

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
Mestrado Profissional em Epidemiologia:  
Gestão de Tecnologias em Saúde**



**CLARICE MARTINS SANT'ANNA**

**A formação em odontologia e sua adequação aos princípios da Atenção  
Primária à Saúde: uma revisão de literatura narrativa**

Porto Alegre

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
Mestrado Profissional em Epidemiologia:  
Gestão de Tecnologias em Saúde**



**CLARICE MARTINS SANT'ANNA**

**A formação em odontologia e sua adequação aos princípios da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura narrativa**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Riva Knauth**

Porto Alegre  
2013

### CIP - Catalogação na Publicação

Sant'Anna, Clarice Martins

A formação em odontologia e sua adequação aos princípios da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura narrativa / Clarice Martins Sant'Anna. -- 2013.  
60 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. odontologia. 3. educação. 4. graduação. 5. currículo. I. Knauth, Daniela Riva, orient. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente às pessoas que me incentivaram a aceitar este desafio: Silvia Takeda, Silvia Prado e Lourenço Felin. E a quem soube ser ouvido e ombro amigo durante todo o processo: André Leite.

Agradeço também àqueles que ajudaram no encaminhamento das dificuldades enfrentadas ao longo do trajeto: Prof. Ricardo Kuchenbecker, Prof. Airton Stein e, evidentemente, Prof<sup>a</sup>. Daniela Knauth.

Com especial carinho, agradeço a Celso Sant'Anna, companheiro nos mais variados matizes da palavra.

E por fim e para sempre, agradeço a minha família, por seu apoio e paciência constantes em momentos de necessário isolamento e aparente solidão.

## RESUMO

O modelo de saúde bucal da atualidade se mantém focado na atenção curativo-individual, desconsiderando o entorno sociocultural e contextual das famílias pelos profissionais de saúde. Este modelo não condiz com o talhe necessário para a atuação em atenção primária. Dentro deste quadro, o presente trabalho tem por objetivo analisar, a partir da produção científica sobre o tema, a adequação da formação acadêmica em odontologia aos preceitos da Atenção Primária à Saúde. Foi realizada uma revisão da literatura em âmbito internacional, baseada na seleção e análise de 19 textos relativos ao tema, todos referentes a pesquisas feitas nos últimos 10 anos. Os artigos analisados buscam avaliar ou comparar currículos e descrever ou analisar experiências extramuros, que geralmente são de curta duração e não dialogam com outras áreas, isto é, mantêm-se isoladas no seu campo, desenvolvendo, quando possível, ações integrais, mas limitadas pela falta de interdisciplinaridade. Quase todos os artigos apresentam resultados positivos. Na descrição ou avaliação de currículos, a maioria relata avanços na formação voltada para a saúde comunitária. O Brasil se destaca neste cenário, tanto pela evolução no sistema de saúde pública em direção à universalidade e integralidade como no campo da formação, com experiências extramuros e implantação de novas diretrizes curriculares. No entanto, vários problemas foram identificados, tais como qualidade metodológica, amostra pequena ou não explícita, insuficiência de informações sobre coleta e análise dos dados, premissas não justificadas, além do curto tempo de duração das vivências relatadas ou o pouco tempo transcorrido entre a intervenção e a avaliação de resultados. Para qualificar estes estudos e garantir um bom grau de confiabilidade, é importante que se investiguem e se divulguem metodologias consistentes e adequadas a este tipo específico de pesquisa.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; educação; graduação; odontologia; saúde bucal; currículo.

## ABSTRACT

The present model of oral health is focused on individual curative care, with the disregard of social, cultural and contextual environment of families by health professionals. This model is not consistent with the necessary profile for working in primary care. Within this scenario, the current essay aims to analyze the adequacy of the academic education in dentistry to the principles of the Primary Health Care, from the scientific production about the theme. A literature review of international scope was carried out, based on the selection and analysis of 19 texts related to the theme, all regarding researches made in the last 10 years. The articles studied seek to evaluate or compare curricula and describe or analyze extramural experiences, which are usually short and do not have dialogue with other areas, that is, they remain isolated in their field, developing comprehensive actions, whenever possible, but limited by the lack of interdisciplinarity. Almost every article present positive results. In the description or evaluation of curricula, most of them report advances in education focused on community health. Brazil stands out in this scenario, both for the developments in the public health system towards universality and comprehensiveness and in the education field, with extramural experiences and the implementation of new curricular guidelines. However, several problems have been identified, such as methodological quality, small or not explicit sample, insufficient information about collecting and analysis of data, assumptions that are not justified, and also the short duration of experiences or the little time elapsed between intervention and results evaluation. To qualify these studies and ensure a good level of reliability, it is important to investigate and disclose consistent and appropriate methodologies for this specific kind of research.

**Key-words:** Primary Health Care; education; graduation; dentistry; oral health; curriculum.

## FIGURAS

- Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos artigos da revisão.....37
- Figura 2. Distribuição dos 19 artigos no mundo.....39

## QUADROS

Quadro 1. Principais características dos estudos selecionados.....49

Quadro 2. Resultados e conclusões dos estudos selecionados.....51



## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ADEA	Associação de Educação Dental Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CCI	Comissão para Mudança e Inovação na Educação Dental
CF	Constituição Federal
DCNO	Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	9
2. INTRODUÇÃO .....	10
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1. História da Odontologia e seu trajeto: do individual/tecnicista ao coletivo/cuidador.....	12
3.2. Inserção da odontologia na APS e na ESF .....	14
3.3. Momento atual da odontologia na APS e na ESF: necessidades, dificuldades, desafios.....	17
4. OBJETIVOS.....	26
4.1. Objetivo Geral .....	26
4.2. Objetivos Específicos .....	26
5. REFERÊNCIAS.....	27
6. ARTIGO.....	30
7. CONCLUSÃO.....	58

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulado “A FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SUA ADEQUAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em novembro de 2013.

O trabalho é apresentado em três partes, na seguinte ordem:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigo;
3. Conclusão.

## 2. INTRODUÇÃO

Dentre as muitas perguntas surgidas ao longo de 22 anos de vivência na Saúde Pública, uma delas se refere ao poder do profissional na conduta com o usuário e de como este poder é usado. O cuidado em saúde bucal está centrado no cirurgião-dentista: praticamente não há diálogo nem com os pacientes/usuários, nem com os colegas de equipe multiprofissional e nem, ou muito raramente, com os profissionais de nível médio da saúde bucal. A equipe não interfere no processo de trabalho da odontologia, isto é, não se envolve, não avalia e não se compromete com a saúde bucal da comunidade, que também está excluída do processo.

Assim, surgem as questões: a autonomia e responsabilidade profissionais vivenciadas foram construídas de que forma? Quando? Por quem? Partindo da premissa de que isso segue certo padrão, ou seja, existe um perfil profissional que é produto de um contexto e tem implícitos valores, competências e habilidades esperadas e atitudes aprendidas, surgiu o interesse de investigar como se dá, atualmente, a formação profissional com relação à Atenção Primária à Saúde (APS).

O conceito de APS empregado ao longo deste trabalho se refere à abordagem descrita por Starfield (2002), que a define como a porta de entrada do sistema de saúde, sistema este que fornece atenção sobre a pessoa (e não apenas sobre a enfermidade) ao longo do tempo e para todas as condições mais comuns, além de coordenar e integrar a atenção fornecida em outros pontos da rede.

A APS é considerada o modelo mais adequado para ofertar saúde e cuidado à população, contrapondo-se ao modelo biomédico que parecer ser ainda hegemônico na realidade da odontologia em saúde pública.

Esta forma tradicional de pensar, onde o profissional é o centro das decisões e o faz isolado de todo o contexto, seja da equipe, seja da comunidade, vem sendo questionada desde o século passado: nos anos 40 e 50, com a introdução das disciplinas de Odontologia Social nos currículos universitários (Casotti, 2009); nos anos 60, com os debates em torno da

determinação econômica e social da saúde; e nos anos 70, com a Declaração de Alma-Ata e a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000, a partir da qual se passou a conceber a saúde como um direito de todos (Brasil, 2002b).

Vê-se, no Brasil, o impacto de todo esse movimento na VIII Conferência Nacional de Saúde, no capítulo sobre saúde da Constituição Federal (CF) de 1988 e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao longo dos anos 90. Na década seguinte, a odontologia é incorporada à ESF e são homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia (DCNO). A atuação do profissional formado e em exercício na atenção primária no campo da saúde pública é pautada, atualmente, por três documentos principais: a Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, o Caderno de Atenção Básica nº17 (CAB 17), de 2008, e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011.

A Associação de Educação Dental Americana apresenta preocupação bastante semelhante: o desejo de estabelecer diretrizes mínimas para as instituições formadoras, a compreensão de que o sistema de saúde vigente não contempla as necessidades da sociedade e que a formação profissional tem papel fundamental no enfrentamento desta questão (American Dental Education Association, 2006). Tudo isso parece levar a um cuidado em saúde bucal baseado em princípios como integralidade, interdisciplinaridade, humanização e envolvimento com a comunidade. A Reforma Sanitária parece estar acontecendo, mas ainda não é isso que é visto, ao menos não plenamente. Por quê? Onde se encontra o movimento pela mudança? Como se reflete tal movimento nas academias?

Dentro deste contexto, o presente artigo tem por objetivo analisar, a partir da produção científica sobre o tema, a adequação da formação acadêmica em odontologia aos preceitos da Atenção Primária à Saúde.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. História da Odontologia e seu trajeto: do individual/tecnicista ao coletivo/cuidador**

Para se falar do profissional de odontologia de hoje e discutir sua formação e adequação à Atenção Primária à Saúde (APS) e, no caso brasileiro, ao Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que se remonte às origens dessa profissão, especialmente em nosso país.

No Brasil, um marco na história da odontologia foi o decreto 1764, de 14 de maio de 1856, o primeiro documento que estabelece as exigências para o exercício da profissão. A partir de tal registro ocorreram dez alterações significativas no currículo até 1931, ano em que é normatizado um currículo mínimo para as instituições que dispusessem em seu catálogo cursos superiores de odontologia. Nesse período de 75 anos, foram seis as alterações na legislação específica sobre a profissão de cirurgião-dentista e, em cada uma, a titulação obtida também tinha a nomenclatura modificada (Ferrari, 2011).

Dentre as alterações curriculares, de regramento e de titulação da profissão fomentadas, está a instituição do curso de odontologia, criado pelo Decreto n.º 9.311, em 25 de outubro de 1884, junto aos cursos de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Apesar de as primeiras escolas de odontologia terem se desenvolvido dentro das faculdades de medicina, inclusive com a realização dos primeiros exames para a obtenção do título de dentista, a odontologia, no Brasil, nunca foi vinculada à medicina, diferentemente do que ocorria na Europa (Moritta et al., 2010; Ferrari, 2011).

O modelo de odontologia brasileiro sofreu influência dos Estados Unidos desde seu início, no século XIX, país onde as áreas médica e odontológica não estão associadas. Na Europa, ao contrário, a odontologia foi aperfeiçoada como uma especialidade da medicina, e pouco atrativa para a época, pois o profissional da medicina que praticasse a cirurgia era menos valorizado que o médico clínico. Sob essa ótica, os brasileiros que estudavam medicina na

Europa retornavam sem estímulo para o exercício da profissão de cirurgião-dentista (Ferrari, 2011).

A opção brasileira também seguiu o padrão norte-americano na preocupação em alçar a formação em odontologia como área de conhecimento pertencente às instituições de ensino superior. O reconhecimento se demonstrava na descrição dos requisitos mínimos para a estruturação dos cursos, entre os quais: definição das disciplinas, tempo mínimo para a integralização do curso e características do perfil do aluno a ser selecionado. Esses foram os primeiros passos de uma longa transição entre o “ofício” transmitido na relação mestre-aprendiz, para uma fase “escolar” de formação, imprimindo a autonomia da odontologia em relação às faculdades de medicina (Queiroz, 2006).

A partir das décadas de quarenta e cinquenta do século passado, a formação dos profissionais da área da saúde, articulada com as demandas socioepidemiológicas, começa a receber maior atenção dos governos, haja vista a necessidade de ampliação de cobertura e resolubilidade dos sistemas públicos em fase inicial de estruturação. Em 1958, a Odontologia Social e Preventiva foi incluída na estrutura curricular dos cursos de odontologia. No mesmo ano, foi criado um Curso de Saúde Pública para Dentistas. Ambos os investimentos na área social da odontologia podem ser analisados como ganho partilhado entre o movimento que pensava o ensino da odontologia e aquele ligado ao serviço de saúde bucal, particularmente fundado no Serviço Especial de Saúde Pública (Casotti, 2009).

Nas décadas seguintes, porém, cresceu no interior da academia a lógica das pós-graduações clínicas, embasadas por uma promissora odontologia de mercado. As iniciativas de saúde coletiva foram substituídas pelo governo brasileiro, particularmente na década de setenta, por credenciamentos com o setor privado. O Estado opta por um modelo assistencial que, ao aumentar a oferta de procedimentos odontológicos por credenciamentos com a rede privada, acaba liquidando com as iniciativas de saúde coletiva (Casotti, 2009).

### 3.2. Inserção da odontologia na APS e na ESF

Visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, um amplo debate foi realizado em vários países durante a década de sessenta, o que realçou a determinação econômica e social da saúde e abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo. O resultado desse movimento de convergência foi formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978), que estabeleceu um novo paradigma para o setor, com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária à Saúde. Ao ampliar a perspectiva do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, o conteúdo da Declaração de Alma-Ata superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde. Entretanto, estes últimos, instintivamente, concediam maior prioridade à perpetuação das atividades mais diretamente relacionadas com os problemas de saúde, desconsiderando o conceito ampliado que visa, além de ausência de enfermidade, o completo bem-estar físico, mental e social que a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) havia consagrado de forma, talvez, exageradamente otimista (Brasil, 2002b).

Ao longo dos anos 80, as interpretações iniciais de dicotomia entre o destaque às causas sociais e as abordagens individuais na área da saúde se ampliaram e integraram: foi reconhecida a influência das políticas externas na situação de saúde das pessoas, além de se avançar no conceito de empoderamento e participação social, promovendo saúde através do fortalecimento das comunidades locais (Brasil, 2002b).

Em março de 1986, os debates da VIII Conferência Nacional da Saúde, no Brasil, resultaram na formalização das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que pleiteou mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já indicava a municipalização como forma de executar a descentralização. “As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde, foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a



Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde” (Paulus Jr. e Cordoni Jr., 2006).

A partir da Carta Magna, a saúde passou a ser garantida como direito de todos e dever do Estado (art. 196), assim como o ordenamento e a formação dos recursos humanos para o SUS, também passaram a constar na Lei (art. 200, inciso III), como atribuição do Estado (Brasil, 1988).

O Sistema Único de Saúde é constituído por um conjunto de ações e serviços que são regulados pela lei n.º 8080, de 1990, que descreve, como objetivos do SUS, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Também é de responsabilidade do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990).

Embora o Estado tenha assumido o compromisso constitucional de prestar assistência integral à população, a incorporação da saúde bucal ao sistema de saúde não se deu imediatamente. Em 1992, a capital paranaense sediou a oficina Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Durante o evento, apontaram-se os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no SUS e discutiram-se algumas experiências municipais de saúde bucal. O encontro foi promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná (NESCO) e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Ao final da oficina foram destacados os seguintes tópicos:

“1) a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social; 2) a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão social; 3) a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela

ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços; 4) a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado; 5) a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico; 6) o isolamento do cirurgião-dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde; 7) a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas” (Gevaerd, 1993, *apud* Aerts, 2004, p.132).

Os itens elencados naquele ano seguem atuais, com destaque apenas para a modificação na forma de pagamento dos procedimentos pelo SUS (*per capita*), o que faz com que o recurso possa ser utilizado em ações preventivas e de promoção de saúde. Apenas no ano 2000, com a Portaria Ministerial nº 1.444, tal proposta foi incorporada oficialmente. O regramento estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais de odontologia no Programa Saúde da Família (PSF). A publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde, em janeiro de 2004, gerou um segundo movimento, que apontou rumos para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E o terceiro movimento, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, efetivou a saúde bucal como política pública de âmbito nacional (Garcia, 2006).

Acerca da formação odontológica brasileira entre 1856 e 1931, Ferrari (2011) diz que as discussões que existem hoje em dia na odontologia brasileira repetem as discussões existentes desde o começo da odontologia como profissão no Brasil: quem pode exercer a profissão, quais os requisitos para se formar um bom profissional que se adapte à realidade do mercado, a distribuição desses profissionais pelo país de modo a atender às necessidades do povo brasileiro, todas estas questões podem ser encontradas na revisão de literatura, desde o século XIX até os dias de hoje.

### **3.3. Momento atual da odontologia na APS e na ESF: necessidades, dificuldades, desafios**

O Brasil, atualmente, conta com uma das menores proporções na relação entre população e número de profissionais. Com quase 220 mil dentistas, o país apresenta uma taxa de 838 pessoas por profissional. Destaque-se que, destes 220 mil, quase 60 mil atendem no SUS, sendo que aproximadamente um terço (19 mil) trabalham em Equipe de Saúde Bucal de ESF (Moritta et al., 2010).

A taxa média mundial de cirurgiões-dentistas é de 5.875, porém com uma variação enorme entre regiões: na Europa e nos países anglo-saxônicos esta taxa é de menos de 3.000, enquanto que nos países da África, na sua grande maioria, a proporção é de mais de 20.000 pessoas por dentista (Moritta et al., 2010; Beaglehole et al., 2009).

Além da má distribuição dos profissionais no mundo, há ainda que se questionar a relação entre o perfil do profissional egresso das faculdades e a necessidade dos usuários. Narvai (1994), ao discorrer sobre o perfil formativo do cirurgião-dentista brasileiro, aponta a inadequação do preparo dos recursos humanos, sendo esses profissionais formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, direcionados precocemente para especialidades, além da não adequação para os serviços onde deverão atuar. Embora a citação date de quase duas décadas, ainda hoje o trabalho do cirurgião-dentista, marcadamente centrado numa prática curativa com ênfase em atividades restauradoras, reproduz, nos serviços públicos, o modelo ineficaz da prática privada, demonstrando o descompasso com políticas reorientadoras como se apregoa ser a ESF. (Martelli et al., 2010).

Ao longo desse processo, quando se almejou fazer prevenção, esta se resumiu a ações preventivas direcionadas a escolares, em paralelo à atenção odontológica centrada em ações eminentemente clínicas, resultando num perfil de prática insuficiente para responder às necessidades da população. Era mais um dos muitos modelos de odontologia cuja proposta se mostrou incapaz de promover ruptura com a prática hegemônica em questão (Faccin et al., 2010).

Mas a conduta dos profissionais não é produto direto da implantação de modelos ou protocolos de intervenção ou mero resultado da motivação econômica. Esta prática decorre de uma relação dialética entre a situação e um *habitus*, isto é, um conjunto de disposições e esquemas de percepção deste indivíduo, traduzido como características intrínsecas e relacionais do mesmo em seu ambiente social, inculcadas pelo meio como disposições inconscientes, socialmente adquiridas (Chaves; Silva, 2007).

Há necessidade de intensificar as discussões sobre as mudanças no processo de trabalho em saúde bucal. Faccin et al. (2010) lembram que o Ministério da Saúde contribuiu neste sentido com a publicação de Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal, trazendo parâmetros importantes para qualificação das ações de saúde bucal na ESF. Observam, porém, que, com a implementação de novas diretrizes para a saúde bucal sem a definição clara de suas implicações operacionais, e considerando-se ainda as dificuldades locais, o fazer odontológico recebeu nova denominação, mas se manteve praticamente inalterado.

A inserção da saúde bucal na ESF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica. Assim como os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, o cirurgião-dentista necessita de um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à implementação concreta do SUS. Não basta possuir serviços odontológicos em quantidade suficiente e razoavelmente bem distribuídos. É preciso, também, que estejam corretamente organizados em rede regionalizada e hierarquizada, de uma maneira municipalizada, de acordo com os princípios do SUS, voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no sistema de saúde, em sua abrangência estadual e nacional, possuindo fontes de financiamento sólidas e perenes para que de fato beneficiem a população brasileira (Pessoa, 2008).

Uma forma de se sistematizar as possibilidades de atuação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde é a partir de níveis de inserção. A atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de

vigilância da saúde da coletividade. Ressalte-se que essas atividades também podem ser desenvolvidas em nível distrital, na dependência do tamanho do município e de sua organização político-administrativa. As políticas públicas podem assegurar um meio ambiente saudável, ofertando serviços que conduzam à equidade e tornando mais acessíveis as escolhas benéficas (Aerts et al., 2004).

Entre as políticas públicas que objetivam a melhora da situação de saúde da população, uma das mais importantes se refere aos alimentos que irão compor a dieta, considerando que a mesma está associada a várias doenças crônicas, como diabete mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares e cárie dentária. Como exemplos de espaços de atuação, temos o controle da produção de alimentos processados com adição de açúcar e o apoio ao aumento e à distribuição de alimentos tradicionais em nível nacional; o desencorajamento da plantação de açúcar, incentivando sua substituição por produtos mais saudáveis; a remoção de açúcares extrínsecos não lácteos na alimentação de crianças e em medicamentos pediátricos; o controle de propagandas sobre alimentos infantis; a distribuição de merenda escolar com alimentos sem açúcar e baixo teor de gorduras; a inclusão de temas transversais nos currículos escolares, enfatizando que açúcares ingeridos isoladamente são pobres sob o aspecto nutricional, além de diminuir a densidade nutricional de alimentos complexos (Aerts et al., 2004).

A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe de vigilância da saúde se deve ao conhecimento técnico específico e ao embasamento científico que orientam as ações. Em nível central, essas ações se dirigem para a educação em saúde, normatização e vigilância de serviços odontológicos, ações de controle e monitoramento da qualidade da água de abastecimento público, vigilância de produtos contendo flúor, controle de resíduos tóxicos e contaminados produzidos por estabelecimentos de saúde e vigilância epidemiológica das principais doenças bucais. Tomando-se como referência os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa (WHO, 1986), as atribuições do dentista em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (Aerts et al., 2004).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde, homologadas pelo Ministério da Educação em 2001, orientam mudanças na graduação dos profissionais, coerentes com a necessidade indicada pelo Ministério da Saúde de incentivar mudanças na formação em saúde com ênfase na integralidade da atenção. O processo de reformulação do ensino superior significou um avanço para a formação do profissional, capaz de atuar além das fronteiras da própria profissão, ampliando suas competências e habilidades para uma concepção mais abrangente da atuação em saúde, além de apontar para a reconfiguração dos papéis dentro das práticas em saúde, potencializando seu campo de ação como profissional de saúde e não mais como componente técnico específico do trabalho em equipe. (Mattos, 2006).

Na busca desta reformulação, as Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia (DCNO), embora definam o perfil do cirurgião-dentista como um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, também revelam uma forte delimitação das competências gerais ao próprio campo específico da odontologia, demonstrando desarticulação com as propostas iniciais. No próprio artigo 3º, ao descrever o perfil do cirurgião-dentista, ao mesmo tempo em que esperam que ele vá “atuar em todos os níveis de atenção à saúde”, também o definem como um profissional “capacitado ao exercício de atividades referentes à **saúde bucal** da população” (Brasil, 2002a, p.1, grifo nosso).

Ao discorrer sobre as competências e habilidades gerais, as DCNO podem dificultar uma compreensão ampliada do cirurgião-dentista como membro da equipe ao afirmar que “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.” (Brasil, 2002a, p.1). Mattos (2006) diz que as concepções de atenção à saúde das DCNO podem ser apropriadas como uma mera extensão da clínica odontológica, pois, ao apontar, nas competências gerais, para uma capacitação específica de cada área do saber, acabam por suprimir uma reflexão mais ampliada do cuidado, desestimulando uma interação equilibrada entre os trabalhadores da equipe de saúde. A autora destaca que o uso do termo “saúde bucal” é recorrente em todo o documento, o que reitera a

concepção prevalente da atuação do cirurgião-dentista centrado nas competências exclusivamente odontológicas.

Contrapondo-se a esta restrição nas competências e habilidades gerais, no parágrafo sobre competência e habilidades específicas as DCNO enfatizam a integração do cirurgião-dentista aos cuidados mais gerais dos pacientes, convocando-o a “atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o” (Brasil, 2002a, p.2).

Quando o artigo 6º trata da organização do curso, são abordados alguns aspectos em coerência com os pressupostos de integralidade que apontam para uma ampliação do entendimento do egresso das realidades em que se insere o seu trabalho profissional e a importância da sua contribuição social. O referido artigo determina que os conteúdos essenciais devam estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, e integrados à realidade epidemiológica e profissional (Brasil; 2002a; Mattos, 2006).

Embora o documento fale em *perfil profissional integral*, o artigo 13, inciso II, resume a importância dos conhecimentos básicos à suposta aplicação clínica que eles poderiam ter: “aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica” (Brasil, 2002a, p.4).

Além disso, a concepção de integralidade contida neste documento enfatiza predominantemente os aspectos relacionados à dimensão da prestação de serviços. Se por um lado as DCNO buscam uma ampliação das competências do cirurgião-dentista na equipe de saúde, por outro reforçam o reducionismo que caracteriza a prática profissional ao longo de sua história: suas primeiras intenções não encontram reflexos nas atividades transcritas em trechos que se referem às práticas do cirurgião-dentista (Mattos, 2006).

Enquanto as DCNO têm o propósito de orientar mudanças na graduação a fim de que esta formação resulte em profissionais com perfil, competências e habilidades em consonância com as necessidades da população, a atuação do cirurgião-dentista em exercício no campo da saúde pública é pautada por três

documentos principais: a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), de 2004, o Caderno de Atenção Básica nº17 (CAB 17), de 2008, e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011.

A PNAB tem o objetivo de estabelecer as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), incluídas aqui as características do processo de trabalho das equipes e as atribuições dos profissionais, tanto as *comuns* como as *específicas* de cada categoria (Brasil, 2011).

Já o CAB 17, seguindo as diretrizes da PNSB, traz a proposta de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, funcionando como uma referência técnica e científica capaz de levar informações fundamentais à organização das ações de saúde bucal em todo o país (Brasil, 2004; Brasil, 2008). Quando lista as competências do cirurgião-dentista, este documento reproduz na íntegra as atribuições específicas arroladas no anexo I da portaria ministerial nº 648 de 2006, a saber:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (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;
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico em Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e ESF;
- VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF) (Brasil, 2006, p.26; Brasil, 2008, p.19-20).



Na descrição das atribuições específicas, a PNAB, aos moldes do CAB 17, concentra a atenção do profissional cirurgião-dentista no campo da saúde bucal, orientando-o a coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças *bucalis*, além de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à *saúde bucal* com os demais membros da equipe (Brasil, 2011).

Embora as atribuições específicas do cirurgião-dentista descritas na PNAB sejam bastante restritas ao âmbito da saúde bucal, contrapondo-se a uma ideia de integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade inerentes à APS, as atribuições comuns aos profissionais da equipe – incluída aqui a equipe de Saúde Bucal – abarcam, como se vê, estes princípios:

São atribuições comuns a todos os profissionais:

V - garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (Brasil, 2011).

Em muitos países, a discussão sobre os sistemas de saúde passa pela formação e perfil dos profissionais.

Em 2006, a Associação de Educação Dental Americana (ADEA), através da sua Comissão para Mudança e Inovação na Educação Dental (CCI), traz os pontos que considera fundamentais para permitir que estudantes de odontologia adquiram as competências necessárias para servir às necessidades em saúde oral da população e trabalhar como membros de uma equipe de saúde eficiente e efetiva. Diz que as instituições formadoras precisam preparar estudantes para, como cirurgiões-dentistas, serem profissionais, cidadãos informados e líderes engajados na luta pela mudança no sistema de saúde, cujo maior problema enfrentado é o acesso ao cuidado em saúde, tanto bucal como geral. Percebem-se três pontos em comum com a nossa realidade: o desejo de estabelecer diretrizes mínimas para as instituições formadoras, a compreensão de que o sistema de saúde vigente não contempla as necessidades da sociedade e que a formação profissional

tem papel fundamental no enfrentamento desta questão (American Dental Education Association, 2006).

Monajem (2009), em artigo intitulado “O plano de ação da OMS para a saúde bucal”, diz que os cirurgiões-dentistas parecem estar pouco cientes de seu papel e de suas relações na comunidade. Questiona as metodologias tradicionais de formação restrita à academia e considera que os representantes das instituições educacionais de odontologia precisam estar engajados e ter em mente que um bom número de pesquisas tem documentado os efeitos positivos da experiência de ensino em serviço para os estudantes, para a instituição acadêmica e para a própria sociedade. Os achados mostram que estes efeitos se sustentam por anos após o término da experiência. Porém, enquanto o desenvolvimento dos componentes do aprendizado em serviço no currículo representa um grande avanço na exposição dos estudantes à comunidade, esta alternativa ainda não foi introduzida dentro de um contexto de mudança maior da estrutura curricular.

A implantação dos sistemas de saúde na América Latina apresenta carências estruturais, principalmente na formação e desenvolvimento dos profissionais do setor. A proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a educação permanente em saúde é utilizá-la como uma ferramenta importante para a transformação das práticas. O desafio é a transformação do caráter puramente pedagógico deste dispositivo, para colocá-lo como centro de uma proposta de mudanças de práticas cotidianas de trabalho no próprio espaço de trabalho (Lopes et al., 2007).

Carvalho e Ceccim (2006), citados por Costa e Miranda (2009), dizem que nos anos que se seguiram à reforma sanitária brasileira, tentativas de mudança na formação e educação em saúde foram e continuam sendo realizadas, com a construção das diretrizes curriculares, a organização do movimento estudantil e as ações coordenadas por instituições envolvidas com as políticas de formação em saúde, vislumbrando a construção de reformas no ensino e de novas possibilidades pedagógicas e interpretativas do fenômeno saúde-doença, condizentes com a atual configuração do setor saúde.

O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, (re)tomava para si o compromisso de mudar e

ordenar a lógica da formação dos profissionais de saúde. Estava, assim, regulamentando o art. 200, inciso III e IV, da CF/88, reafirmado pelo art. 6, incisos III e X, da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei 8080/90), que define o SUS como o responsável pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde (Lopes et al., 2007).

Para a criação de uma política pública que cuidasse de reestruturar o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, foi preciso pensar numa estratégia para dar sustentação ao conjunto de transformações almejado. A estratégia escolhida foi a educação permanente, e se consolidou através da publicação da Portaria 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A novidade para os trabalhadores da saúde está no fato de que a construção do saber é coletiva: todos os envolvidos são desafiados a assumir uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe. O eixo norteador da proposta é a integralidade, porque direciona o trabalho em saúde para transdisciplinaridade e multiprofissionalidade (Lopes et al., 2007).

Moretti-Pires (2009), em estudo sobre a formação para o SUS de três profissões – medicina, enfermagem e odontologia – fala do novo discurso do Estado sobre seu papel na reorientação do recurso humano em saúde através da capacitação para a integralidade e nova prática no SUS, não apenas no contexto do serviço, mas, também, na formação dos futuros profissionais.

Apesar dos esforços, e mesmo com a implantação das novas Diretrizes Curriculares, o modelo universitário tradicional se mantém focado na atenção curativo-individual, desconsiderando o entorno sociocultural e contextual das famílias pelos profissionais de saúde. Este modelo de pensamento não condiz com o talhe necessário para a atuação em Saúde da Família. Assim, apesar das tentativas de modificá-la na prática, a distância entre a ESF idealizada e a ESF real acaba persistindo (Moretti-Pires, 2009).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

Analisar, através da produção científica relativa ao tema, de que maneira a formação acadêmica em odontologia está em conformidade com os preceitos da APS.

### **4.2. Objetivos Específicos**

Foram três os objetivos específicos do trabalho:

- a) analisar, a partir da literatura, a formação em odontologia, descrevendo as competências e habilidades requeridas;
- b) identificar, através dos artigos selecionados, a adequação da formação acadêmica ao perfil profissional necessário ao trabalho em APS;
- c) descrever, através da leitura da produção científica, quais são os espaços dentro dos currículos onde são trabalhadas as questões relativas à formação profissional visando às características da APS.

## 5. REFERÊNCIAS

American Dental Education Association, Commission on Change and Innovation in Dental Education. The Dental Education Environment. J Dent Educ. 2006 dez;70(12):1265-1270.

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet. 2004; 9(1): 131-138.

Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. The Oral Health Atlas. Mapping a neglected global health issue [internet]. UK: Myriad; 2009 [acesso em 08 ago 2013] Disponível em: [http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook\\_oral\\_health](http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook_oral_health)

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

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1991. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CSE 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648 de 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). Diário Oficial da União. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2011 out 24.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 17. Saúde Bucal. Brasília, 2008. 92p.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akeman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p.149-182.

Casotti E. Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. Cien Saude Colet. 2007; 12(6):1697-1710.

Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Cien Saude Colet [online]. 2010 [acesso em 03 ago 2013]; 15(1): 1643-1652. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700076>.

Ferrari MAMC. História da Odontologia no Brasil – currículo e a legislação entre 1856 e 1931 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

Garcia DV. A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LA, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comun. ciênc. saúde. 2007;18(2):147-155.

Martelli PJJ, Macedo CLS, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Cien Saude Colet. 2010; 15(2):3243-3248.

Mattos D. As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Monajem S. The WHO's action plan for oral health. Int J Dent Hyg. 2009;7: 71–73.

Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2009 set;13(30):153-166.

Moritta MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro [internet]. Maringá: Dental Press; 2010 [acesso em 08 ago 2013]. Disponível em: [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL\\_CD\\_BR\\_web.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL_CD_BR_web.pdf)

Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista espaço para a saúde. 2006 dez;8(1):13-19.

Pessoa LA. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF e a construção da Política Nacional de Saúde Bucal – um breve histórico [monografia]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2008.

Queiroz MGO. ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação; 2006.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

## 6. ARTIGO

### **A formação em Odontologia e sua adequação aos princípios da Atenção Primária à Saúde: uma revisão da bibliografia**

**Clarice Martins Sant'Anna** – Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Coletiva e da Família, Mestranda em Epidemiologia.

**Daniela Riva Knauth** – Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutora em Etnologia e Antropologia Social - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

E-mail: [daniela.knauth@gmail.com](mailto:daniela.knauth@gmail.com)

A ser enviado à Revista Brasileira de Educação Médica



## RESUMO

Atualmente, a odontologia se mantém focada na atenção curativo-individual, desconsiderando o entorno sociocultural das famílias e assim contrapondo-se ao perfil necessário para a atuação em atenção primária. O presente artigo tem por objetivo analisar a adequação da formação acadêmica em odontologia aos preceitos da Atenção Primária à Saúde. Para isso, realizou-se uma revisão da literatura internacional produzida nos últimos 10 anos baseada na seleção e análise de 19 textos relativos ao tema. A maioria dos casos questiona a adequação da formação às necessidades sociais e da sua capacidade em suprir às demandas da comunidade. Para responder, os estudos buscam, sobretudo, avaliar ou comparar currículos e descrever ou analisar experiências extramuros. Quase todos os artigos apresentam avanços na formação voltada para a saúde comunitária, porém vários problemas foram identificados, tais como qualidade metodológica, insuficiência de informações sobre coleta e análise dos dados, além da curta duração das vivências ou o pouco tempo entre a intervenção e a avaliação. Para qualificar e aumentar a confiabilidade dos estudos, recomendamos que se investiguem metodologias consistentes e adequadas a este tipo de pesquisa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; educação; graduação; odontologia; saúde bucal; currículo.

## **ABSTRACT**

Currently, dentistry is focused on the individual curative care, ignoring the social and cultural environment of families, in opposition to the necessary profile for working in primary care. The present article aims to analyze the adequacy of the academic education in dentistry to the principles of the Primary Health Care. To achieve this, we carried out a review of the literature of international scope produced in the last 10 years, based on the selection and analysis of 19 texts related to the theme. Most cases questions the adequacy of the education to social needs and its capacity to meet the demands of the community. To respond, the studies seek, primarily, to evaluate and compare curricula and describe or analyze extramural experiences. Almost every article present advances in education focused on community care, but several problems have been identified, such as methodological quality, insufficient information about collecting and analysis of data, and the short duration of experiences or the little time between intervention and evaluation. To qualify and increase the reliability of studies, we recommend the investigation of consistent and appropriate methodologies for this kind of research.

**KEY-WORDS:** Primary Health Care; education; graduation; dentistry, oral health; curriculum.

## INTRODUÇÃO

Para falarmos do profissional de odontologia da atualidade e discutirmos sua formação e adequação à Atenção Primária à Saúde (APS) e, no caso brasileiro, ao Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que remontemos às origens dessa profissão, especialmente em nosso país.

O modelo de odontologia brasileiro sofreu influência dos Estados Unidos desde seu início, no século XIX, país onde as áreas médica e odontológica não estão associadas. Na Europa, ao contrário, a odontologia foi aperfeiçoada como uma especialidade da medicina, e pouco atrativa para a época, pois o profissional da medicina que praticasse a cirurgia era menos valorizado que o médico clínico (Ferrari, 2011).

A partir das décadas de quarenta e cinquenta do século passado, o debate sobre a formação dos profissionais da área de saúde no Brasil, articulada com as demandas socioepidemiológicas, começa a receber maior atenção dos governos. Em 1958, a Odontologia Social e Preventiva foi incluída na grade curricular dos cursos de odontologia (Casotti, 2009). Nas décadas seguintes, porém, houve um crescimento significativo dos cursos de pós-graduação clínica, particularmente no nível da especialização, embasados por uma promissora odontologia de mercado. Por outro lado, o Estado opta por um modelo assistencial que, ao aumentar a oferta de procedimentos odontológicos por credenciamentos com a rede privada, acaba liquidando com as iniciativas de saúde coletiva (Casotti, 2009).

Visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, um amplo debate foi realizado em vários países durante a década de sessenta, o que realçou a determinação econômica e social da saúde. O resultado desse movimento foi formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978), com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária à Saúde. Ao ampliar a perspectiva do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, o conteúdo da Declaração de Alma-Ata superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde. (Brasil, 2002b).

Ao longo dos anos 80, a dicotomia entre o destaque dos fatores sociais e as abordagens individuais na área da saúde perde força. A influência dos fatores sociais na situação de saúde das pessoas passa a ser consenso. Avança-se ainda no conceito de empoderamento e participação social e a saúde passa, necessariamente, pelo fortalecimento das comunidades locais (Brasil, 2002b).

Embora o Estado tenha assumido o compromisso constitucional de prestar assistência integral à saúde da população, a inclusão da saúde bucal ao sistema de saúde não se deu imediatamente. Apenas no ano 2000, com a Portaria Ministerial nº 1.444, a proposta foi incorporada oficialmente. O regramento estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais de odontologia no então denominado Programa de Saúde da Família (PSF). A publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em janeiro de 2004, gerou um segundo movimento, que apontou os rumos para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E o terceiro movimento, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, efetivou a saúde bucal como política pública de âmbito nacional (Garcia, 2006).

Apesar destes avanços, ainda hoje o trabalho do cirurgião-dentista, marcadamente centrado numa prática curativa com ênfase em atividades restauradoras, reproduz, nos serviços públicos, o modelo ineficaz da prática privada, demonstrando o descompasso com políticas reorientadoras citadas anteriormente (Martelli et al., 2010) . Ao longo desse processo as atividades de prevenção se limitaram a ações direcionadas a escolares, em paralelo à prática odontológica centrada em ações eminentemente clínicas, resultando num perfil de prática insuficiente para responder às necessidades da população e incapaz de promover ruptura com a prática hegemônica em questão (Faccin et al., 2010).

Na busca da adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde, homologadas pelo Ministério da Educação em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, embora definam o perfil do cirurgião-dentista como um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, revelam

uma forte delimitação das competências gerais ao próprio campo específico da odontologia. Além disso, a concepção de integralidade contida neste documento enfatiza predominantemente os aspectos relacionados à dimensão da prestação de serviços. Se por um lado as DCNO buscam uma ampliação das competências do cirurgião-dentista na equipe de saúde, por outro reforçam o reducionismo que caracteriza a prática profissional ao longo de sua história (Mattos, 2006).

Apesar dos esforços, e mesmo com a implantação das novas Diretrizes Curriculares, o modelo universitário tradicional se mantém focado na atenção curativo-individual, desconsiderando o entorno sociocultural e contextual das famílias pelos profissionais de saúde. Este modelo de pensamento não condiz com o talhe necessário para a atuação em Saúde da Família. Assim, apesar das tentativas de modificá-la na prática, a distância entre a Estratégia de Saúde da Família idealizada e aquela que se apresenta na realidade acaba persistindo (Moretti-Pires, 2009).

Dentro deste contexto, o presente artigo tem por objetivo analisar, a partir da produção científica sobre o tema, a adequação da formação acadêmica em odontologia aos preceitos da Atenção Primária à Saúde, definida como a porta de entrada de um sistema de saúde que fornece atenção sobre a pessoa (e não apenas sobre a enfermidade) ao longo do tempo e para todas as condições mais comuns, além de coordenar e integrar a atenção fornecida em outros pontos da rede.

## **METODOLOGIA**

A fim de mapear a produção científica relativa ao tema da formação em odontologia para a APS, realizou-se uma revisão da literatura em âmbito internacional. Foram listados e cruzados descritores pertinentes para efetuar a seleção dos artigos. A fonte de busca foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma ferramenta que pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS, Biblioteca Cochrane, SciELO, Wholis, BBO, AdoLec e várias outras. As buscas se deram a partir da combinação das seguintes palavras-chave: Primary Health

Care, Dental, Dentistry, Odontology, Oral Health, Education, Teaching, Educational Measurement, Undergraduate. A língua de busca não foi critério de exclusão.

A pesquisa efetuada na BVS a partir do cruzamento dos termos resultou em 4556 citações. Quando se limitou a produção para os últimos 10 anos (janeiro/2003-março/2013), 2625 artigos foram encontrados. Efetuou-se a leitura dos títulos com a posterior exclusão dos artigos duplicados.

Partiu-se então para a leitura dos resumos, executada de forma independente por dois avaliadores. Após a supressão dos artigos inadequados por cada avaliador, cruzaram-se os resumos elencados por cada um. A partir da análise conjunta dos documentos resultantes, foram selecionados 45 artigos considerados pertinentes ao tema, para, a seguir, buscá-los na íntegra. Os artigos não disponíveis em texto completo, em número de dois, foram excluídos nesta etapa.

Finalmente, os 43 artigos restantes foram lidos e realizou-se mais uma seleção, quando se excluíram três artigos por não trazerem dados de investigação científica e 21 por inadequação ao tema, resultando nos 19 artigos analisados neste trabalho.

Não houve julgamento da qualidade das fontes; as limitações, quando encontradas, foram descritas na tabela de resultados e tratadas na discussão.

Os artigos selecionados estão apresentados em dois quadros, contendo as seguintes categorias:

- Quadro 1: autor/ano; objetivo; delineamento; população/localização.
- Quadro 2: autor/ano; resultado; recomendações/conclusões.

Apresentamos, a seguir, um fluxograma que descreve o processo de seleção dos artigos.

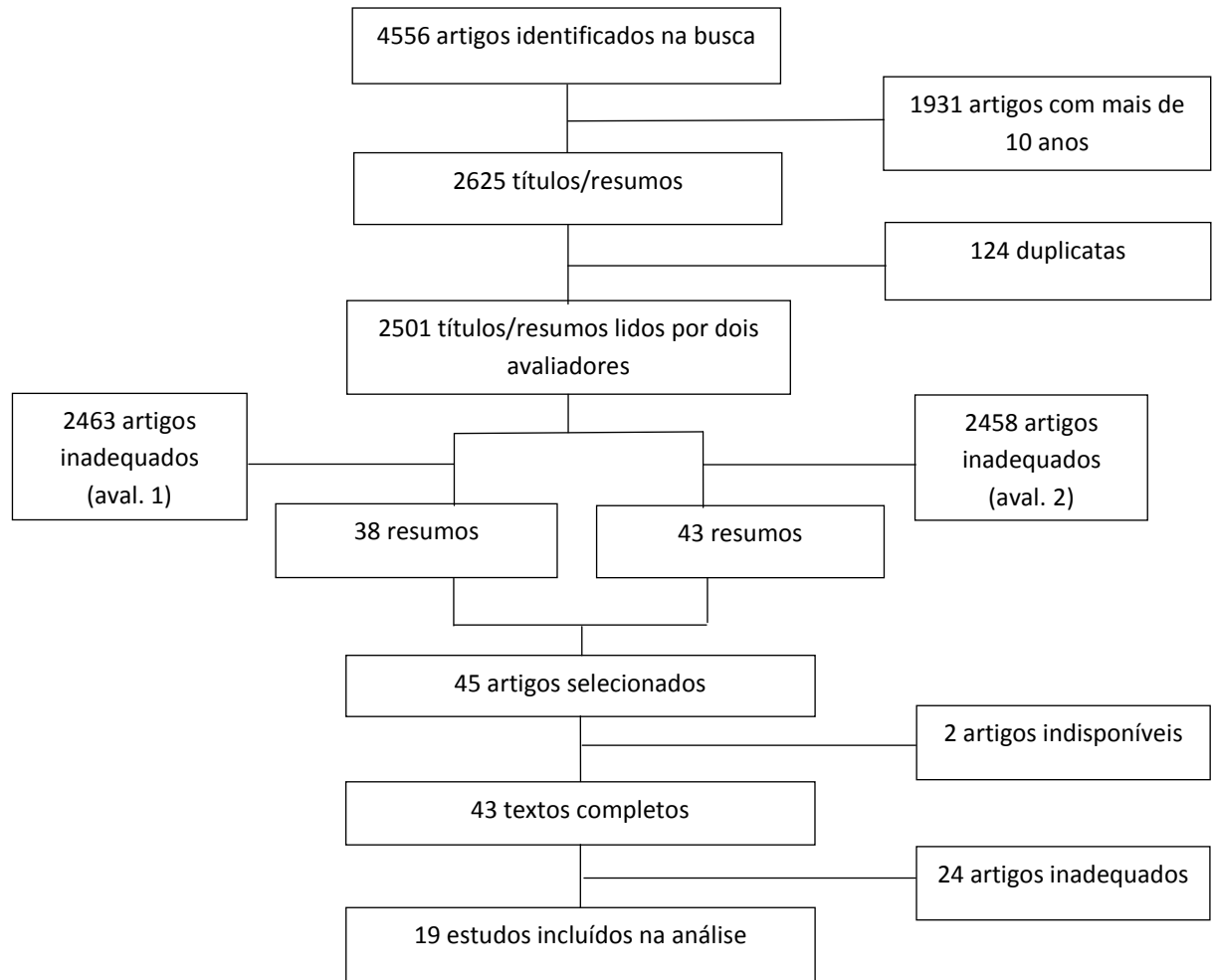


Figura 1: Fluxograma de busca e seleção dos artigos da revisão.

## RESULTADOS

Os estudos selecionados estão apresentados em dois quadros, expostos ao final deste artigo, contendo as seguintes categorias:

- Quadro 1: autor/ano; objetivo; delineamento; população/localização.
- Quadro 2: autor/ano; resultado; recomendações/conclusões.

Abordaremos, a seguir, cada uma das categorias exibidas nos quadros, acrescentando as limitações, não descritas nos mesmos.

Dentro do tema *formação em odontologia*, os 19 artigos têm seus objetivos concentrados em três pontos: currículo, experiências extramuros e avaliação de conhecimentos específicos. Sete artigos trazem como objetivo a análise, descrição ou comparação de currículos. Oito se referem a experiências extramuros; destes, quatro são descritivos e os outros quatro analisam seu impacto. O objetivo dos quatro artigos restantes é avaliar a formação de valores ou o conhecimento sobre um tema específico.

Quase a metade dos artigos (nove em dezenove) tem como delineamento o relato de experiência; outra parte considerável dos estudos (oito) é oriunda de levantamento de dados (survey) mediante a aplicação de um instrumento de pesquisa. A população de estudo são estudantes, reitores, diretores ou profissionais egressos de faculdades de odontologia. Dois estudos utilizam a análise documental como estratégia de pesquisa. São avaliados currículos dos cursos de odontologia e documentos de entidades de classe e associações voltadas para a educação.

Em dez dos artigos, os estudos estão focados em estudantes de faculdades de odontologia; em um caso, são incluídos também estudantes de medicina. Em dois artigos, os entrevistados são reitores ou diretores de escolas de odontologia. Um artigo aborda dentistas que atuam em APS que receberam financiamento ou empréstimo para estudar em comparação com aqueles que não empregaram tal expediente. Cinco artigos trazem relato de experiência acerca de currículos ou programas.



Dos 19 estudos, treze são originários das Américas; destes, sete são do Brasil. Dentre os outros seis, três são africanos, dois asiáticos e um da Oceania. Nenhum artigo, portanto, é de algum país europeu.

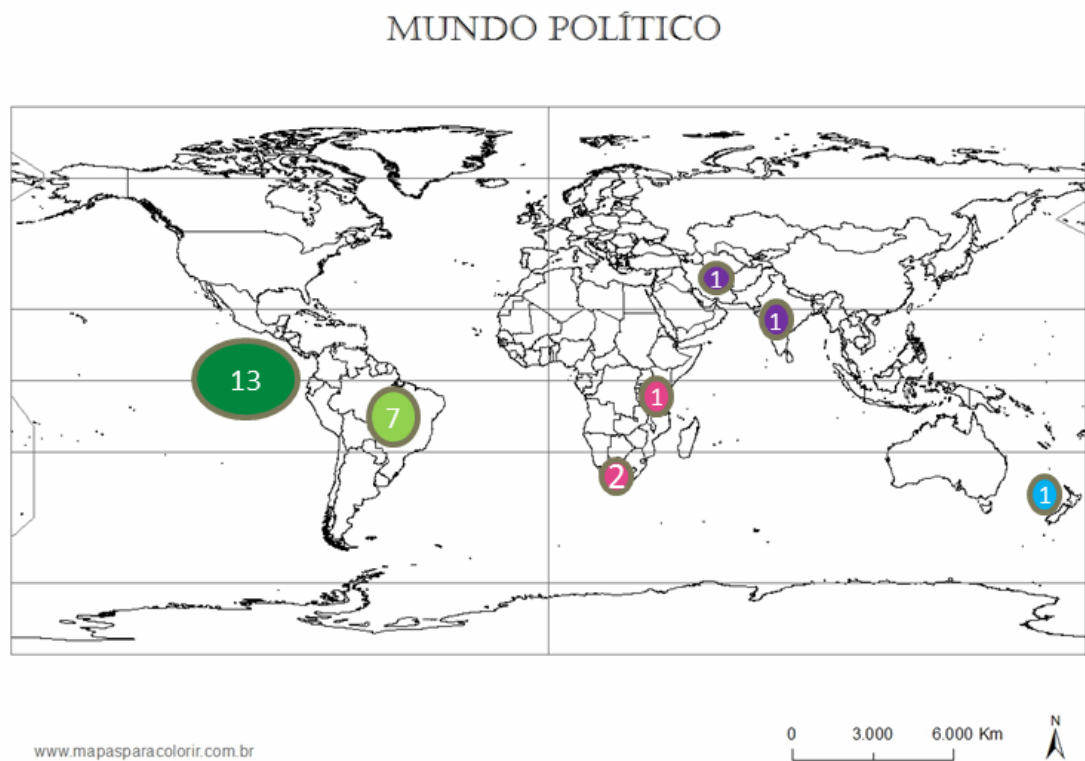


Figura 2: Distribuição dos 19 artigos no mundo.

No período de dez anos abarcados pelo estudo (janeiro/2003 – março/2013) houve uma distribuição bastante irregular da produção científica, com seis artigos publicados no primeiro quinquênio e os outros treze originados no segundo, o que pode indicar o crescimento da valorização do tema ao longo deste tempo decorrido.

Um resultado encontrado em cinco dos estudos analisados refere-se ao papel social e as ações preventivas advindas do contato com a comunidade e com a realidade dos serviços em atividades extramuros. Sobressaem-se ainda o pouco preparo dos estudantes de odontologia em lidar com a diversidade social e cultural e em atuar em equipes interdisciplinares, fatos citados em resultados de três artigos. O impacto de ações educativas (mudança de atitude de pacientes) é relatado em apenas um artigo. Outro artigo fala de escolhas profissionais baseadas em experiências em APS.

A força do modelo biomédico é salientada na conclusão de três dos estudos, onde é destacada a sedução ainda presente do paradigma clínico-curativo, contrapondo-se ao movimento de inovação na atenção à saúde, movimento este que prega a promoção, prevenção e assistência ofertadas de forma integral por cada profissional e interdisciplinar em toda rede de atenção.

As recomendações dos autores dos artigos selecionados, preocupados com a formação adequada aos preceitos da APS, especialmente ao preceito da integralidade do cuidado, são as seguintes:

- a) implantar atividades extramuros de promoção e prevenção;
- b) promover a integração curricular dos cursos da saúde;
- c) incrementar os programas sobre temas como saúde bucal na infância, atenção a pacientes com necessidades especiais e inter-relação da doença periodontal com as questões sistêmicas de saúde;
- d) implementar o curso de saúde oral global, programa da Organização Mundial de Saúde para a saúde bucal a populações carentes; e
- e) fazer um recrutamento seletivo dos estudantes para financiamento de sua formação acadêmica a fim de se obter o retorno mais adequado em APS.

Os estudos apresentam limitações de diversas ordens. Com relação à qualidade metodológica, encontramos inconsistência entre os desenhos de pesquisa e as conclusões, que extrapolam os objetivos e os dados. Medeiros Jr. et al. (2005) apresentam redução de biofilme e aumento na escovação como resultado da intervenção estudada, concluindo, assim, que o aluno interagiu com outras profissões e que trabalhou saúde bucal de forma integral com cada paciente. Não explica, porém, como chegou do resultado à conclusão. Outros artigos utilizam instrumentos pouco adequados para responder ao objetivo proposto. Por exemplo, para detectar a qualidade da formação em aspectos específicos como a relação entre doença periodontal e condições sistêmicas ou o cuidado de pessoas com necessidades especiais, é utilizado um instrumento baseado apenas no número de horas despendido em atividades teóricas e clínicas.

Com relação à amostra, em vários dos estudos analisados, ou ela era muito pequena ou, por vezes, não estava explícita. Em um caso, o critério de seleção dos alunos – afinidade com saúde comunitária – era uma característica fortemente associada aos resultados encontrados, o que torna difícil a análise do peso da experiência nos participantes.

Oito artigos não trazem informações suficientes e claras sobre o processo de coleta e análise dos dados.

A ideia de voluntariado no exterior, desenvolvida com estudantes dos EUA e da Índia, parte de uma premissa questionável, visto que não são apresentadas informações da qualidade da saúde bucal da população dos próprios países.

Dentre as debilidades metodológicas dos estudos analisados, temos casos em que os próprios autores dos programas descrevem a implantação e os resultados dos mesmos, o que abala a confiabilidade, pois os resultados podem refletir o desejo de atingir os objetivos propostos inicialmente. Outra questão recorrente é a impossibilidade de generalização: por serem relatos de caso, se referem a experiências locais, específicas de um contexto e, portanto, sem validade externa. Um estudo comparou alunos de primeiro e último ano quanto a atitudes referentes à saúde bucal na primeira infância; não se pode garantir que a diferença das respostas se deva exclusivamente à formação. Outro estudo apresentou baixa taxa de resposta, reduzindo, assim, sua representatividade.

Limitação recorrente em oito estudos foi o curto tempo de duração das vivências relatadas ou o pouco tempo transcorrido entre a intervenção e a avaliação de seus resultados.

## **DISCUSSÃO**

O pequeno número de artigos encontrado sobre o impacto da formação no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em APS pode refletir a recente inclusão da saúde bucal no contexto da saúde pública, no Brasil e no

mundo. Outro indicador da incipiência do tema é a predominância de relatos de experiência de projetos extramuros e propostas curriculares. Apenas dois artigos avaliam o impacto da formação: um através da análise das ações educativas na mudança de atitude dos pacientes, e outro por meio da relação entre a experiência em APS e as escolhas profissionais dos egressos. Estes são os únicos casos que avaliam o impacto final da formação acadêmica na atuação profissional do egresso ou na mudança de comportamento dos pacientes. Os demais artigos baseiam-se em impressões e opiniões a respeito das experiências do ponto de vista de quem as viveu ou planejou. Ou, em se tratando de processos formativos, não foi avaliado, à exceção do caso citado, o impacto na vida profissional.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, espelhando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde, que orientam mudanças na formação com ênfase na integralidade da atenção, datam de 2002 (Brasil, 2002a). É a partir dessas diretrizes que se concebe que o cirurgião-dentista deve extrapolar seu papel técnico específico e atuar além das fronteiras da própria profissão. Em paralelo, a Associação de Educação Dental Americana (ADEA), em 2006, traz a necessidade de formar profissionais aptos ao trabalho em equipe e voltados para as necessidades da comunidade. Entende que a mudança no sistema de saúde depende de mudanças na formação profissional e que, para isto, é preciso estabelecer diretrizes mínimas para as instituições formadoras.

É também neste período que, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica define as atribuições de cada membro da equipe de Saúde da Família, tanto as gerais como as específicas (Brasil, 2006). Quer, assim, esclarecer quanto ao novo papel dos profissionais de saúde frente à comunidade, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma interdisciplinar com os demais membros da equipe e voltados para as demandas da comunidade, além da busca de parcerias intersetoriais para promover a saúde integral desta comunidade pela qual eles se responsabilizam.

Este contexto nacional e internacional produz repercussões na esfera da formação e da pesquisa. Nos artigos analisados, a descrição ou comparação de currículos ou de experiências educacionais é realizada no

sentido de questionar o modelo instituído através da exposição dos processos ou resultados, com suas características ou limitações. Buscam também apresentar o que está sendo feito no sentido da mudança desejada na formação e, conseqüentemente, no sistema vigente. Ou seja, assim como destaca Monajem (2009), questionam as metodologias tradicionais de formação que são, em grande parte, restritas à academia e estão experimentando os efeitos positivos do aprendizado em serviço na formação dos estudantes, na instituição e também na sociedade.

A interdisciplinaridade na formação é uma temática ainda pouco tratada nas pesquisas científicas. Poucos estudos analisados contemplam outras profissões além do odontólogo ou estudante de odontologia. Quando o fazem, comparam currículos, questionam o aprendizado de saúde bucal durante sua formação ou descrevem estágios que propiciam contato com outras categorias, não significando com isso que tenha havido planejamento para ações interdisciplinares. Apenas dois artigos trazem claramente a proposta de interdisciplinaridade na formação. Spielman et al. (2005) comparam as competências da enfermagem, medicina e odontologia, concluindo que, tendo tanto em comum, é possível e desejável a integração curricular, beneficiando a formação, as profissões e a sociedade. Seymour et al. (2013) relatam o projeto de implantação da nova faculdade de Ruanda, que prevê uma educação interprofissional na abordagem horizontal de seu processo formativo diagonal.

As novas diretrizes curriculares e a inserção do odontólogo na atenção primária implicam no desenvolvimento de habilidades e valores específicos. Contudo, apenas um dos artigos analisados apresenta como objetivo investigar a formação de valores como uma habilidade passível de aprendizado. A maioria dos estudos demonstra de forma indireta o desenvolvimento de habilidades e valores na medida em que esperam que a experiência extramuros propicie aos alunos maior consciência de seu papel social e os sensibilize para a atenção a minorias ou grupos menos favorecidos.

Embora um dos resultados frequentemente encontrado seja o reconhecimento do papel social decorrente do contato com a comunidade ou com os serviços em atividades extramuros, é recorrente a menção ao despreparo dos estudantes com relação à competência cultural e à

interdisciplinaridade. Para o desenvolvimento destes valores, é preciso que haja no currículo espaço teórico e prático de aprendizado. De acordo com os resultados, a estrutura curricular não contempla competência cultural e interdisciplinaridade e o estágio – momento propício às suas aplicações – ocupa uma proporção muito pequena de tempo durante a formação.

Há que se considerar ainda a realidade encontrada nos espaços de estágio. A odontologia na saúde pública, apesar dos avanços, ainda revela um trabalho centrado na prática curativo-restauradora e isolado do restante da equipe (Martelli et al., 2010). Quando o estudante é inserido nesse contexto, a teoria aprendida é, em geral, deixada de lado, suplantada pelo conservadorismo e pela inércia da realidade dos serviços de saúde. Outra dificuldade com relação aos estágios se mostra no fato de alguns acontecerem fora do contexto do serviço público odontológico. Seja em escolas, hospitais ou comunidades indígenas, embora tenha potencial para a inovação, esta situação dificulta a integração e a continuidade do processo nos espaços de implantação, pois a vivência é construída pela instituição responsável pelo estágio, resultando num projeto implantado como algo alheio à realidade local. Outro exemplo desta perspectiva de propiciar experiências extramuros, mas em descontinuidade com a realidade local pode ser apreendido em dois estudos analisados, um dos EUA (Karim et al., 2008) e outro da Índia (Singh e Purohit, 2012), que sugerem a implantação do curso de Saúde Oral Global, programa da OMS para a saúde bucal destinado a populações carentes. Os trabalhos fazem uma associação entre conhecer o programa de saúde oral da OMS, o Pacote Básico de Cuidado Oral, com a capacidade de atender populações menos favorecidas, como se essa abordagem fosse a única forma de cuidado em saúde bucal comunitária. Além disso, em ambos os textos, o voluntariado é confundido com responsabilidade social, o que mostra a distorção com relação a questões éticas e de valores a serem desenvolvidas durante a formação dos profissionais de saúde. Responsabilidade, humanização e vínculo devem ser atributos alvo da formação acadêmica (Brasil, 2002a).

A concentração de artigos do continente americano (treze), com a predominância do Brasil nesta produção (sete), faz pensar no protagonismo

dessa região com relação à saúde bucal no mundo. Os países que estão implantando ou modificando a formação em odontologia seguem discussões e diretrizes bem similares às apontadas pelo continente americano. O Brasil, na verdade, se destaca com um sistema de saúde que já tem a saúde bucal inserida na saúde pública e que se empenha para que essa integração se concretize na prática, rompendo com velhos modelos e paradigmas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), datada de 2011, tem o objetivo de estabelecer as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, incluídas aqui as características do processo de trabalho e de educação permanente das equipes e as atribuições comuns e específicas de todas as categorias profissionais (Brasil, 2011). Ou seja, a PNAB traça as diretrizes e apresenta para a implantação das mesmas a educação permanente como estratégia organizacional. No entanto, na descrição das atribuições específicas, a PNAB, aos moldes do CAB 17 (Brasil, 2008), concentra a atenção do profissional cirurgião-dentista no campo da saúde bucal, orientando-o a coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças *bucalis*, além de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à *saúde bucal* com os demais membros da equipe (Brasil, 2008; Brasil, 2011). A inovação está acontecendo, mas carrega com ela fortes traços do paradigma que pretende superar.

A hegemonia do modelo biomédico nas escolas de odontologia é citada em vários dos artigos estudados como uma das dificuldades em termos de mudanças curriculares e novos campos de estágio. O questionamento sobre os limites do modelo biologicista, centrado na doença, na cura e na tecnologia, e a passagem para um novo modo de pensar a saúde, reconhecendo o papel social, ambiental, cultural, biológico e emocional no processo saúde-doença, perpassa, desde a Declaração de Alma-Ata, as diferentes áreas da saúde. Esse novo olhar implica também novas posturas e responsabilidades dos trabalhadores em saúde que, muitas vezes, tendem a se cristalizar em velhos hábitos, perpetuando atividades pautadas no modelo clínico, relacionadas com os problemas de saúde, deixando de ampliar seu olhar e sua ação para além da assistência individual. Revela, assim, sua dificuldade em reconhecer a dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e também do seu potencial de

intervenção social. Mantém-se isolado da equipe, centralizando em si a responsabilidade pela saúde bucal da comunidade. Essa postura também leva à ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços, resultando em baixa efetividade das ações de saúde bucal (Gevaerd, 1993).

A resistência a mudanças se dá também nas instituições formadoras e reguladoras das profissões, tanto através da dificuldade de integração das disciplinas e experiências em saúde coletiva com as outras áreas, descrita em vários dos artigos selecionados, como também através das contradições reveladas nas DCNO e nas políticas nacionais referentes à saúde bucal que, ora restringem a ação do profissional ao espaço da boca e da clínica, ora expandem para um trabalho integral, interdisciplinar e intersetorial (Meneghim et al., 2012; Wilder et al., 2009; Mattos, 2006)

As recomendações dos autores dos trabalhos analisados giram em torno do aprimoramento na formação, prioritariamente em odontologia e, excepcionalmente, através da integração curricular com outras áreas da saúde. Condiz com a tendência mundial onde vemos a odontologia avançando em direção à saúde comunitária, em paralelo com as demais profissões, mantendo, contudo, seu isolamento frente às mesmas. É importante que se destaque que, no Brasil, a partir da Carta Magna o Estado assume a reorientação dos recursos humanos em saúde, tanto no contexto do serviço como na formação profissional (Moretti-Pires, 2009).

As experiências ou intervenções também apresentavam limitações com relação ao seu conteúdo. Algumas se restringiram ao atendimento clínico individual, impossibilitando a interdisciplinaridade ou um olhar integral que contemplasse a família ou ações com a comunidade. Isso só reafirma a dificuldade em se quebrar paradigmas. Mesmo quando se busca a inovação através da vivência extramuros, ela vem impregnada do velho costume biomédico da compartimentação da assistência.

Por fim, chamam a atenção os silêncios. Não se encontraram, dentre outros temas, discussões ou relatos sobre: a integração do cirurgião-dentista com outros profissionais de saúde bucal, nem na formação, nem no trabalho; a interação com outros profissionais nas ações de cuidado em saúde bucal: enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médico,



psicólogo entre outros e a saúde bucal na área da saúde pública nos países europeus. Os dois primeiros tópicos têm, talvez, explicação no, ainda recente, movimento de mudança da saúde pública mundial, do modelo biomédico para a Atenção Primária à Saúde, com toda sua intencionalidade de abordagem integral, interdisciplinar, humanizada e com participação comunitária. Já o terceiro ponto parece refletir que esse tema talvez não se apresente como problema naquele continente.

## **CONCLUSÃO**

A formação acadêmica em odontologia está, atualmente, em estágio de avaliação e transformação em vários países que contam com este curso implantado e historicamente reconhecido. O questionamento, na maioria dos casos, segue pela vereda da sua adequação às necessidades sociais e da sua capacidade em suprir às demandas da comunidade.

Para responder a esse anseio, os estudos buscam, sobretudo, avaliar ou comparar currículos e descrever ou analisar experiências extramuros, que geralmente são de curta duração e não dialogam com outras áreas, isto é, mantêm-se isoladas no seu campo, desenvolvendo, quando possível, ações integrais, mas limitadas pela falta de interdisciplinaridade. Também essas experiências, embora curriculares, raramente estão integradas ao currículo como um todo ou mesmo inseridas nos sistemas de saúde. São projetos desenvolvidos em espaços onde a saúde bucal não está instituída, o que os limita quanto à chance de continuidade, vínculo e aprendizado dos alunos sobre a realidade da saúde pública, principalmente saúde bucal.

Nos casos em que currículos estão sendo criados ou remodelados, a tendência é de se buscar diretrizes mínimas para uma formação integral e humanizada. Esta integralidade é interpretada de diferentes maneiras, dependendo da visão da academia ou órgão regulador da profissão de cada país, refletindo sua visão de saúde mais ou menos conservadora. Na descrição ou avaliação de currículos, a maioria dos casos relata avanços na formação

voltada para a saúde comunitária, mas vários questionam a falta de integralidade e de interdisciplinaridade.

O Brasil se destaca neste cenário, tanto pelo avanço no sistema de saúde pública em direção à universalidade e integralidade como no campo da formação, com experiências extramuros e implantação de novas diretrizes curriculares. Apresenta também a maior taxa de cirurgiões-dentistas em relação à população: com quase 220 mil dentistas, tem uma taxa de 838 pessoas por profissional (Moritta et al., 2010). Se, por um lado, o país está bem servido em número e, em parte, em distribuição territorial, por outro lado, isto não se reflete na qualidade da saúde bucal da população, resultando num perfil de prática insuficiente para responder às suas necessidades (Faccin et al., 2010).

Quase todos os artigos apresentavam resultados positivos, mas é preciso destacar que foram identificados vários problemas, tais como qualidade metodológica, amostra pequena ou não explícita, insuficiência de informações sobre coleta e análise dos dados, premissas não justificadas, além do curto tempo de duração das vivências relatadas ou o pouco tempo transcorrido entre a intervenção e a avaliação de seus resultados.

Recomendamos mais estudos neste campo da formação em saúde, especialmente da odontologia, já que a mesma, ao se inserir na APS, requer uma série de inovações na formação e no processo de trabalho, tanto para atingir a integralidade como para atuar de forma interdisciplinar, alcançando, assim, seu objetivo de ofertar cuidado à população. Para qualificar estes estudos e garantir um bom grau de confiabilidade, é importante que se investiguem e se divulguem metodologias consistentes e adequadas a este tipo específico de pesquisa.

**Quadro 1 – Principais características dos estudos selecionados.**

Autor/Ano	Objetivo	Delineamento	População/Localização
Pakshir HR. 2003	Descrever a expansão da educação odontológica e da profissão, desde 1979 até 2000; descrever a estrutura curricular da faculdade de odontologia; descrever o sistema de saúde e a inserção da saúde bucal no mesmo.	Análise documental e de dados secundários.	Escolas de odontologia e dentistas formados no Irã.
Snyman WD, Kroon J. 2005	Descrever a metodologia de aprendizado orientado por problemas como aplicado na Universidade de Pretória a partir de 1997, bem como os detalhes do programa, com o intuito de promover a integração vertical (ciências básicas e clínicas) e a integração horizontal (cuidado integral do paciente).	Relato de experiência.	Relato de metodologia de aprendizagem desenvolvida na universidade de Pretória, na África do Sul.
Medeiros Jr A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. 2005	Descrever a atividade docente assistencial, cujo objetivo é proporcionar experiência de promoção da saúde bucal coletiva a estudantes concluintes do curso de odontologia.	Relato de experiência	Alunos de odontologia do nono semestre. Brasil.
Spielman AI, Fulmer T, Eisenberg ES, Alfano MC. 2005	Comparar as competências essenciais de cada uma das formações acadêmicas: enfermagem, odontologia e medicina.	Análise de documentos.	Diversos documentos referentes às competências essenciais da odontologia, enfermagem e medicina. EUA.
Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. 2006	Examinar os dados demográficos, as opiniões e os conhecimentos dos alunos de medicina e odontologia do primeiro e quarto ano da faculdade sobre saúde oral na primeira infância (erupção dentária e protocolos).	Levantamento (survey).	Cinco turmas de estudantes da universidade de Illinois: M1 - 1º ano de medicina (119/190), D1 - 1º ano de odontologia (37/65), M4 e MR4 - 4º ano de medicina (83/170 e 25/42) e D4 - 4º ano de odontologia (39/56). EUA.
Mialhe FL, Melo MM, Berti M, Dobrowolski M. 2007	Apresentar as estratégias e organização das atividades das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva da UNIOESTE, para promover maior integração serviços-universidade e melhor formação acadêmica ("mais preparados para o mercado de trabalho e conscientes do seu papel social"), com base nas DCN, em 2006.	Relato de experiência.	Acadêmicos das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva da UNIOESTE. Brasil.
Karim A, Mascarenhas AK, Dharamsi S. 2008	Determinar a familiaridade dos estudantes de uma faculdade de odontologia norte-americana com as iniciativas em Saúde Oral Global propostas pela OMS e pela Federação Dental Internacional (FDI)	Levantamento (survey).	60 dos 108 estudantes convidados do terceiro ano de odontologia. EUA.
Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA.. 2009	Determinar as oportunidades do currículo atual para preparar os estudantes para o cuidado de pessoas com Necessidades Especiais; avaliar o desejo dos educadores de implantar programas que propiciem experiências educacionais para este cuidado; comparar os achados com os resultados obtidos em pesquisas nos EUA.	Levantamento (survey).	Reitores e diretores de 53 (37%) das 142 escolas de odontologia incluídas. Das instituições brasileiras, apenas 15% respondeu. América Latina.
Wilder RS, Iacopino AM, Feldman CA, Guthmiller J, Linfante J, Lavigne S, Paquette D. 2009	1. Determinar que tópicos que abordam doença periodontal e sistêmica são incluídos nos currículos didático e clínico das faculdades de odontologia; 2. Avaliar em que medida o conteúdo oral-sistêmico da doença periodontal é ensinado envolvendo estudantes de outras profissões da saúde; 3. Verificar a opinião dos reitores e diretores sobre o nível de educação que seus estudantes recebem acerca da relação entre doença periodontal e sistêmica; 4. Averiguar a opinião dos reitores e diretores quanto ao nível de conhecimento dos profissionais das outras faculdades sobre a relação entre saúde oral e doenças sistêmicas; e 5. Identificar os recursos necessários para ensinar este conteúdo.	Levantamento (survey).	Reitores de 50 (77%) das 65 escolas de odontologia do Canadá e EUA contatadas.

**Quadro 1 – Principais características dos estudos selecionados (continuação).**

Autor/Ano	Objetivo	Delineamento	População/Localização
Ditterich RG, Rodrigues CK, Pereira AC, Moysés ST, Moysés SJ. 2009	Relatar a experiência desenvolvida pelo Programa de Aprendizagem em Odontologia em Saúde Coletiva da PUCPR na abordagem familiar durante estágio extramuro realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da rede municipal de saúde de Curitiba-PR.	Relato de experiência.	Acadêmicos de odontologia do sexto semestre. Brasil.
Gontijo LPT, Almeida MCP, Gomide LRS, Barra RP. 2009	Caracterizar o Projeto Saúde Bucal Coletiva – Saúde e Cidadania, em sua concepção teórica e nos seus aspectos pedagógicos e operacionais, identificando as suas potencialidades e fragilidades, considerando o perfil social do estudante de odontologia e suas expectativas frente ao projeto.	Relato de experiência.	51 estudantes dos 59 que concluíram dois anos de participação do projeto, durante o ciclo básico, e que já tenham iniciado a sua última etapa, o ciclo clínico, referente ao 7º ou 8º períodos. Brasil.
Broughton J. 2010	Descrever os componentes da saúde bucal Māori no currículo da graduação em odontologia: estudar sua cultura, sua sociedade e suas características epidemiológicas; propiciar a entrada deles no curso de graduação.	Relato de experiência	Programa de capacitação em cultura e saúde oral da população Māori. Nova Zelândia.
Bhatavadekar NB, Rozier RG, Konrad TR. 2011	Determinar se os dentistas de Carolina do Norte que começaram a cumprir o serviço obrigatório no National Health Service Corps (NHSC) entre 1990 e 1999 continuaram a trabalhar com populações carentes e se eles eram diferentes de dentistas da Atenção Primária que não tivessem sido alunos do NHSC e que tivessem começado a trabalhar durante o mesmo período.	Levantamento (survey). com 2 grupos (exposto e não exposto)	Dois grupos: participantes do NHSC (19) e não participantes (50). EUA.
Bhayat A, Vergotine G, Yengopal V, Rudolph MJ. 2011	Determinar o impacto da experiência do “aprender em serviço” na unidade móvel Phelophepa e nas unidades públicas de saúde bucal em estudantes do último ano de odontologia.	Levantamento (survey).	Alunos (55) do último ano de odontologia, em 2008 e 2009, que participaram da aprendizagem em serviço. África do Sul.
Menehgim MC, Pereira AC, Mialhe FL, Sousa MLR. 2012	Apresentar a experiência da FOP na integração docente-assistencial através do projeto Pró-Saúde/FOP ao longo dos 4 anos de formação.	Relato de experiência.	Alunos participantes do Pro-Saúde de Piracicaba, Brasil.
Sanchez HF, Silva CJP, Drumond MM, Ferreira EF. 2012	Avaliar a formação de valores fundamentais para a prática humanizada na Atenção Primária à Saúde, junto a acadêmicos de um curso de graduação em odontologia.	Levantamento (survey).	A totalidade dos alunos do oitavo e nono semestre de odontologia: 43 e 63 alunos, respectivamente. Brasil.
Singh A, Purohit B. 2012	Analisar a percepção dos estudantes de odontologia da cidade de Bhopal, na Índia Central, acerca do curso de Saúde Oral Global, além do interesse em trabalho voluntário no exterior.	Levantamento (survey).	264 estudantes de odontologia da Índia: 86 do terceiro ano, 77 do último ano, 75 internos e 26 residentes. Índia.
Bulgarelli AF, Roperto RC, Mestriner SF, Mestriner W.. 2012	Avaliar a percepção dos estudantes de odontologia a respeito de atividade extra-muros planejada para ofertar cuidado dental a uma comunidade indígena e o seu impacto na vida pessoal e profissional deles.	Relato de experiência	40 estudantes que atenderam população indígena. Brasil.
Seymour B, Muhumuza I, Mumena C, Isyagi M, Barrow J, Meeks V. 2013	Descrever a proposta de implantação do primeiro programa de Bacharel em Cirurgia Dental de Ruanda	Relato de experiência.	Implantação de currículo de saúde bucal em Ruanda.

**Quadro 2 – Resultados e conclusões dos artigos selecionados.**

Autor/Ano	Resultado	Recomendações/Conclusões
Pakshir HR. 2003	O número de estudantes quadruplicou de 1979 a 2000; o número de cirurgiões-dentistas triplicou de 1990 a 2000. Após os seis anos de curso, há dois anos de serviço obrigatório: ou militar, ou civil em área rural. Os profissionais da Saúde Bucal são: <i>behvarzes</i> , similares aos Agentes Comunitários de Saúde; higienistas; dentistas; enfermeiros dentais; técnicos; e especialistas. Sistema estruturado em níveis, desde casas de saúde até centros distritais.	O autor destaca a expansão da odontologia no Irã, tanto na formação (graduação e pós), como na atenção. A saúde oral está integrada à saúde pública através dos quatro níveis de prevenção, desde a primária, até a quaternária, com especialistas atendendo nos hospitais universitários.
Snyman WD, Kroon J. 2005	O consenso dos professores participantes neste programa é de que este modelo é prático e pode promover a integração vertical e horizontal do conhecimento.	Os docentes que representam as ciências básicas e as ciências clínicas e que participaram neste programa de aprendizado têm a opinião de que este modelo é praticável e pode ajudar na integração do conhecimento, tanto vertical como horizontal.
Medeiros Jr A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. 2005	O Índice de Biofilme reduziu de 1,72 para 1,17. A proporção de pacientes/acompanhantes que escovavam os dentes passou, após o trabalho educativo, de 15% para 85%.	O estudo leva a crer que é fundamental implantar atividades educativas e preventivas em saúde bucal em âmbito hospitalar, pela oportunidade de interação do aluno de odontologia com outras profissões da saúde, além de trabalhar com saúde bucal, sem perder a visão do paciente como um todo.
Spielman AI, Fulmer T, Eisenberg ES, Alfano MC. 2005	O percentual de concordância entre os diferente documentos foi mais alto que o esperado. Pouco mais de um terço (38%) do programa da odontologia está presente no da enfermagem, enquanto que um quarto dele (25,4%) coincide com o da medicina.	As três profissões têm muitas competências básicas e objetivos de aprendizado semelhantes. A integração curricular e profissional seria interessante para a educação, a sociedade e também as profissões, pois poderia levar a modelos melhores e mais eficientes em educação e também em sistemas de oferta de cuidado em saúde.
Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. 2006	A maioria (92,1%) respondeu corretamente sobre erupção do primeiro dente; a metade respondeu corretamente sobre retirada da mamadeira. Com relação à primeira visita ao dentista, os estudantes de odontologia deram mais valor que os de medicina, mas nos dois cursos, este valor se reduziu do primeiro para o quarto ano: M1 48% > M4 43,6%; D1 84% > D4 72%.	O estudo sugere que a experiência clínica não está reforçando as recomendações das organizações profissionais; é preciso incrementar os programas educacionais da odontologia e da medicina, introduzindo melhores práticas em saúde oral infantil.
Mialhe FL, Melo MM, Berti M, Dobrowski M. 2007	Implantação do atendimento odontológico à população do bairro Cascavel Velho; acadêmicos mais preparados para o mercado de trabalho e conscientes do seu papel social; busca, por parte dos alunos, de conhecimentos e soluções com outros agentes e instituições sociais até então desconhecidos.	A partir das atividades realizadas, houve melhora no acesso da população às ações de saúde, além de proporcionar ao acadêmicos uma formação em concordância com as DCN e com os preceitos do SUS.
Karim A, Mascarenhas AK, Dharamsi S. 2008	Embora 80% dos estudantes tenha se declarado pouco ou nada preparados para o trabalho voluntário no exterior, a grande maioria (87%) o faria. Ninguém sabia que o Pacote Básico de Cuidado Oral (BPOC) foi criado pela OMS nem conhecia seus componentes. Também não souberam identificar a FDI.	Parece haver uma lacuna entre a política de saúde oral global do WHO e FDI e o conhecimento dos estudantes analisados sobre esta política e suas intervenções. A maioria demonstrou interesse em fazer trabalho voluntário, embora nenhum deles conhecesse a política. Para desenvolver profissionais da odontologia capazes de tratar populações menos favorecidas, as instituições acadêmicas necessitam avaliar criticamente seus programas para dar maior ênfase na implementação de um curso de saúde oral global em todos os níveis da formação acadêmica, a fim de que se destaquem as questões pertinentes à APS/saúde bucal e ao Pacote Básico de Cuidado Oral.
Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA.. 2009	Pouco mais da metade dos respondentes discordaram da afirmação de que o cuidado dos pacientes com necessidades especiais fosse prioridade nos currículos; praticamente o mesmo percentual disse que os alunos recebiam menos de 5 horas de aprendizado teórico e prático sobre necessidades especiais; ainda assim, 59% deles achavam que seus formandos eram <i>cl clinicamente competentes</i> para atender esses pacientes.	A formação deve prover aos alunos a oportunidade de vivência onde eles possam perceber a necessidade deste tipo de cuidado, além de desenvolver a capacidade para realiza-lo.

**Quadro 2 – Resultados e conclusões dos artigos selecionados (continuação).**

Autor/Ano	Resultado	Recomendações/Conclusões
Wilder RS, Iacopino AM, Feldman CA, Guthmiller J, Linfante J, Lavigne S, Paquette D. 2009	<p>Os tópicos do currículo que tinham 6 horas ou mais de formação dedicadas à interação entre as doenças periodontal e sistêmicas foram, em pelo menos metade das escolas, idade, DCV, DM, fumo e HIV. Apenas 16% responderam que ensinam estes tópicos de forma interdisciplinar (higiene dental, enfermagem, medicina e outras áreas da saúde). A metade dos reitores diz que seus estudantes avaliam os riscos para efeitos adversos na gestação, mas um quarto deles não sabe se seus estudantes avaliam, discutem ou encaminham seus pacientes.</p> <p>Quanto aos planos de cada instituição a respeito de pesquisas sobre o tema, as respostas variaram de uma pequena mudança e integração até uma completa revisão do currículo.</p>	<p>Os respondentes estavam confiantes acerca do conhecimento dos estudantes sobre a relação entre doença periodontal e doenças sistêmicas, mas mais da metade indicou a necessidade de mais experiências educacionais. Apenas umas poucas escolas propiciavam aprendizado interprofissional. Além disso, muitos reitores e diretores não acreditam que médicos e enfermeiros conheçam a relação oral-sistêmica da saúde. É preciso mais pesquisas e revisões curriculares para que cresça a colaboração interprofissional.</p>
Ditterich RG, Rodrigues CK, Pereira AC, Moysés ST, Moysés SJ. 2009	<p>Houve um enriquecimento no aprendizado dos acadêmicos que conheceram o cotidiano de seus pacientes, formularam estratégias de promoção de saúde, criaram um vínculo entre profissional e paciente e aprenderam a ter atitudes preventivas e não só curativas.</p>	<p>Tais atividades possibilitaram aos acadêmicos o conhecimento das estruturas organizacional e funcional dos Serviços públicos de saúde; a participação no atendimento à população; a compreensão das políticas públicas de saúde e do papel do profissional de saúde na ESF.</p>
Gontijo LPT, Almeida MCP, Gomide LRS, Barra RP. 2009	<p>O ciclo clínico foi considerado o mais relevante, pois o contato profissional levou à aplicação prática do planejamento, desenvolvendo habilidades clínicas e introduzindo alternativas de tratamento sob a perspectiva da saúde pública. A segunda maior contribuição se referia ao ciclo básico, quando os primeiros contatos com aspectos da saúde bucal coletiva produziram uma postura preventiva e socializada, alertando o aluno para a importância do SUS e da estratégia de saúde da família.</p>	<p>Mesmo o projeto definindo um programa de prevenção que se propõe a redimensionar o modelo odontológico tradicional, apesar de sensibilizar o aluno, ainda não o seduz totalmente, como ocorre com a atenção clínica curativa, mas acaba criando um espaço no processo de ensino-aprendizagem de reflexão crítica sobre a odontologia.</p>
Broughton J. 2010	<p>Os estudantes atendem membros do povo Māori durante os quatro anos, na clínica da faculdade. No último ano, atendem em uma clínica ambientada de acordo com a cultura Māori, supervisionados por um dentista Māori. Também são estudados os determinantes sociais, a epidemiologia oral, os modelos de saúde e bem estar, os provedores de saúde, a fluoretação e o relacionamento com o povo Māori e suas famílias, em situações clínicas ou em comunidade.</p>	<p>O artigo descreve como a meta nº 5 (Programas de qualidade) está sendo atingida: com o desenvolvimento e a integração da cultura Māori ao curso de graduação em odontologia.</p> <p>Reconhecimento da comunidade científica local.</p>
Bhatavadekar NB, Rozier RG, Konrad TR. 2011	<p>Os profissionais que passaram pelo NHSC estavam trabalhando em saúde pública em proporção bem maior que os outros: 84% X 23%; atendiam mais afro-americanos (38% X 10%), mais latinos (22% X 9%), mais pacientes com seguro público (60% X 19%) e também mais crianças: 45% de seus pacientes tinham entre 0 e 14 anos (contra 25% do outro grupo).</p> <p>Dentre as diferenças entre os dentistas do HNSC e o grupo de comparação, destaca-se a origem (38% de afro-americanos no primeiro grupo X 10% no segundo), a fluência em espanhol (46% X 13%) e ter se criado no subúrbio (13% X 52%).</p>	<p>Recrutamento dirigido a dentistas afro-americanos e outros com desejo de trabalhar em comunidades carentes pode ampliar a efetividade do investimento no NHSC (empréstimo com reembolso) e induzir os dentistas a continuar atendendo a populações mais necessitadas.</p>
Bhayat A, Vergotine G, Yengopal V, Rudolph MJ. 2011	<p>Dois terços dos estudantes concordaram que a atividade ajudou a entender melhor a teoria estudada; a grande maioria (91%) se sentiu confortável atendendo pessoas diferentes deles, sentiu-se mais ciente das necessidades da comunidade (96%) e do seu papel na comunidade (94%).</p>	<p>Os estudantes relataram maior senso de responsabilidade sobre seus estudos, melhora nas suas habilidades clínicas, relacionais e de comunicação, além de atitudes positivas em relação à saúde comunitária.</p>

**Quadro 2 – Resultados e conclusões dos artigos selecionados (continuação).**

Autor/Ano	Resultado	Recomendações/Conclusões
Menehgim MC, Pereira AC, Mialhe FL, Sousa MLR. 2012	Os estudantes tiveram a possibilidade de praticar os conhecimentos obtidos na Faculdade, a oportunidade de observar a dinâmica do trabalho no SUS e suas dificuldades, além de aprender a planejar ações de trabalho. Percebe-se, no entanto, o modelo biomédico ainda muito enraizado no corpo docente.	Essa atividade dá ao aluno a oportunidade de conhecer a comunidade por meio de ações de planejamento em saúde e otimizar as ações de cuidados básicos ao utilizar os espaços sociais como espaço clínico.
Sanchez HF, Silva CJP, Drumond MM, Ferreira EF. 2012	Os estudantes deram a pontuação máxima para a afirmação sobre a visão do processo saúde-doença que falava da manifestação de doenças pela interação do homem com suas condições de trabalho, vida, moradia, existência. Mas na afirmativa sobre tecnologias apropriadas, a opção que representou o uso de tecnologias leves, “capacidade de dialogar, escutar e aceitar o outro em sua história de vida” foi a menos apontada pela grande maioria dos alunos. Ética e solidariedade são interpretados pela maior parte dos estudantes como valores que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares.	Os alunos pesquisados apresentam algumas posturas adequadas para o trabalho em APS: visão ampliada do processo saúde-doença, compreensão em relação à dimensão “humanização” e ética, refletindo sobre os atos humanos e suas consequências. Por outro lado, demonstram que o modelo biomédico de ensino possui força significativa na sua formação profissional e isso pode ser um grande obstáculo para a conformação de novas práticas.
Singh A, Purohit B. 2012	Segundo os estudantes: 87% fariam trabalho voluntário; a quase totalidade deles não tinha conhecimento de Saúde Oral Global ou dos sistemas de saúde oral; dois terços não haviam sido treinados para atender a populações carentes nem foram capacitados em ética em saúde global; e nenhum dos estudantes havia sido treinado para competência cultural na abordagem de questões internacionais de saúde oral.	Existe a necessidade de um curso sobre saúde oral global entre os estudantes de odontologia da Índia Central. Isto reforçaria o conceito de que o cuidado aos menos favorecidos é inerente à profissão.
Bulgarelli AF, Roperto RC, Mestriner SF, Mestriner W.. 2012	A experiência levou os estudantes a vivenciarem diferentes situações, ofertando cuidado em saúde bucal em realidades diversas. Necessitaram trabalhar em grupo, respeitar diferenças e respeitar uns aos outros.	O programa melhora a compreensão dos estudantes sobre prevenção em saúde oral, faz os estudantes pensarem em diferentes formas de ofertar o cuidado e os ajuda a se preparar para uma variedade de situações na futura vida profissional, como ofertar cuidado primário em saúde em lugares onde o acesso ao sistema de saúde pública é limitado.
Seymour B, Muhumuza I, Mumena C, Isyagi M, Barrow J, Meeks V. 2013	Proposta aceita pelo Ministério da Saúde; curso ainda em implantação.	A equipe de saúde bucal crê que a abordagem diagonal poderia maximizar recursos, além de se alinhar com importantes temas da saúde mundial. O componente vertical implica em ensinar conceitos e habilidades clínicas requeridas pelo dentista, enquanto que o componente horizontal descreve oportunidades para a educação interprofissional referente a riscos comuns para uma série de doenças, a necessidade de condições sanitárias para a manutenção da saúde, além de condições que afetam múltiplos sistemas corporais.  Há muitos desafios na construção do currículo: competências, treinamento, CD x TSB, pagamento dos profissionais, legalização das profissões e outros.

## REFERÊNCIAS

American Dental Education Association, Commission on Change and Innovation in Dental Education. The Dental Education Environment. *J Dent Educ.* 2006 dez;70(12):1265-1270.

Bhatavadekar NB, Rozier RG, Konrad TR. Holding up the oral health safety net: the role of National Health Service Corps alumni dentists in North Carolina. *International dental journal.* 2011;61(3):136-143.

Bhayat A, Vergotine G, Yengopal V, Rudolph MJ. The impact of service-learning on two groups of South African dental students. *Journal of Dental Education.* 2011; 75(11):1482-1488.

Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CSE 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.*

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011 out 24.*

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648 de 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). *Diário Oficial da União.* 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, nº 17. Saúde Bucal.* Brasília, 2008. 92p.

Broughton J. An oral health intervention for the Māori Indigenous population of New Zealand: Oranga niho Māori (Māori oral health) as a component of the undergraduate dental curriculum in New Zealand. *International dental journal.* 2010;60(3S2),223-228.

Bulgarelli AF, Roperto RC, Mestriner SF, Mestriner W. Dentistry students' perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community. *Indian J Dent Res.* 2012;23:498-500.



Casotti E. Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Dental and medical students' knowledge and opinions of infant oral health. *Journal of Dental Education*. 2006 mai;70(5):511-517.

Ditterich RG, Rodrigues CK, Pereira AC, Moysés ST, Moysés SJ. O trabalho com família realizado por acadêmicos de odontologia na estratégia saúde da família em Curitiba-PR: um relato de experiência. *Revista de APS*. 2009 jan-mar;12(1):93-97.

Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet* [online]. 2010 [acesso em 03 ago 2013]; 15(1): 1643-1652. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700076>.

Ferrari MAMC. História da Odontologia no Brasil – currículo e a legislação entre 1856 e 1931 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

Gevaerd S. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário. In: OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). *A vigilância à saúde no distrito sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde no 10*. Brasília: OPAS, 1993. p. 63-70.

Garcia DV. A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Gontijo LPT, de Almeida MCP, Gomide LRS, Barra RP. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia—análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1277-1285.

Karim A, Mascarenhas AK, Dharamsi S. A Global Oral Health Course: Isn't It Time?. *Journal of Dental Education*. 2008 nov;72(11), 1238-1246.

Martelli PJJ, Macedo CLS, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(2):3243-3248.

Mattos D. As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Medeiros Jr A, Alves MSCFA, de Paiva Nunes J, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2),305-310.

Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL, Sousa MLRS. Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Unicamp. *Rev. bras. educ. méd.* 2012;36(1),97-104.

Mialhe FL, Melo MMD, Berti M, Dobrowolski M. Contribuição das ações de educação em saúde da disciplina de odontologia em saúde coletiva na consolidação das DCN e do SUS: relato de uma experiência. *Arq. Ciências Saúde UNIPAR.* 2007 set-dez;11(3):193-197.

Monajem S. The WHO's action plan for oral health. *Int J Dent Hyg.* 2009;7: 71–73.

Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.* 2009 set;13(30):153-166.

Moritta MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro [internet]. Maringá: Dental Press; 2010 [acesso em 08 ago 2013]. Disponível em: [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL\\_CD\\_BR\\_web.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL_CD_BR_web.pdf)

Pakshir HR. Dental education and dentistry system in Iran. *Med Princ Pract.* 2003;12(1):56–60.

Sanchez HF, Silva CJP, Drumond MM, Ferreira EF. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. *Acta Bioethica.* 2012;18(1):101-109.

Seymour B, Muhumuza I, Mumena C, Isyagi M, Barrow J, Meeks V. Including oral health training in a realth system strengthening program in Rwanda. *Glob Health Action.* 2013;6:20109.

Singh A; Purohit B. Global oral health course: Perception among dental students in central India. *European journal of dentistry.* 2012;6(3):295-301.

Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA. Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2009;25(4):322-327.

Snyman WD, Kroon J. Vertical and horizontal integration of knowledge and skills—a working model. *European Journal of Dental Education.* 2005;9(1): 26-31.

Spielman AI, Fulmer T, Eisenberg ES, Alfano MC. Dentistry, nursing, and medicine: a comparison of core competencies. *Journal of Dental Education.* 2005 nov;69(11):1257-1271.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Wilder RS, Iacopino AM, Feldman CA, Guthmiller J, Linfante J, Lavigne S, Paquette D. Periodontal-systemic disease education in US and Canadian dental schools. *Journal of Dental Education*. 2009 jan;73(1):38-52.

## 7. CONCLUSÃO

Ao iniciar esta pesquisa, a hipótese inicial era de que a formação em odontologia estava bastante desarticulada da transformação identificada como necessária nos valores e atitudes dos profissionais. O cuidado em saúde bucal era predominantemente individual, curativo e isolado do restante da equipe. Não havia compartilhamento de ações ou responsabilidades com outros profissionais, com o usuário nem com a comunidade. Esta hipótese encontrava-se baseada nas dificuldades enfrentadas por mim como odontóloga no dia-a-dia de um serviço de Atenção Primária à Saúde.

Ao longo do desenvolvimento do estudo, já na revisão de literatura, foi-se revelando outra realidade: percebi que minha postura era descrita por muitos pesquisadores como o perfil de uma geração de profissionais, resultante de um modelo de formação decorrente do momento histórico da odontologia no país e no mundo. Estes problemas já haviam sido há muito detectados, estudados e, de diversas formas e em diferentes épocas, enfrentados.

Com esta questão em mente, tomou força o desejo de responder à pergunta: de que maneira a formação acadêmica em odontologia está em conformidade com os preceitos da APS?

Para responder, pretendeu-se, então, analisar a formação em odontologia, descrevendo as competências e habilidades requeridas, identificar a adequação da formação acadêmica ao perfil profissional necessário ao trabalho em APS e descrever quais são os espaços dentro dos currículos onde são trabalhadas as questões relativas à formação profissional visando às características da APS.

A importância da formação dos estudantes de odontologia para o trabalho em Atenção Primária à Saúde motivou várias ações e estudos, que na revisão da literatura realizada nesta dissertação, apresentaram resultados considerados positivos. Contudo, é preciso destacar que foram identificados vários problemas nestes estudos, tais como qualidade metodológica, amostra pequena ou não explícita, insuficiência de informações sobre coleta e análise dos dados, premissas não justificadas, além do curto tempo de duração das

vivências relatadas ou o pouco tempo transcorrido entre a intervenção e a avaliação de seus resultados.

Desta forma, embora faça parte da pauta das discussões, ainda é necessário um maior investimento em pesquisa no sentido de fornecer evidências mais robustas sobre as estratégias metodológicas de ensino e desenvolvimento de valores e habilidades que impactam de forma mais efetiva na prática dos profissionais da odontologia na área da atenção básica à saúde.

No enfrentamento da questão da qualidade metodológica dos estudos, são necessárias pesquisas com amostras maiores, com o uso consistente do método epidemiológico ou do delineamento qualitativo, ultrapassando o relato de experiência. Ainda no âmbito metodológico, faltam estudos que avaliem, em longo prazo, o impacto da formação nos valores e práticas dos egressos do curso de odontologia.

Alguns vácuos acerca da formação permaneceram e também podem ser alvo de novas pesquisas que criem e avaliem conteúdos teóricos e sua experiência prática para garantir ao aluno competência para a atenção primária. Como exemplos, podemos citar o aprendizado da *integralidade do cuidado* como valor ou princípio ético, vendo o indivíduo além – ou antes – da boca; a humanização como postura, onde o profissional reconhece no usuário o agente do seu cuidado e um cidadão com quem partilhar as questões de saúde, tanto individuais como da sua coletividade; o trabalho em equipe, interagindo com técnicos e auxiliares no cuidado específico da profissão, e também vivenciando espaços de trocas com outras categorias, da saúde e além dela, na busca da atenção integral e compartilhada dos usuários.

Uma última questão, também ausente da revisão sistemática, foi a respeito da saúde bucal na Europa. Recomendamos que se busquem estudos descrevendo o estado atual, além de modelos de atenção e formação, visto que tais dados podem ser valiosos neste momento de mudanças propostas para a saúde através da educação, no país e no mundo.