestre de 2006 e parte dos dados preliminares obtidos são apresentados na Figura 29. Foram respondidos 306 questionários, os quais não são identificados, por estudantes das disciplinas Programa Saúde da Família II e IV (segundo semestre de 2006) e Programa Saúde da Família I (primeiro semestre de 2007). Não estão computados os registros das disciplinas Programa Saúde da Família III e V, por estarem ainda em andamento em junho de 2007.

Figura 30 – Avaliação dos estudantes das Disciplinas Programa Saúde da Família *.
 FORP-USP, nov.2006/ jun 2007.
 (*) Exceto Programa Saúde da Família V.

A análise preliminar mostra que cerca de 95,6% dos estudantes (n=320) preencheram e entregaram o instrumento de avaliação, e manifestaram opiniões bastante positivas em relação a todos os aspectos abordados, principalmente carga horária, contribuição para a sua formação e interação com a ESF. Quanto à bibliografia sugerida e instalações das unidades, mais da metade considerou boas ou ótimas, com sinais da necessidade de melhorias.

Em relação à bibliografia, os docentes e as equipes já haviam sentido a dificuldade de encontrar na literatura textos adequados para os objetivos das atividades propostas e para a realidade local. Tem sido uma preocupação constante e, um dos aspectos também colocados pelos estudantes durante o desenvolvimento das atividades é a falta de motivação e costume de leitura para preparação das atividades. Para contemplar os aspectos abordados, têm sido elaborados textos com base na literatura atual e nas características locais e de cada disciplina, como apresentado no ANEXO 6.

Quanto à infra-estrutura das unidades, aspecto já comentado anteriormente, espera-se que, com recursos obtidos nos projetos aprovados pelo Pró-Saúde (Odontologia e Enfermagem), tais dificuldades sejam superadas, ou, ao menos, minoradas.

Enfim, como se considera que o processo de avaliação deve ser contínuo e como, também, o processo de implantação das atividades ainda não está finalizado, mesmo com manifestação positiva por parte dos estudantes é preciso lembrar que o que não está adequado precisa ser melhorado e o que está em condições positivas precisa ser “cuidado”.

A experiência das mudanças curriculares da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo foi construída pela comunidade _ dirigentes, docentes das diferentes áreas de conhecimento e discentes _ envolvendo muita discussão e articulação entre os diversos atores. Particularmente, as mudanças que levaram à aproximação ensino/serviços de saúde agregaram outros atores: dirigentes dos serviços, equipes de profissionais das unidades de saúde e docentes de outros cursos do Campus da USP de Ribeirão Preto.

A interação ensino/serviço na formação em Odontologia é imprescindível, diante da atual conjuntura social, política, educacional e de mercado de trabalho. Do processo vivido, podem ser destacados os seguintes aspectos a serem observados, a fim de que se obtenha êxito neste tipo de atividade:

1. sensibilização do corpo docente da instituição de ensino para as mudanças internas necessárias para viabilizar o desenvolvimento de atividades fora dos muros da unidade;
2. sensibilização dos dirigentes das instituições para a construção de parcerias que possam trazer benefícios tanto para o ensino, quanto para o serviço, mas principalmente, direta ou indiretamente, para a população;
3. aproximação da academia à realidade dos serviços de saúde;
4. construção conjunta academia/serviço das atividades a serem desenvolvidas, aproximando as necessidades de formação às da população assistida e à lógica da atenção;
5. participação de docentes com perfil adequado para o desenvolvimento de atividades de ensino e assistência nos serviços de saúde;
6. manutenção de canal permanente de articulação ensino/equipes de saúde/dirigentes institucionais;

7. sensibilização contínua do corpo discente para as atividades desenvolvidas nos serviços, especialmente quanto ao compromisso e responsabilização frente aos profissionais e usuários;
8. movimento conjunto da academia e do serviço no sentido de buscar soluções para as dificuldades estruturais das unidades de saúde para o acolhimento da participação de estudantes;
9. manutenção das políticas públicas que motivem e favoreçam a formação superior em saúde adequada à realidade social do país;

Espera-se que essa experiência aqui retratada possa contribuir para com outras propostas de interação ensino/serviço, mas principalmente para que nós mesmos possamos utilizá-la como referencial para o nosso próprio aprimoramento, já que não se constrói um futuro melhor sem o olhar crítico para o passado e para o presente.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 783-836.

ARAUJO, M. E. **A educação superior em Odontologia na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde**. 2004. 229f. Tese (Livre-docência). Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de ensino superior. **Programa de integração docente-assistencial – IDA**. Brasília: MEC-SESU-CCS, 1981. 32 p. (Caderno de ciências da saúde, 3).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 8.080 de 30 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.203, 06 de novembro de 1996**. Aprova a NOB/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas da gestão do sistema. Brasília, DF, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.886, 18 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.329, 12 de novembro de 1999**. Estabelece, como critério para a definição do valor do incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, a cobertura populacional das equipes de saúde da família num determinado município. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1444/GM, 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000:** condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000c. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000d.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. **Plano Nacional de Extensão Universitária.** Brasília: MEC-SESU, 2000/2001. 16 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 3, 06 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 267/GM, 06 de março de 2001.** Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília, DF, 2001c.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE-CES nº 3, 19 de fevereiro de 2002.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS/CNS, 2002b. 72 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas PROMED.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002c. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 396/GM, 04 de abril de 2003.** Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 673/GM, 3 de junho de 2003.** Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 347, 27 de março de 2003.** Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a convocatória pública nº. 01/2003, incentivando os municípios e o

Distrito Federal que atendam aos critérios de elegibilidade a apresentarem projetos municipais de expansão do Saúde da Família no âmbito do PROESF. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan.-mar. 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 74/GM, 20 de janeiro de 2004.** Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil:** cadernos de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. 299 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. 364p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. 2004f. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/>. Acesso em: 13 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 2.118, 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. 77 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS.** Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 648/GM, 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 650/GM, 28 de março de 2006.** Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família. 2006d. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/>. Acesso em: 13 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006e. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006f.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006g. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004.** Brasília: INEP, 2006h. 531 p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E, ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan.-mar. 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes.** Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006. 220p.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out. 2004.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=372 > Acesso em: 13 de julho de 2007.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p. 143-7, 2000. Número Especial.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

DRAIBE, S. As políticas sociais nos anos 1990. In: BAUMANN, R. **Brasil**: uma década em Transição. Rio de Janeiro: Editora Campus/Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1999. p. 101-142

DUARTE, E. C.; SCHNEIDER, M. C.; PAES-SOUZA, R.; RAMALHO, W. M.; SARDINHA, L. M. V.; SILVA JÚNIOR, J. B.; CASTILLO-SALGADO, C. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 118 p.

EGRY, E. T.; BERTOLUZZI, M. R.; HISAKO, S. Integração docente assistencial: a transformação da qualidade do ensino e da assistência em saúde coletiva através da condução praxiológica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 169-176, 1991.

FERNANDES NETO, A. J.; CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L.; MORITA, M. C.; TOLEDO, A. O. Odontologia. In: BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**: 1991-2004. Brasília: INEP, 2006. p. 381-409.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. O. G.; BARBOSA, N.; KHALIL, M. E. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v. 22, p. 9-17, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar.-abr 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais da saúde**: edital de seleção de especializandos. Rio de Janeiro: ENSPSA/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/edital1000.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2007.

GARRAFA V. Saúde bucal e cidadania. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 50-7, dez. 1993.

GOUVEIA, R; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 139-146, jan./abr. 1999.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e educação. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ABENO, 2006. 264 p.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan.-fev 2005.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. T. Um ponto de reflexão sobre a integração docente assistencial. **Enfoque**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 62-63, 1987.

LAGANÁ, M. T. C. Integração docente assistencial. **Enfoque**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 12-15, 1986.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, Liverpool, v. 60; n. 1, p. 13-19, Jan. 2006.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: ABEM/Hucitec, 2004. p. 97-108.

MARSIGLIA, E. A. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. 118 p.

MASETTO, M. T. Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ABENO, 2006. 264 p.

MENDES, I. A. C.; TREVISAN, M. A.; FERRAZ, C. A.; HIGA, E. F. R. Contribuição das disciplinas da organização de aprendizagem ao processo de parceria docente-assistencial na enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 47-52, abr. 2000.

MORITA, M. C; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, Taguatinga, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

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

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**. Registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: OPAS/MS, 2006. 70 p.

PADILHA, M. I. C. S. Análise Crítica das causas da Integração e/ou desintegração docente assistencial na Enfermagem. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, Porto alegre, v. 12, n. 1, p. 33-37, 1991.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PINTO, V.G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir**. Brasília: Santos, 1993.

PIRES, L. S.; BOREIRA, N. R. S.; CANDRINA, E. F. Importância da integração docente assistencial: uma tentativa realizada em um Hospital Militar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 35 p. 35-95, 1982.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: a dialética do pensar e do fazer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 159 p.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.-dez. 2005.

SALUM, M. J. L. **A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde**: questões sobre o programa saúde da família. Brasília: Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psfcns.htm>. Acesso em: 13 de julho de 2007.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SCHRAIBER, B. R.; PEDUAAI, M.; SALA, A.; NEMES, M. T. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, E. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221-242, 1999.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SHIMIZU, H. E. A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente assistencial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 51-57, dez. 1999.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/fev. 2005.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 18, n. 3, p. 515-523, set./dez. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária em saúde**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004. 726 p.

TORRES, I. M. O.; OLIVEIRA, R. C.; SANTOS, I. Internato de Enfermagem e nutrição uma modalidade de integração docente assistencial. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 314, p. 280-289, 1984.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto pedagógico**. Ribeirão Preto, 1998. 73 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico**. Ribeirão Preto, 2004. 58 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto PSF/FORP 2006**: condições de saúde bucal nos Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP – Ribeirão Preto – 2006. Ribeirão Preto: FORP/USP, 2006. 52 p.

VASCONCELOS, C. P.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 531-562.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed São Paulo: HUCITEC, 1999. 336 p.

VIEIRA; A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S. P.; GARCIA, A. C. P. Panorama das graduações em saúde no Brasil – 2003. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídio para uma política de recursos humanos. Brasília: MS, 2006. 409 p.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-31, jul.-ago. 2003.

WEBER, C. A. T. **Programa de saúde da família**: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int. J. Health Serv.**, Amityville, v. 22, p. 429-445, 1992.

WORLD BANK. **World development report**. Washington, DC: World Bank, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/EPID, 1997. 66 p.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Revista divulgação saúde em debate**, n.13, p.18-35, jul. 1996.

Anexo 1 – Projeto Pedagógico da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP de 1998 (Parcial)

Relatório das alterações para 2004:

2.1. Relação da grade curricular referente às Disciplinas Obrigatórias, Optativas livres e Estágio Curricular para 2004

<u>Disciplinas Obrigatórias</u>
Bioquímica
Ciências Humanas e Sociais
Fisiologia do Corpo Humano
Morfologia do Corpo Humano
Introdução à Saúde Coletiva
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado I
Ergonomia
Biossegurança: Controle de Microrganismos
Propriedades físico-químicas e mecânicas dos Materiais Odontológicos e Materiais Odontológicos Preventivos da Cavidade da Boca
Morfologia da Cabeça e Pescoço
Anatomia e Oclusão Dental
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado II
Fisiologia Oral
Metodologia Científica e Epidemiologia I
Semiologia
Programa Saúde da Família I
Radiologia Básica
Cariologia e Odontologia Conservativa
Diagnóstico
Dentística e Materiais Aplicados
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado III
Farmacologia Básica
Periodontia Básica
Metodologia Científica e Epidemiologia II
Programa Saúde da Família II
Anestesiologia e Anatomia Topográfica
Clínica de Formação I
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado IV
Endodontia
Diagnóstico
Prótese Parcial Fixa e Materiais Aplicados
Clínica de Atendimento
Prótese Total e Materiais Aplicados
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Diagnóstico Clínico Integrado V
Clínica de Formação II
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
Terapêutica Medicamentosa
Farmacologia Aplicada
Programa Saúde da Família III
Metodologia Científica e Epidemiologia III

Clínica de Formação III
Odontopediatria I
Psicologia Aplicada
Ortodontia Preventiva I
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Diagnóstico Clínico Integrado VI
Clínica de Atendimento
Programa Saúde da Família IV
Biossegurança II
Clínica Integrada Profissionalizante
Ortodontia Preventiva II
Odontologia Legal e Deontologia
Odontopediatria II
Odontologia para a Clínica do bebê
Clínica de Formação IV
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Diagnóstico Clínico Integrado VII
Programa Saúde da Família V
Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva
Odontogerontologia
Prótese Buco Maxilo Facial
Procedimentos avançados em Clínica Odontológica
Urgência e Emergência

Disciplinas Optativas livre
Cultura e Extensão
Genética
Laser em Odontologia
Diagnóstico de Lesões Bucais Associadas a Doenças Sistêmicas
Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular
Exame Radiográfico Panorâmico
Reabilitação Protética do Globo Ocular
Estágio em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
Implantodontia
Tratamento de Dentes Incluso
Educação Física

Estágios Curricular
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA I
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA II
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA III
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA IV
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA V
Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva
Urgência e Emergência

2.2. Relatório das alterações propostas para o ano de 2004. Buscando a integração

(vertical e horizontal) dos conteúdos programáticos afins as disciplinas obrigatórias

sofreram as seguintes alterações:

Desdobramentos das disciplinas
O Conteúdo da Disciplina de <u>Microbiologia e Imunologia</u> desdobrou-se para compor a seguintes Disciplinas: 1. Biossegurança: Controle de Microorganismos 2. Cariologia 3. Periodontia Básica 4. Endodontia
O Conteúdo da Disciplina de <u>Materiais dentários</u> desdobrou-se para compor a seguintes Disciplinas: 1. Propriedades físico-químicas e mecânicas dos Materiais Odontológicos e Materiais Odontológicos Preventivos da Cavidade da Boca 2. Dentística e Materiais Aplicados 3. Prótese Parcial Fixa I e Materiais Aplicados 4. Prótese Total e Materiais Aplicados
O Conteúdo da Disciplina de <u>Oclusão</u> desdobrou-se para compor a seguintes Disciplinas: 1. Anatomia e Oclusão Dental 2.
O Conteúdo da Disciplina de <u>Metodologia Científica</u> desdobrou-se para compor a seguintes Disciplinas: 1. Metodologia Científica e Epidemiologia I 2. Metodologia Científica e Epidemiologia II 3. Metodologia Científica e Epidemiologia III
O Conteúdo da Disciplina de <u>Tópicos de Patologia Geral</u> desdobrou-se para compor a seguintes Disciplinas: A Disciplina de Geral desdobrou-se em: 1. Diagnóstico 2. Morfologia do Corpo Humano 3. Fisiologia do Corpo Humano

Criação de disciplina
Ciências Humanas e Sociais
Fisiologia do Corpo Humano
Ergonomia
Morfologia do Corpo Humano
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado I, II, III e IV
Biossegurança: Controle de Microrganismos
Propriedades físico-químicas e mecânicas dos Materiais Odontológicos e Materiais Odontológicos Preventivos da Cavidade da Boca
Morfologia da Cabeça e Pescoço
Anatomia e Oclusão Dental
Metodologia Científica e Epidemiologia I, II e III
Programa Saúde da Família I, II, III, IV e V
Cariologia e Odontologia Conservativa
Dentística e Materiais Aplicados
Anestesiologia e Anatomia Topográfica

Clínica de Formação I, II, III, IV
Prótese Parcial e Materiais Aplicados
Clínica de Atendimento
Prótese Total e Materiais Aplicados
Terapêutica Medicamentosa
Farmacologia Aplicada
Psicologia Aplicada
Biossegurança
Odontogerontologia
Clínica Integrada Profissionalizante
Odontologia para a Clínica do Bebê
Odontogerontologia
Procedimentos Avançados em Clínica Odontológica
Urgência e Emergência

Alterações de semestre
Fisiologia Oral
Semiologia
Radiologia Básica
Periodontia Básica
Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva
Ortodontia Preventiva I e II
Odontopediatria I e II
Odontologia Legal e Deontologia

Alteração de nomenclatura
Ciências Humanas e Sociais
Fisiologia do Corpo Humano
Morfologia do Corpo Humano
Biossegurança: Controle de Microrganismos
Propriedades físico-químicas e mecânicas dos Materiais Odontológicos e Materiais Odontológicos Preventivos da Cavidade da Boca
Morfologia da Cabeça e Pescoço
Anatomia e Oclusão Dental
Metodologia Científica e Epidemiologia I
Diagnóstico
Dentística e Materiais Aplicados
Metodologia Científica e Epidemiologia I
Anestesiologia e Anatomia Topográfica
Prótese Parcial Fixa I e Materiais Aplicados
Prótese Total e Materiais Aplicados
Cirurgia
Odontopediatria e Psicologia Aplicada
Odontopediatria e a Clínica do bebê

Fusão de disciplina
Ciências Humanas e Sociais
Fisiologia do Corpo Humano
Morfologia do Corpo Humano
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado I
Ergonomia
Biossegurança: Controle de Microrganismos
Morfologia da Cabeça e Pescoço
Anatomia e Oclusão Dental
Diagnóstico (Anual – 8créditos e 8 cr.)
Dentística e Materiais Aplicados
Periodontia Básica
Anestesiologia e Anatomia Topográfica
Clínica de Formação I
Prótese Parcial Fixa I e Materiais Aplicados
Clínica de Atendimento
Prótese Total e Materiais Aplicados
Odontopediatria e Psicologia Aplicada
Clínica Integrada Profissionalizante (Anual)
Odontogerontologia
Procedimentos avançados em Clínica Odontológica
Clínica de Procedimentos avançados em Ortodontia
Urgência e Emergência

Criação de disciplinas interdepartamentais
Clínica de Adequação do Meio Bucal e Planejamento Clínico Integrado I, II, III, IV e V
Biossegurança: Controle de Microrganismos
Anatomia e Oclusão Dental
Cariologia e Odontologia Conservativa
Dentística e Materiais Aplicados
Periodontia Básica
Anestesiologia e Anatomia Topográfica
Clínica de Formação I, II, III e IV
Terapêutica Medicamentosa
Clínica de Atendimento
Odontogerontologia
Procedimentos avançados em Clínica Odontológica
Urgência e Emergência

Atualização de programa
Bioquímica
Introdução à Saúde Coletiva
Ergonomia
Fisiologia Oral
Semiologia
Farmacologia Básica
Periodontia Básica
Endodontia
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
Ortodontia Preventiva I e II
Odontopediatria I e II
Odontologia Legal e Deontologia
Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva
Prótese Buco Maxilo Facial

Alteração de semestralidade
Semiologia
Radiologia Básica
Farmacologia Básica
Periodontia Básica
Endodontia
Ortodontia Preventiva I e II
Odontopediatria I e II
Odontologia Legal e Deontologia
Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva

Anexo 2 – Proposta de Atividades Curriculares da FORP/USP junto ao Programa Saúde da Família da Área Básica do Sumarezinho

PROPOSTA DE ESTÁGIO EXTRA-MURO SUPERVISIONADO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO - USP JUNTO AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA (CSE) DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP.

INTRODUÇÃO

O estágio extra-muro supervisionado da FORP-USP junto ao CSE será uma atividade de ensino/aprendizagem importante para a aplicação dos conhecimentos em ambiente diferente ou diverso da área da Faculdade, e irá contribuir para o aprimoramento das atividades clínicas, para o desenvolvimento social e para a prática de trabalho em equipe multiprofissional do futuro Cirurgião-Dentista. Além disso, é um importante meio de inserção da Universidade no sistema prestador de serviços à comunidade.

A presente proposta é o resultado das reflexões realizadas a partir de reuniões e discussões conjuntas entre a Direção Técnica, Direção Acadêmica e membros da Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde Escola (CSE) com a Comissão de Graduação e outros docentes da FORP-USP.

Esta atividade está fundamentada na Diretriz Curricular publicada pelo MEC (Diário Oficial de 04 de março de 2002), na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências), na Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 (Inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família), como também no fato de que há uma procura informal por parte de alunos desta instituição, a qual motivou a aproximação das duas unidades e sua programação na nova estrutura curricular da FORP/USP.

OBJETIVOS

A FORP-USP, juntamente com o CSE, tem por objetivo ampliar a atuação junto à área de Saúde Bucal para atenção à população da área do Bairro Sumarezinho da Cidade de Ribeirão Preto - SP de responsabilidade do CSE. Este projeto visa:

1. Contribuir para a capacitação do aluno da FORP-USP para realizar a preservação da saúde bucal, comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade, trabalhar em equipes multidisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde, participar no planejamento e administração de serviços de atenção primária e saúde da família.
2. Possibilitar o treinamento progressivo dos alunos da FORP-USP em programas de Saúde Pública e Odontologia em Saúde Coletiva por meio de estágio nos programas em andamento do CSE associado à Disciplina de Programa Saúde da Família da FORP-USP.
3. Contribuir com a equipe do CSE na construção do diagnóstico e saúde da área do Sumarezinho.
4. Colaborar para que o futuro profissional CD (aluno) tome contato com as políticas de saúde e seus reflexos nos serviços e na comunidade.
5. Realizar diagnóstico de saúde bucal da população atendida e elaborar plano de tratamento de acordo com os programas oferecidos pelo serviço e, pela FORP-USP.
6. Possibilitar, ainda, o acesso dos alunos e dos profissionais que trabalham no CSE, a cursos de ensino e extensão, estágio de treinamento e trabalhos científicos na FORP-USP.

PLANO DE TRABALHO

As atividades serão desenvolvidas pelos alunos da FORP-USP nas Unidades do CSE:

- Sede do CSE situado à Rua: Cuiabá n° 601.
- Núcleo de Saúde da Família 1 do CSE da FMRP - USP situado na Rua Bonfim, 365
- Núcleo de Saúde da Família 3 do CSE da FMRP - USP situado na Travessa Nossa Senhora da Penha, 55
- Núcleo de Saúde da Família 4 do CSE da FMRP - USP situado na Rua Salto Grande, 20
- Núcleo de Saúde da Família 5 do CSE da FMRP - USP situado na Rua Martim Afonso de Souza, 854

As atividades serão realizadas da seguinte forma:

Curso	CSE	Núcleo 1	Núcleo 3	Núcleo 4	Núcleo 5
80 alunos/1º Ano	80	ALUNOS	DURANTE	UMA	SEMANA
80 alunos/2º Ano	80	ALUNOS	DURANTE	UMA	SEMANA
80 alunos/3º Ano	-	**20	**20	**20	**20
80 alunos/4º Ano	*	***20	***20	***20	***20

* Atividades intercaladas com as desenvolvidas nos núcleos.

** Uma vez por semana

***Em grupos de 2 por mês, de fevereiro a novembro.

1. Cada grupo será supervisionado por 1 dentista do CSE e pelo professor responsável da disciplina de Programa Saúde da Família.
2. As atividades desenvolvidas pelos alunos (crédito trabalho) do primeiro e segundo ano serão:

Semestre	Atividades	Conteúdos	Carga Horária			Responsável	Horário
			Teórico	Prático	Total		
2º	Aproximação Para a Estratégia de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sensibilização para o PSF</u> (produto do trabalho dos alunos, sua importância e utilização; características do núcleo). - <u>Reconhecimento territorial de uma área de saúde</u> (visita aos quarteirões, micro-área, identificando casas, comércios, instituições e outros espaços sociais). - <u>Caracterização de espaços sociais e programas sociais</u> (funcionamento, clientela, critérios de elegibilidade, número de pessoas atendidas, vínculos mantenedores, fonte de financiamento, dificuldades carenciais e expectativas com relação ao seu objeto de trabalho, saúde/educação/comércio/indústria). - <u>Apresentação</u>: relatório de caracterização de uma área de saúde. 	6	24	30	-Equipe de cada Núcleo - Docentes da FORP	2º a 6º das 8 às 17:00 horas.
3º	Diagnóstico de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diagnóstico de saúde em um território</u> (informações relevantes para o planejamento de ações de saúde) - <u>Levantamento de nascimento no município/distrito/núcleo</u> (nível central da SMSRP, SINASV). - <u>Levantamento do número e causas de óbitos no município/distrito/núcleo</u>. (nível central da SMSRP, SINASV). - <u>Levantamento de morbidade no município/distrito/núcleo</u> (vigilância epidemiológica, doenças de notificação compulsória, folha de atendimento médico, odontológico e de enfermagem, prontuários, SIAB). - <u>Apresentação</u>: Diagnóstico de Saúde para o Núcleo. 	6	24	30	-Equipe de cada Núcleo - Docentes da FORP	2º a 6º das 8 às 17:00 horas.

As atividades desenvolvidas pelos alunos do terceiro ano, serão:

Semestre	Atividades	Conteúdos	Carga Horária			Responsável	Horário
			Teórico	Prático	Total		
5º 6º	Atividades Coletivas em Espaços Sociais e/ou Núcleos de Saúde da Família	<p><u>Atividades de Educação para a Saúde:</u></p> <p>Desenvolvimento de atividades de educação para a saúde dirigidas a grupos populacionais nos espaços sociais da área de abrangência de cada núcleo de saúde da família e/ou nos próprios núcleos.</p> <p><u>Medidas Preventivas Coletivas:</u></p> <p>Desenvolvimento de ações de prevenção das doenças bucais dirigidas a grupos populacionais, quer seja nos espaços sociais da área de abrangência de cada núcleo de saúde da família e/ou nos próprios núcleos.</p> <p>Exemplo: escovação supervisionada, aplicação de fluoretos, etc.</p>	-	60	60	-Equipe de cada Núcleo - Docentes da FORP	Uma vez por semana, com período de 4 horas.

4. O alunos do 4º ano serão divididos em grupos de 20 (por ano) e realizarão as atividades como mostram os quadros abaixo:

ANO/MÊS	QUARTO ANO			
	NÚCLEO 1	NÚCLEO 3	NÚCLEO 4	NÚCLEO 5
FEV.	2	2	2	2
MARÇO	2	2	2	2
ABRIL	2	2	2	2
MAIO	2	2	2	2
JUNHO	2	2	2	2
JULHO	2	2	2	2
AGOS.	2	2	2	2
SET.	2	2	2	2
OUT.	2	2	2	2
NOV.	2	2	2	2
TOTAL	20	20	20	20

Semestre	Atividades	Conteúdos	Carga Horária			Responsável	Horário
			Teórico	Prático	Total		
7º 8º	Atenção à Saúde	<u>Atividades nos Núcleos de Saúde da Família:</u> Reuniões administrativas Discussões de família Atividades de grupo Consultas Visitas domiciliares Outras <u>Atividades do CSE:</u> Tratamento odontológico		120*	120*	-Equipe de cada Núcleo - Docentes da FORP	2ª. a 6ª. feira durante um mês/ano

* 30 horas semanais por aluno

Cronograma de inserção dos alunos nos núcleos

Ano	1º semestre			2º semestre		
	Nº alunos	Ano do Curso	Periodicidade	Nº alunos	Ano do Curso	Periodicidade
2004	-	-	-	20	1º	1 semana
2005	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
2006	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
	20*	3º	1 x por sem.	20*	3º	1 x por sem.
2007 em diante	20	2º	1 semana	20	1º	1 semana
	20*	3º	1 x por sem.	20*	3º	1 x por sem.
	2	4º	1 mês	2	4º	1 mês

* Distribuídos ao longo do ano, nos diversos espaços sociais e no núcleo

Anexo 3 – Cronograma da Disciplina Programa Saúde da Família I

NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA 3 – FMRP e EERP/USP
Programa da Disciplina Programa Saúde da Família I – FORP/USP – 2006
(Construção Coletiva da Equipe da Unidade)

2ª (02/10)

Horário	Atividade	Conteúdo	Turma	Respons.	Local
7:30-7:45	Chegada	Pertences pessoais	Todos	Márlivia D. Cida	Sala Zezé
7:45-8:45	Apresentação da equipe	Técnica do Barbante	Todos	Rafaela Cidinha, Almira e Sandra	Recepção
8:45-9:15	Café da Manhã		Todos		Cozinha
09:15-09:45	Sensibilização para o PSF	Psicodrama	Todos	Equipe	Salão de Festas
09:45-10:15		Discussão			
10:30-12:00	Visita à unidade	Reconhecimento da estrutura física Recursos utilizados em cada espaço. Quem usa Como é usado	A*	Gilberto e Cristina	Sala dos ACS
			B*	Sílvia e Sandra	Salão de Festas+externo
				Iná, Janete e Cidinha	Varanda
					Sala de reunião
14:00-15:00	Apresentação da proposta do estágio	Entregar por escrito: proposta 4 anos e específica da semana	Todos	Fernando, Márlivia	Salão de Festas
Identificação das Expectativas	Redigir na folha o que espera do estágio, guardar em envelope lacrado				
15:00-15:30	Divisão das turmas	Técnica do papel colorido	Todos	D. Almira	Cozinha
	Café	Conceitos básicos: Saúde Bucal e PSF. Características do Núcleo. O Núcleo no sistema de Atenção. Áreas: Distrito, Básica e Micro-áreas. Instrumentos de registro de informações e territorialização. Produto do trabalho dos alunos, sua importância e utilização.			
15:30-16:45	Sensibilização para o PSF	Exposição teórica	Todos	Fernando e Márlivia	Salão de Festas
16:45-17:00	Avaliação do Dia		Todos	Fernando, Márlivia	Salão de Festas

* Com revezamento

3ª (03/10)

Horário	Atividade	Conteúdo	Turno	Respons.	Local
8:00 – 10:00	Divisão da área nos sub-grupos Reconhecimento das micro-áreas	Cada grupo de alunos conhecerá o espaço geográfico de uma micro-área. A seguir os alunos identificarão os espaços sociais e/ou grupos sociais da micro-área.	5 grupos	ACS Gilberto, ACS Sandra, ACS Cidinha ACS Cristina ACS Sílvia	Área do Núcleo III
10:00 – 10:30	Café		Todos	D. Abnira	Cozinha
10:30 – 11:30	Trabalho com texto para a atividade de territorialização	Critérios para a territorialização: geográfico, econômico, social, disputa de grupos, acesso a unidades de saúde, vínculo da comunidade com serviço de saúde.	Todos	Marlúvia, Luciane	Salão de Festas
14:00 – 15:00	Entrevistas com os ACS	Caracterização das micro-áreas Dados gerais do SIAB Seleção dos grupos para entrevista	5 Grupos	ACS Gilberto, ACS Sandra, ACS Cidinha ACS Cristina ACS Sílvia	Salão de Festas Sala dos Coord. Varanda Sala de Reunião Sala Agentes
15:00 – 15:15	Café		Todos	D. Abnira	Cozinha
15:15 – 16:00	Organização dos registros das micro-áreas	Discussão do Conteúdo das entrevistas	Todos	Marlúvia	Salão de Festas
16:00 – 16:10	Avaliação do Dia		Todos	Marlúvia	Salão de Festas

4ª (04/10)

Horário	Atividade	Conteúdo	Turno	Respons.	Local
8:00 – 10:00	Reconhecimento da Micro-área	Caracterização da área Roteiro Específico	5 grupos		Área do Núcleo III
10:00 – 11:30	Entrevistas (Espaços/Grupos sociais)	Caracterização da área	5 grupos		Área do Núcleo III
14:00 – 15:45	Caracterização das micro-áreas	A partir das vistas aos equipamentos/grupos sociais, acrescentar o registro na caracterização das micro-áreas. Troca das experiências da visita aos espaços sociais	Todos	Marlúvia	Salão de festas
15:45 – 16:00	Avaliação do Dia Divisão do Grupo para visita CSE		Todos	Marlúvia	Salão de Festas

5ª (05/10)

Horário	Atividade	Conteúdo	Turno	Respons.	Local
7:30 – 8:30	Visita ao CSE	Aproximação com a Unidade	A: 7:30 B e C: 8:00	Fernando	Salão de festas
09:00 – 11:30	Construção coletiva das micro-áreas	Construção do Relatório Final	5 Grupos	Marlívira	
14:00 – 15:45	Construção coletiva das micro-áreas	Construção do Relatório Final	5 Grupos	Marlívira	
15:45 – 16:00	Avaliação do Dia		Todos	Marlívira	Salão de Festas

6ª (06/10)

Horário	Atividade	Conteúdo	Turno	Respons.	Local
9:00 – 10:30	Apresentação da caracterização	Apresentação do Relatório - Aspectos gerais da área - Peculiaridades de cada área	Todos	Equipe	Salão de Festas
10:30 – 10:45	Avaliação da Semana		Todos	Fernando, Marlívira	Salão de Festas

Anexo 4 – Cronograma da Disciplina Programa Saúde da Família II

NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA 3 – FMRP e EERP/USP
Programa da Disciplina Programa Saúde da Família II – FORP/USP – 2005
(Construção Coletiva da Equipe da Unidade)

Dia	Horário	Atividade	Conteúdo	Turno	Respons.	Local
2 ^a 03/04	7:30 – 8:00	Café da Manhã		Todos	Marlivia e D. Almira	Cozinha
	8:00 – 09:30	Dinâmica de Grupo	Técnica do Corpo Humano	A/B/C	Equipe	Varanda Sala Coord. Salão de Festas
	09:30 – 12:00	Prontuário de Família e Individual	Cadastro Informações Alimentação do SIAB Finalidade Informações Utilização Transformação em Dados Consolidados Sigilo	A B C D E	Gilberto Cristina Sílvia Cidinha Sandra Rafaela e Marlivia	Sala Coord. Salão de Festas Varanda Sala Agentes Sala de Reuniões
	14:00-15:00	SIAB/Organização dos Prontuários	Levantamento de dados de saúde no SIAB Retirada e Arquivamento de Prontuários	Todos	Rafaela Janete	Sala dos Agentes Recepção
	15:00-15:30	Café		Todos	D. Almira	Cozinha
	15:30-16:00	Consulta aos prontuários da família selecionada (63/5 e 150/3)	Situação de saúde relatada nos prontuários	A B C D E	Rafaela e Marlivia	Sala Coord. Salão de Festas Varanda Sala Agentes Sala de Reuniões
	16:00-17:00	Relato da Consulta Avaliação do Dia	Composição da Família Situação de saúde relatada nos prontuários	Todos	Marlivia	Salão de Festas

Dia	Horário	Atividade	Conteúdo	Turna	Respons.	Local
3^a 04/04	8:30 – 12:00	Revisão de Promúrio	Situação de saúde relacionada nos promúrios	A,B,C		HC Cuiabá
		Visita Domiciliar	Condições de vida da família Como a família aborda o problema de saúde enfrentado	D,E		Domicílio
	14:00 – 15:00	Relatório das Atividades	Experiência vivida na manhã	A B C D E	Marlivia	Salão de Festas Sala dos Coord. Varanda Cozinha Sala de Reuniões
	15:00 – 15:30	Café		Todos	D. Almira	Cozinha
	15:30 – 17:00	Relato das Atividades Avaliação do Dia	Experiência vivida na manhã Situação de saúde relacionada nos promúrios	Todos	Marlivia	Salão de Festas
4^a 05/04	8:00 – 12:00	Entrevista com a Dra. Vera Simi – Interlocutora de Saúde Bucal da DIR-XVIII	O que é a DIR Qual é o papel da Interlocução de SB Quais atividades são desenvolvidas nos munic. Como é a pactuação entre os munic. da região Qual é o papel de RIB. Prato no processo	TODOS	Marlivia	DIR XVIII Fórum de Av. Independência
	14:00 – 17:00	Relatório das Atividades Avaliação do Dia	Experiência vivida na manhã	A B C D E	Marlivia	Salão de Festas Sala dos Coord. Varanda Cozinha Sala de Reuniões
5^a 06/04	8:00 – 12:00	Preparo de Relatório	Diagnóstico de saúde de cada micro-área Avaliação da Família estudada	Todos	Marlivia	Salão de Festas Sala dos Coord. Varanda Cozinha Sala de Reuniões
	14:00 – 17:00	Preparo de Relatório	Diagnóstico de saúde de cada micro-área Avaliação da Família estudada	Todos	Marlivia	Salão de Festas Sala dos Coord. Varanda Cozinha Sala de Reuniões
6^a 07/04	7:00 – 8:30	Finalização da Discussão de Família	Diagnóstico de saúde de cada micro-área Avaliação da Família estudada Avaliação das experiências vividas Avaliação do Estágio	Todos	Equipe	Salão de Festas

Anexo 5 – Manual da Disciplina Programa Saúde da Família V

NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA III DISCIPLINA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA V – FORP/USP

Orientações Gerais

Caros Alunos (as).

Estamos iniciando a etapa final da preparação de vocês para atuarem como profissionais no Sistema Único de Saúde, particularmente na Atenção Primária, tendo como eixo a Estratégia de Saúde da Família.

Mais uma vez estamos contando com o apoio da Faculdade de Medicina, Ciências Farmacêuticas e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e, principalmente, da Equipe de Saúde da Família do NSF III.

Nessa experiência vocês estarão sob supervisão mais direta do cirurgião-dentista e dos membros de toda a equipe, além do docente responsável pela disciplina.

As orientações quanto ao comportamento e vestimentas continuam as mesmas: roupas confortáveis, porém condizentes com a profissão e o ambiente de trabalho, uso de jaleco e crachá obrigatórios, respeito à equipe e ao usuário sempre, assiduidade e pontualidade imprescindíveis.

Todos os grupos de alunos deverão desenvolver um número de atividades mínimas, porém o aproveitamento de cada um dependerá, e muito, do interesse de vocês, bem como das atividades desenvolvidas ao longo do ano pela equipe. Portanto, não percam a oportunidade!!!

Atividades

Atividade		Especificação	Nº Mínimo
Equipe de Saúde da Família	Cadastro de Família	ACS	2
	Visita Domiciliar	ACS	2
	Reunião de Equipe	Discussão de Família	Todas no período
		Administrativa	
	Participação em Grupos	Terapia Ocupacional	2
		Hipertensão	
		Reeducação Alimentar	
		Outros	
	Recepção	--	4 (períodos)
	Supervisão de Psiquiatria	--	1
	Visita Domiciliar (outros profissionais)	Pessoal de Enfermagem	2
		Médicos	
		Terapeuta Ocupacional	
		Nutrição	
		Farmácia	
Equipe de Saúde Bucal	Grupo de Odontologia	Cirurgião Dentista Docente FORP	Acompanhar 2 famílias
	Consulta Odontológica		
	Atendimento Odontológico no CSE		
	Visita Domiciliar		

Atividades suplementares:

- Recepcionar e acolher casos novos ou eventuais;
- Participar do Programa de Integração Comunitária;
- Elaborar relatórios;
- Preparar casos para discussão em equipe;
- Preparar visita domiciliar;
- Preparar seminário;
- Preparar trabalho de grupo;
- Revisar prontuário.

Cronograma semanal

2º Feira	3º Feira	4º Feira	5º Feira	6º Feira
NÚCLEO III Grupo de T.O. (8 – 12)	NÚCLEO III Discussão de casos de família com a equipe. (7 – 8) CSE – CUIABÁ Atendimento clínico dos pacientes do Núcleo III. (8 – 12)	NÚCLEO III Discussão de casos de família com a equipe. (7 – 8) Grupos e visita domiciliar. (8 – 12)	NÚCLEO III Discussão de casos de família com a equipe. (7 – 8) Consulta Odontológica e grupos. (8 – 12)	NÚCLEO III Reunião administrativa da equipe. (7 – 10:30) Supervisão do Estágio. (10:30 – 12)
Atividade na FORP	NÚCLEO III Supervisão de Psiquiatria, discussão de casos. Acompanhamento 3º ano. (14 – 17)			CSE – CUIABÁ Atendimento clínico dos pacientes do Núcleo III. (13:30 – 17)

Avaliação

Como haverá supervisão de vários profissionais, todos os envolvidos estarão avaliando vocês durante cada atividade desenvolvida.

Portanto, o processo de avaliação será composto por:

1. Avaliação da equipe de saúde da família
2. Avaliação pelo cirurgião-dentista
3. Avaliação pelo docente responsável
4. Elaboração do Portfólio: documento elaborado pelo aluno, onde deverão estar registradas todas as atividades realizadas, com descrição dos conteúdos de cada uma, da literatura eventualmente consultada, bem como dos benefícios para o aprendizado, para o cuidado do usuário, para a equipe, das dificuldades enfrentadas, das sugestões para o aprimoramento das mesmas e de outros aspectos que julgarem necessários e/ou importantes.

Crítérios

Durante o processo de avaliação serão considerados os seguintes critérios:

- Pontualidade
- Comportamento
- Interesse
- Postura
- Contribuição para o processo realizado
- Interação com a equipe
- Responsabilidade
- Qualidade do portfólio

Estaremos sempre à disposição para auxiliá-los.

Equipe de Saúde da Família do NSF III (3633-0533)

CD. Fernando Silveira (3602-3969)

Profa. Dra. Marlúvia G. C. Watanabe (3602-4039 / 9761-6641 / Dorival: 3602-4142)

Anexo 6 – Instrumento de Avaliação das disciplinas Programa Saúde da Família da FORP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
ÁREA DE SAÚDE COLETIVA

AVALIAÇÃO

Disciplina Programa Saúde da Família ____ Ano: _____

Prezado Aluno,

Com a finalização estágio em Saúde da Família, pedimos sua contribuição, preenchendo esta avaliação que favorecerá o aprimoramento do curso e subsidiará a redação do relatório técnico.

Leia com atenção cada uma das afirmativas, assinalando apenas uma nota de 1 a 5, onde:

1 = péssimo	2 = regular	3 = satisfatório	4 = bom	5 = ótimo
-------------	-------------	------------------	---------	-----------

Na = não se aplica	Ns = não sei
--------------------	--------------

A seguir, aponte os itens que deseja ressaltar e comente-os.

A Coordenação do Curso agradece sua colaboração.

I – AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS								
1	Conteúdo Programático (profundidade e abrangência)	1	2	3	4	5	Na	Ns
2	Articulação entre os conteúdos das disciplinas	1	2	3	4	5	Na	Ns
3	Carga Horária	1	2	3	4	5	Na	Ns
4	Contribuição para a formação profissional dos alunos	1	2	3	4	5	Na	Ns
5	Bibliografia indicada	1	2	3	4	5	Na	Ns
6	Desempenho da unidade	1	2	3	4	5	Na	Ns
7	Estratégias didático-pedagógicas	1	2	3	4	5	Na	Ns
8	Interação com a equipe no estágio	1	2	3	4	5	Na	Ns
<p>Aponte os itens que deseja ressaltar e comente-os:</p>								

II – DOS ALUNOS								
1	Preparei-me bem para este estágio	1	2	3	4	5	Na	Ns
2	O estágio atendeu minhas expectativas	1	2	3	4	5	Na	Ns
3	Procurei ler todo o material	1	2	3	4	5	Na	Ns
4	Os conhecimentos foram suficientes para acompanhar	1	2	3	4	5	Na	Ns
5	Tive um bom aproveitamento no estágio	1	2	3	4	5	Na	Ns
6	Respeitei os horários	1	2	3	4	5	Na	Ns
7	Participei das discussões/atividades	1	2	3	4	5	Na	Ns
8	Meu entrosamento com os colegas foi	1	2	3	4	5	Na	Ns
9	Meu entrosamento com os docentes foi	1	2	3	4	5	Na	Ns
10	Meu entrosamento com os profissionais do núcleo e dos outros serviços visitados foi	1	2	3	4	5	Na	Ns
11	Minha interação com o usuário/família	1	2	3	4	5	Na	Ns
12	Minha frequência ao curso foi	1	2	3	4	5	Na	Ns
13	Dividi com o grupo de alunos e docentes minhas dúvidas, divergências, reflexões e sugestões.	1	2	3	4	5	Na	Ns
<p>Aponte os itens que deseja ressaltar e comente-os:</p>								

III - Atividades Do Trabalho na equipe do Núcleo de Saúde da Família								
1	O estágio contribuiu para meu aprendizado do trabalho em equipe	1	2	3	4	5	Na	Ns
2	O estágio contribuiu para compreensão dos conflitos no trabalho em equipe	1	2	3	4	5	Na	Ns
<p>Aponte os itens que deseja ressaltar e comente-os:</p>								

IV – Da infra-estrutura									
1 – Núcleo – Meu estágio foi no Núcleo: 1() III() IV() V()									
1	Instalações do Núcleo	1	2	3	4	5	Na	Ns	
2	Local para as reuniões	1	2	3	4	5	Na	Ns	
3	Território do Núcleo	1	2	3	4	5	Na	Ns	
2 – Dos locais em que você visitou durante o estágio.									
	Centro de Saúde Escola – Cuiabá	1	2	3	4	5	Na	Ns	
	Hospital das Clínicas	1	2	3	4	5	Na	Ns	
	Vigilância Epidemiológica do CSE - Cuiabá	1	2	3	4	5	Na	Ns	
	Domicílios Visitados	1	2	3	4	5	Na	Ns	
	Espaços Sociais	1	2	3	4	5	Na	Ns	
<p>Aponte os itens que deseja ressaltar e comente-os:</p>									

V – Avaliação Geral do Estágio

1 – Aspectos Positivos – Comentários

2 – Aspectos Negativos – Comentários

3 – Você considera que este Estágio deva continuar a ser oferecido? De que forma?

4) Como o Estágio foi realizado em uma unidade com característica multiprofissional, comente a utilidade para sua formação das:

a) Atividades não específicas para a odontologia:

b) Atividades específicas para a odontologia:

OBSERVAÇÃO: Material adaptado do processo de avaliação final do segundo Curso de Especialização em Saúde da Família desenvolvido pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde do Nordeste Paulista, sob a coordenação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto do Campus da USP

Anexo 7 – Texto Elaborado para subsidiar Discussões e Atividades

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Profa. Dra. Marlívia G. C. Watanabe (FORP/USP)

Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava (FMRP/USP)

Enf. Rafaela Azenha Teixeira (NSF 3)

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira (EERP/USP)

Ao buscar o atendimento de suas necessidades, o ser humano foi se apropriando da natureza para transformá-la. Assim, a saúde-doença torna-se resultante do lugar que se ocupa na sociedade, ou seja, do acesso aos meios de satisfazer as necessidades de moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, e outros. Isto faz com que as pessoas estejam sujeitas a situações que podem causar danos, assim como a outras que as protegem.

O entendimento do processo saúde-doença tem caminhado para uma concepção ampliada de saúde, que articula saúde com condições de vida, considerando-a uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar, que pode indicar acúmulos positivos ou negativos (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Essa forma de abordar a saúde considera que os fatores biológicos são importantes, mas não se reduz a eles.

Nesse contexto, diversos determinantes estão relacionados com os problemas de saúde, exigindo, para o seu enfrentamento, diversas estratégias, ações e atores envolvidos, inclusive a própria comunidade.

Da mesma forma, a prática de assistência junto aos indivíduos e aos grupos sociais é orientada pela visão que se tem desse processo dinâmico e complexo de vida das pessoas na sociedade, nos diferentes espaços da vida cotidiana, compreendendo, segundo Monken e Barcellos (2005), desde os domicílios (nos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios).

No território, conforme Mendes et al. (1994) e Mendes (1996), estão presentes os múltiplos fatores que influem no processo saúde-doença, especialmente em suas conexões sociais, econômicas e culturais, transcendendo os aspectos relacionados à superfície-solo e suas características geofísicas. Esse espaço apresenta, então, “além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção” (MONKEN; BARCELLOS, 2005 p.898). É nesse cenário, inclusive, que se dá a interação dos usuários com os gestores dos diferentes serviços de saúde.

Conhecer o território relacionado ao grupo populacional para o qual o serviço de saúde está direcionado permite a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a avaliação dos impactos das ações de saúde desenvolvidas.

Um dos instrumentos utilizados para esse fim é a territorialização, a qual é considerada por Monken e Barcellos (2005) um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, quando não reduz o espaço de forma meramente administrativa, para a gestão apenas física dos serviços de saúde e permite identificar a dinâmica social, hábitos e costumes, assim como as vulnerabilidades para a saúde humana. De acordo com Santos (1996), essa atividade conduz ao entendimento dos usos do território, das ações e as formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde.

Para Teixeira, Paim, Villasbôas (1998) o reconhecimento e o esquadramento do território devem ser construídos segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários, bem como da localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais. Villa (1999) acrescenta as formas de organização e de atuação dos diversos órgãos governamentais, para que se possa ter clareza sobre o que é necessário e possível de ser feito. Deve-se somar, segundo salienta Barata (1997), a crescente preocupação com os níveis e perfis de risco decorrentes das desigualdades sociais.

Caccia-Bava, Teixeira e Pereira (2006) propõem, de maneira bastante objetiva, dois grupos de informações (físicas/geográficas e populacionais/organização social) que devem ser levadas em consideração durante o processo de territorialização. Essas informações foram adaptadas de acordo com a literatura discutida anteriormente e estão apresentadas a seguir:

1- Aspectos físicos, geográficos e sanitários:

- Quais são e como são dados os limites geográficos da área. Há barreiras geográficas como morros, vales, ribanceiras, córregos? Há ligação com outros bairros ou com outras regiões do mesmo bairro, como é o acesso? Há pontes, avenidas, ruas, escadas, caminhos feitos pelo próprio uso dos moradores, trilhas, atalhos? E dentro dos limites da área, como são estes mesmos aspectos?
- Qual é a característica geral da área? É um bairro comercial, bairro dormitório, bairro residencial, comercial, misto?
- Tem aspecto preservado ou não?
- Como é feita a coleta de lixo? Há coleta especial? Precisaria haver? Qual o destino do lixo coletado?
- Há rede elétrica? Está aparentemente em boas condições?
- Como é a arborização da área?
- Há pavimentação? De que tipo? Está em boas condições?
- Há rede telefônica? Há orelhões? Estão aparentemente em boas condições?
- Há esgoto tratado em toda a área, na maior parte, na menor parte? Qual o destino do esgoto em cada uma delas?
- Há suprimento público de água? Em toda a área, na maior parte, na menor parte? Falta água habitualmente? Em toda a área?
- Há elementos poluidores, como caminhões, automóveis, lixo, dejetos, esgoto a céu aberto, fábricas?
- Como está estruturado o serviço de transporte público? Há várias linhas de ônibus servindo o local?
- Há hortas, são comunitárias, são particulares?
- Há feiras-livres?
- Como é o comércio?
- Que tipo de serviços oferece?
- Há pontos de táxi? Moto táxi?
- Há serviço de correio?
- Há animais errantes, como cães de rua, gatos, cavalos soltos? Oferecem perigo especial?
- Como é o acesso ao centro da cidade? E a hospitais, unidades de saúde?
- Há um tipo de construção predominante? Qual é: alvenaria, tábuas, papelão, restos de construção?
- Há terrenos baldios? Têm lixo acumulado? São murados? Têm calçadas?

- Como são as vias para pedestres? São seguras? Há preservação das calçadas? As pessoas podem caminhar por elas com segurança? São sinalizadas? Há faixa de pedestre para atravessar as ruas?
 - Há acidentes de trânsito com frequência Em que região?
- 2- Aspectos Demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e de organização social
- Quantas pessoas moram na área?
 - Qual é a composição por idade e sexo? Como característica fundamental, esta população é jovem, adulta ou idosa?
 - Qual a escolaridade predominante nesta população? Há muita evasão escolar?
 - Quantos moradores há, em média, em cada residência?
 - Qual o tipo de estrutura familiar mais freqüente?
 - i. Família Nuclear: casal sozinho ou casal + filhos
 - ii. Família Monoparental: só a mãe ou o pai + filhos
 - iii. Família Ampliada: ingresso de agregados, sendo ou não parentes
 - iv. Família Unipessoal: pessoa morando sozinha
 - v. Outros arranjos: criança que mora somente com avós ou irmãos, jovens menores de idade que se juntam em situação indefinida, repúblicas, etc.
 - Qual o número de pessoas por cômodo nas moradias? Há outros cômodos sendo utilizados como quartos?
 - Qual a ocupação predominante?
 - Quais os agravos à saúde mais prevalentes?
 - Existem creches públicas, escolas? Quantas? Atendem as necessidades dos moradores? São suficientes? De que tipo?
 - Há praças públicas? Estão bem preservadas? São freqüentadas por quem: famílias, crianças, andarilhos, jovens, gangues?
 - Há áreas de lazer? Estão bem preservadas? São freqüentadas por quem: famílias, crianças, andarilhos, jovens, gangues?
 - Que outros equipamentos sociais estão disponíveis?
 - Há crianças trabalhando? Em que tipo de trabalho?
 - Há muitos desempregados?
 - Há muitos egressos do sistema penitenciário?
 - Há muitos trabalhadores informais? Das atividades informais, quais seriam as mais comuns?
 - Há muitos imóveis desocupados? Abandonados? Para alugar? Para vender?
 - Há associação de moradores? Comissão local de saúde? São ativos, reúnem-se periodicamente?
 - Há outras formas de associação, como associação de mulheres, grupos de apoio a portadores de patologias e organizações não governamentais?
 - Há algum grupo comunitário que as pessoas costumam freqüentar?
 - Há emissoras de rádio/televisão/jornal?
 - Que instituições religiosas estão presentes? São atuantes? Quais as mais freqüentadas?
 - As ruas são seguras?
 - As pessoas saem de suas casas, caminham, vão para as ruas ou ficam recolhidas?
 - Há divisões dentro da área por afiliação a grupos adversários?
 - Há pontos de tráfico de drogas?
 - Há pontos de desmonte de carros?

- Há pontos de prostituição?
- As pessoas/famílias possuem planos de saúde privados? Se sim, utilizam exclusivamente este recurso para as questões relacionadas à saúde? Além do plano privado utilizam-se da unidade de saúde?
- As pessoas/famílias se valem dos recursos que o território oferece?
- As pessoas/famílias são solidárias entre si, se acolhem, se apóiam em momentos de necessidade, podem recorrer umas às outras? Há um padrão constituído entre a vizinhança?

Várias podem ser as formas de se coletar as informações durante o processo de territorialização. Para se conhecer o território onde as pessoas a quem se destinam as ações de saúde desenvolvidas em uma unidade de saúde, podemos lançar mão de vários recursos: observação direta da área adstrita (de preferência por meio de caminhada), consulta aos registros geográficos, demográficos, sanitários e ao sistema de informação de saúde do Município/Estado/União, entrevistas com a comunidade (moradores, responsáveis pelos espaços sociais, líderes comunitários e religiosos, proprietários de comércios e outros).

Tal atividade, portanto, além de permitir o conhecimento ampliado das condições de vida e das situações que podem levar a problemas de saúde no grupo populacional, proporciona uma oportunidade rica de estabelecimento de vínculo, inicialmente pelo contato com os profissionais de saúde no seu ambiente e, principalmente, pelo planejamento de ações e práticas de saúde no serviço melhor direcionadas.

Referências Bibliográficas

BARATA RB. **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

CACCIA-BAVA MCGG, TEIXEIRA RA, PEREIRA MJB. **A arena política da territorialidade** 2006, 7 paginas , texto aula.

FRACOLLI LA, BERTOLOZZI MR. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo.** Temas de caráter introdutório, Manual de enfermagem, sem data, p.3-8, www.ids-saude.org.br/enfermagem.

MENDES EV, TEIXEIRA CF, ARAÚJO EC, CARDOSO MR. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES EV, organizador. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: HUCITEC; 1994. p.159-186.

MENDES EV. Um novo paradigma sanitário. A produção social da saúde. In: MENDES EV. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 233-300.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.898-906, mai-jun 2005

SANTOS M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: HUCITEC; 1996.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILLASBÔAS AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Inf Epidemiol SUS 1998; 7: 7-28.

VILLA TCS et al. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria Municipal de saúde – Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 21-27, Ribeirão Preto, jan-fev 2002.

VILLA TCS. **Da prevenção e controle a vigilância a saúde: a prática do enfermeiro na vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto** (1989-1998). [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.