

O ensino em clínica integrada: novos parâmetros e antigos tabus

Dentro do processo de transição que o ensino odontológico atravessa, é preciso que se busque o perfil adequado de profissionais para exercerem a docência em Clínica Integrada em níveis de complexidade crescente

Eduardo José Guerra Seabra*, Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima**, Alfredo Júlio Fernandes Neto***

* Professor Dr. da Clínica Integrada do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Mestre em Clínicas Odontológicas e Doutor em Ciências da Saúde - UFRN

** Professora Dra. da Clínica Integrada do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Mestre em Clínicas Odontológicas e Doutora em Ciência e Engenharia de Materiais pela UFRN

*** Prof. Dr. em Reabilitação Oral pela USP - Ribeirão Preto.

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Odontologia, vigorantes no Brasil desde 2002 preconizam, entre outras coisas, a disposição dos conteúdos teórico/práticos de algumas disciplinas em clínicas integradas com níveis de complexidade crescente ao longo do curso. Por isso, é preciso que se repense com real profundidade no sentido pedagógico sobre os objetivos de integração de conteúdos, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A partir de comentários sobre sequências clínicas de tratamento odontológico interdisciplinar e sugestão de uma rotina clínica de planejamento e procedimentos clínicos aberta a ser transdisciplinar, discutem-se características inerentes ao ensino e a prática em clínica integrada, bem como algumas características sobre competências docentes para esta “nova disciplina” visando incrementar o processo de transição vivido atualmente pelas escolas de Odontologia de um currículo tradicional para um integralista.

DESCRITORES

Odontologia.

A atual prática clínica odontológica atravessa uma fase de modificações e adaptações às exigências mercadológicas e pedagógicas. A profissão de cirurgia-dentista passou por diversos processos evolutivos ditados por fatores ora de ordem própria à prática da mesma, ora por necessidades extrínsecas, originando então a conhecida fase da super especialização. Nesta fase da prática profissional, era praticamente consensual que todo dentista depois de formado deveria enveredar para uma única especialidade, o que com o passar dos anos foi ocorrendo cada vez mais cedo. Este estágio gerou desarticulações do conhecimento científico, pois foi criada certa falsa independência entre áreas hoje sabidas serem de um mesmo conhecimento.

Efetivamente, o que aconteceu foi que cada profissional tendia a ter vasto conhecimento em uma determinada especialidade, ou seja, saber cada vez mais sobre cada vez menos dentro do horizonte dos conhecimentos odontológicos ditos como “gerais”. O resultado prático disto era a dificuldade até mesmo de diagnosticar e assim, de planejar “fora de sua alçada” e/ou para um eventual encaminhamento a um

outro colega provavelmente também especialista E esta ocorrência foi passando a ser considerada normal. Em decorrência da ausência de um planejamento realmente transdisciplinar, mesmo que feito por vários especialistas, há prejuízos financeiros direta ou indiretamente não só para o paciente, como também para o(s) profissional(is) envolvido(s).

Um dos efeitos dessa prática ao longo dos anos é percebido quando se estuda propostas de seqüências clínicas integradas para tratamento odontológico. Dificilmente são encontradas na literatura referências sobre este assunto. Na maioria, senão em todas as IES (Instituições de Ensino Superior), cada disciplina, mesmo clínicas integradas de uma mesma escola, adota uma postura “própria/individual” de como planejar e conduzir os casos, apesar das realidades locais serem obviamente particulares e fundamentais neste processo, não se deve esquecer que o aluno deve ser formado dentro de um contexto de desenvolvimento de raciocínio resolutivo de problemas. Mas, o que o mercado de trabalho já vinha sinalizando nos últimos anos, que é a importância da abrangência prática e teórica do cirurgião-dentista, vem se concretizando, tanto nos ambientes de atendimento aos pacientes propriamente ditos, sejam eles públicos ou privados, quanto dentro das instituições que discutem a prática do ensino odontológico e/ou as que a regulamentam. Isto certamente não quer dizer que o profissional da Odontologia não deva mais procurar uma especialização em sua atividade, mas sim, que não deve perder o caráter generalista com perfil preventivista da profissão, perfil este que contemple uma visão integralista do profissional egresso das graduações dentro de conceitos individuais e coletivos de atenção à saúde.

Dentro desta necessidade de mercado, o ensino odontológico também foi compelido a se conduzir diferentemente do modo convencional, que era extremamente compartimentalizado em diferentes áreas. Este processo culminou com a publicação em 2002 de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Odontologia. Tal documento oficializa e preconiza o direcionamento realmente integralista e generalista da prática de ensino e da formação profissional. Abordar-se-ão neste texto raciocínios para desenvolvimento de seqüência clínica de plano de tratamento odontológico integrado, que possibilitem não um protocolo fechado, mas direcionamento para prática clínica generalista, seja ela praticada ou não em níveis de especialidade. Também serão tecidos comentários sobre práticas de ensino

em clínica integrada que estimulem seu funcionamento dentro de princípios integralistas.

DESENVOLVIMENTO

Toda prática profissional requer algum tipo de normatização para otimizar o desenvolvimento de suas atividades. Tal procedimento em Odontologia pode se dar sob forma de um protocolo de atendimento clínico, de uma rotina formal de procedimentos ou de uma seqüência clínica a que o operador segue ou guia-se por ela ao conduzir seu tratamento.

Esta formalização de procedimentos preenche lacunas didáticas, servindo como roteiro para guiar o acadêmico ou o profissional em relação ao seu *modus operandi* clínico visando a melhor forma possível de condução do tratamento odontológico.

A literatura é bem rica em protocolos de atendimento clínico dentro das especialidades ou, até mesmo, de procedimentos clínicos. Vários exemplos podem ser citados como as seqüências clínicas para confecção de uma restauração ou de uma prótese, bem como um plano de tratamento periodontal envolvendo procedimentos básicos e avançados. Mas esta mesma literatura é pobre quando nos referimos a seqüências clínicas para planos de tratamento abrangendo mais de uma área do conhecimento odontológico, como os traçados nas clínicas integradas das faculdades de Odontologia, por exemplo:

Em 1997, LASCALA publicou uma proposta de seqüência clínica onde a ordem de procedimentos de um tratamento odontológico integrado era a seguinte:

- Periodontia;
- Cirurgia;
- Endodontia;
- Dentística;
- Prótese;
- Controle e manutenção.

Como pode ser claramente observado, esta rotina de procedimentos era concatenada por especialidades odontológicas onde se executa primeiro o tratamento completo de uma área de conhecimento, para só então, se passar adiante à próxima especialidade. Não se pode condenar tal raciocínio, pois ele é resultante de todo o processo da super-especialização atravessado pela ciência Odontologia ao longo do século XX. No decorrer destes anos o conhecimento foi cada vez mais se alojando em compartimentos falsamente independentes, que se tornaram disciplinas do curso de Odontologia. As diversas áreas quase só se encon-

travam na clínica integrada ou no estágio supervisionado do último ano de cada curso. Vale frisar que este encontro era mais multidisciplinar que interdisciplinar, se levarmos em consideração o que a pedagogia define para cada termo. Ratificava-se assim, na formação do discente esta imagem de conhecimentos isolados, disjuntos e descoordenados. Tal ocorrência justificada ora pela formação inerente aos professores, ora pela infra-estrutura das Instituições de Ensino Superior, ou pelas duas associadas.

Então, foi se percebendo a existência de uma lacuna considerável entre protocolos clínicos e a prática clínica, quando se objetivava sua realização de maneira interdisciplinar, ou seja, conhecimentos de determinada área perpassando por outras e vice-versa.

Na prática, é facilmente detectável esta falta de integração disciplinar, pois gera um aumento grande no tempo de execução de um tratamento odontológico. Isso se dá por fatores como a dificuldade para visualização geral do caso do paciente (como está, como deve ser concluído) pelo docente super especializado, gerando orientações específicas para essa ou aquela área, ou esse ou aquele dente, tornando mais árduo o processo de aprendizagem para o aluno, que muitas vezes modifica o procedimento inicial em decorrência de necessidades previsíveis num planejamento transdisciplinar. O paciente é penalizado de diversas formas, mas as que chamam mais atenção são os desperdícios de tempo, de dinheiro, e fundamentalmente, de estruturas bucais.

Podemos citar como exemplo básico um elemento dentário, tratado endodonticamente, restaurado (classe I de Black), que servirá como pilar para uma prótese parcial removível a grampo e apresenta perda óssea de 2,0 mm por doença periodontal crônica. Veja só que o planejamento clínico para este paciente abrangerá somente para a área deste elemento dentário conhecimentos em Periodontia, Dentística, Cariologia, Endodontia, Prótese e Oclusão. E em situações assim, destacamos o primeiro nó crítico do ensino de clínica integrada: será que para se planejar este caso é necessário compor uma junta odontológica com docentes destas 06 disciplinas?

Outro nó crítico se apresenta quando se aplica para este caso a sequência clínica anteriormente descrita, pode-se ter interpretação prática que só após a alta do tratamento periodontal, este paciente seja avaliado pela endodontia para avaliação do tratamento endodôntico existente e logo após, enviado à dentística para verificar se é necessário ou não trocar a

restauração. Só então que terá início o planejamento para execução da prótese. O que pode decorrer a partir deste funcionamento é que numa prática odontológica no currículo antigo eminentemente especializado, cada professor pelo hábito adquirido, enxerga apenas a sua área de conhecimento orientando a condutas clínicas que inviabilizem a passagem para a etapa posterior do tratamento.

Por exemplo, a prótese recomenda extensão da restauração para evitar que o apoio da PPRG se aloje em um nicho composto por dente e restauração; o aluno leva o paciente à dentística para realizar este procedimento; se não houver conhecimento e/ou prática generalista do docente em dentística ou amplo contato entre os profissionais de cada área (no caso de haver ou não coincidência de horário entre os docentes), a etapa clínica da extensão da restauração por indicação protética pode deixar de ser realizada pelo simples fato da restauração em questão encontrar-se em bom estado de conservação e sem recidiva de cárie detectada. Daí o aluno perde tempo, e um tratamento pode deixar de ser concluído dentro de seu semestre ou ano letivo. Isso traz obviamente um prejuízo enorme ao aprendizado, pois a fragmentação do conhecimento tornou-se empecilho para que o aluno concluísse seu caso em tempo hábil e partisse para um novo paciente e incrementasse sua rotina clínica com supervisão docente.

Uma prática clínica com funcionamento integralista consiste nos profissionais que nela transitam adotarem posicionamento e conduta de clínico geral em seu sentido amplo da expressão, assumindo tal pensamento como filosofia de trabalho e não como exigência burocrática. O clínico geral é aquele profissional que tem a melhor noção de conjunto de um paciente ou indivíduo, tanto no aspecto teórico, quanto no prático, por isso encontra-se mais apto a propiciar ao paciente uma solução realmente integrada para seu problema.

É claro que nem todos os procedimentos clínicos estão na área de atuação do clínico geral. Então, se faz necessária a presença do profissional especializado em determinadas ocasiões. É preciso que se deixe bem claro que não é o fato de o profissional ser especialista que inviabiliza sua atividade dentro de uma clínica integrada, mas sim o seu comportamento, que obrigatoriamente, pelas diretrizes político-pedagógicas atuais, deve permear todas as áreas do conhecimento.

No âmbito do ensino e da prática clínica odontológica, os docentes e profissionais da Odontopedi-

tria sempre exerceram sua rotina clínica de uma maneira bem integralista, mas autores referência desta área do conhecimento trazem sequências clínicas também dispostas por especialidade, tais como a transcrita a seguir:

- Periodontias;
- Exodontias;
- Endodontias;
- Dentisteria;
- Cirurgias eletivas;
- Controle e manutenção.

Apesar da prática clínica na odontopediatria ser integralista e poder servir de base para a adequação de docentes ao modo de ensinar em clínica integrada, a teoria continuava em compartimentos. E, transpondo este raciocínio para a formação odontológica de uma maneira geral, apesar dos projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia no Brasil preconizarem o perfil do egresso como um profissional generalista, essa formação se dá de forma bastante dificultada pela compartimentalização do ensino, entre outros fatores peculiares a cada curso.

O que se deve combater e evitar dentro do perfil de ensino odontológico que vigora por lei desde 2002 é a justaposição de conteúdos. De nada adianta fusionar disciplinas, se o conteúdo programático da cadeira resultante tratar-se de uma “simples” arrumação ordinal por especialidade odontológica dentro desta nova disciplina criada. Pedagogicamente, isso não gera qualquer mudança significativa.

Uma sequência clínica mais abrangente e que tenha como objetivo principal possibilitar planejamento e execução de um plano de tratamento odontológico que envolva mais de uma área de conhecimento ser realizado de maneira integrada e não justaposta, pode vir a desempenhar papel importante no desenvolvimento do ensino odontológico e, no perfil do egresso, vir a preencher mais fielmente a característica de clínico geral com visão integrada e ampla da saúde preconizada pelas diretrizes curriculares. Uma proposta de protocolo ou de sequência clínica considerada ideal não deve engessar a condução do tratamento odontológico, mas sim guiá-lo.

Pode-se aqui citar mais uma situação clínica rotineira em pacientes de clínica integrada de faculdades de Odontologia: imaginemos um caso clínico hipotético onde o paciente necessita de procedimentos em dentística e posterior confecção de uma prótese parcial removível a grampo. Pelas sequências clínicas convencionais, deve-se primeiro realizar todas as res-

taurações necessárias para que se passe às etapas clínicas da prótese. E isso inclui a moldagem de estudo para planejamento protético. O aluno pode somente recorrer ao professor de prótese após o término da dentisteria.

Acrescentando princípios interdisciplinares e transdisciplinares nesta pequena parte do tratamento, é sabido que quando se molda um paciente para planejamento protético, deve-se também montar o caso em articulador. E este procedimento chamado de moldagem de estudo é consensual na literatura protética que faz parte das etapas clínicas prévias ao planejamento clínico-protético. O tipo de oclusão e as relações interdentárias e intermaxilares podem interferir diretamente na execução da prótese. E o que se planeja para a prótese pode também interferir na etapa clínica da dentística indicando extensões de restaurações. Logo, justifica-se a inserção da etapa clínica moldagem de estudo em tempo anterior a dentisteria. Então, por que não instituir este procedimento como via de regra para o planejamento clínico integrado envolvendo necessidade de prótese?

Uma efetiva sequência clínica protocolada é aquela que permite variações suficientes para que a mesma possa servir de guia para as mais variadas situações clínicas existentes na odontologia integrada.

Sugerimos então um roteiro de procedimentos clínicos sequenciados que pode ser aplicado em disciplinas de clínica integrada, bem como orientar a atividade clínica profissional: Tal arrumação baseia-se em princípios, não em procedimentos. O tratamento é dividido em quatro etapas, quais sejam o condicionamento do meio bucal, o preparo de boca, a reabilitação bucal e o controle e manutenção. Dentro de cada etapa, os procedimentos clínicos podem ser adequados em acordo com a realidade de cada paciente. Enfim, a sequência clínica de tratamento sugerida é a seguinte:

- 1)** Condicionamento do meio bucal;
- 2)** Preparo de boca;
- 3)** Reabilitação bucal;
- 4)** Controle e manutenção.

Obs.1: O operador julga o fator principal de problema do paciente e estipula a ordem de procedimentos (Periodontia, exodontias, Endodontia,...).

Obs.2: A sequência é interrompida por qualquer urgência ou intercorrência ao longo do tratamento.

Obs.3: A moldagem de estudo deve ser realizada o quanto antes para integrar- o planejamento protético ao restante das etapas do tratamento.

Este roteiro de tratamento odontológico, como se vê, permite várias composições de ordem de procedimentos, o que permite adequações para vários perfis de paciente e situações clínicas que podem ser encontradas no âmbito de uma clínica integrada de faculdades de Odontologia. Ela poderia ser resumida em princípios que podem ser sequenciados em: descontaminação (condicionamento do meio bucal); preparo de boca e reabilitação. Já que a organização de conteúdos clínicos de um curso de graduação deve ser integrada tendo perdido a forma de disciplinas isoladas, a apreensão por parte do aluno destes princípios torna-se facilitada. Este roteiro de atendimento clínico permite a organização de procedimentos por ordem dos princípios supracitados, independentemente da área do conhecimento odontológico que pode estar disposta em alguns cursos de odontologia como disciplinas isoladas.

A abertura concebida por esta sequência clínica dentro do princípio do condicionamento do meio bucal objetiva o abarcamento neste roteiro se não da totalidade, mas da grande maioria dos pacientes de uma clínica integrada. Apesar da proporção de pacientes que possuem necessidade de se começar um tratamento por procedimentos periodontais, existem também situações onde a necessidade mais premente é de procedimentos endodônticos, de procedimentos como a escarificação e selamento em massa de lesões cariosas ou, até mesmo, de exodontias.

É sabido que a formação docente não contempla, na enorme maioria dos casos, direcionamento clínico generalista, pelo contrário. Então, é preciso que se discuta e planeje uma adequada transição de perfis profissionais e, quanto maior for o número de instrumentos que auxiliem a prática docente neste período, melhor se dará este processo.

Como organizar este funcionamento dentro da prática docente em clínica integrada? Um ponto chave desta conduta está na etapa clínica do exame clínico para traçar o plano de tratamento. O planejamento definido em acordo com uma sequência clínica deve ser respeitado, salvo raríssimas exceções, por qualquer docente que vá orientar alguma etapa clínica de realização do tratamento. Entre os professores deve haver o respeito mútuo de eventuais diferenças de pensamento e de condutas. Tais discrepâncias, se bem exploradas, possibilitam inclusive maior riqueza de aprendizado ao aluno, pois estimularão o desenvolvimento de seu senso crítico. Em níveis iniciais das clínicas integradas de cursos de graduação em Odontologia, contato, integração e boas doses de

afinação são extremamente importantes na condução do processo de ensinagem/aprendizagem, pois mais importante é o embasamento que deve ser passado ao aluno em relação à variação dos tipos de conduta clínica para cada situação. Se os princípios de condicionamento do meio bucal, preparo de boca e reabilitação forem bem sedimentados nos alunos, eles aceitarão com muita propriedade as diferenças de opiniões inevitáveis existentes no corpo docente. À medida que a complexidade vai aumentando, pode-se até mesmo estimular a tomada de decisões pelo aluno dentre as várias opções existentes descritas na literatura e na prática clínica.

A gestão por parte de todos os professores (e não só do coordenador da disciplina) das diferenças de opiniões sobre os mais variados assuntos dentro da odontologia (como no exemplo clássico: amálgama X resina composta em dentes posteriores) é ponto essencial para o bom funcionamento de uma disciplina de clínica integrada. Isso pode perfeitamente ser direcionado para um melhor nível de aprendizado, se houver respeito mútuo entre o corpo de professores bem como conhecimento amplo sobre as várias opções clínicas de procedimentos. Isso quer dizer que, em exemplo prático: um determinado professor vai orientar uma etapa clínica de uma restauração classe II de Black em um elemento dentário planejada por outro docente junto ao aluno para ser confeccionada em resina composta. Este docente pode ser “partidário” do amálgama de prata, pode também (e deve) explicar o porquê de sua preferência com bastante rigor científico/clínico e cuidado para não denegrir o pensamento do colega. Mas ele não deve deixar de dar seguimento ao caso clínico orientando o procedimento restaurador em resina composta. Fazendo isso, certamente o aluno sairá enriquecido, pois entrou em contato teórico/prático com diferentes convicções teóricas e pode praticar diferentes condutas clínicas ao longo de uma disciplina, além, de aumentar a sua bagagem teórico/prática para futuras discussões e decisões sobre planejamento de casos.

Para que isso funcione com propriedade, alguns requisitos básicos de um docente para trabalhar na clínica integrada são importantes:

- saber trabalhar em equipe, para que haja realmente o respeito mútuo entre docentes;
- conhecimento amplo para poder conduzir tratamentos clínicos com diferentes procedimentos;
- perfil generalista da prática da profissão e do ensino;
- abertura para conhecer e praticar diferentes con-

dutas e técnicas em procedimentos clínicos, como por exemplo, em uma etapa clínica de moldagem de trabalho para confecção de uma coroa, o docente pode dar opção de que técnica o aluno vai escolher e, se a técnica for adequada ao caso, proceder a orientação.

A equipe docente das disciplinas de clínica integrada de um curso de graduação em Odontologia deve ter composição de profissionais de ensino versáteis de formação e, principalmente, de atuação. Não se pode formar o aluno cirurgião-dentista clínico geral se a essência da prática docente nas clínicas integradas tiver caráter especialista compartimentalizado por disciplinas. Não se pode pensar profundamente em integração, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade em clínica odontológica integrada se os agentes formadores deste processo atuarem cada um ensinando “sua área” de especialidade. A equipe docente de clínica integrada deve atuar em caráter inter e transdisciplinar envolvendo as especialidades como áreas de um mesmo conhecimento, e cada professor deve ser apto a orientar o aluno científica e tecnicamente em procedimentos clínicos envolvendo todas as áreas do conhecimento odontológico, principalmente em procedimentos relativos à área de atuação do clínico geral. O cumprimento desta condição pelo docente facilita extremamente sua adaptação ao ensino de clínica integrada pelo currículo integralista proposto pelas diretrizes curriculares atuais vigentes desde 2002.

As faculdades de Odontologia devem primar pela composição do quadro docente das clínicas integradas por profissionais com perfil adequado evitando assim que professores sejam escalados para a clínica integrada meramente pela disponibilidade de horário, facilidade de conciliação ou simples cumprimento de sua carga horária. Um bom caminho está na forma de contratação de profissionais pelas escolas. Os editais de concursos públicos para Clínica Integrada devem ser o mais abertos quanto forem possíveis, para que os passos do processo seletivo selecionem profissionais com perfil adequado, modelo o qual já se pode encontrar em cursos como enfermagem, farmácia, etc.

Então, sugere-se que concursos para clínica integrada exijam em seu edital o seguinte perfil de titulação: graduação em odontologia + mestrado (sem especificar área de concentração) + doutorado (sem especificar os cursos).

A razão disso é que as etapas do processo (prova

escrita, análise de títulos, prova didática) em conjunto sejam mais decisivas que a titulação do candidato. Nos dias de hoje encontramos profissionais que direcionaram suas pós-graduações em áreas como Bioquímica, Ciências da Saúde, Engenharia de Materiais, Educação, Pedagogia, entre outras. Dentro destas áreas podem estar docentes aptos a exercerem atividade em clínica integrada, ou não, mas aí o processo seletivo detecta e filtra adequadamente. O mesmo princípio vala para pós-graduações como clínicas odontológicas ou em odontologia, onde estas podem abranger essências generalistas ou direcionar profissionais para uma área só, dificultando sua adaptação ao sistema ideal da clínica integrada.

Quanto à atividade docente em clínica integrada, imaginemos um expediente em uma clínica onde a equipe docente contém um professor de prótese, um de endodontia, um de periodontia e dois de dentística clínica, além de 40 alunos atendendo em duplas. Se observarmos a relação professor/aluno exigida pelo Ministério da Educação, não há problema algum. Mas, na hipótese nada improvável de metade dos alunos marcarem seus pacientes de prótese para este dia por qualquer que seja a razão, o resultado obtido é de um docente para 20 alunos e os outros 04 docentes para os demais 20 alunos dependendo também dos procedimentos daquele dia de atendimento clínico. Pedagogicamente, nesta situação existe 01 docente sobrecarregado e 04 subaproveitados. O professor com sobrecarga de trabalho tem seu desempenho de ensino extremamente prejudicado, pois há um grande desgaste físico e mental deste devido ao grande número de orientações neste dia onde é sabido que a variância de nuances clínicas de um caso clínico para outro é praticamente imensurável. O desgaste aumenta a probabilidade de erros. Além do exposto, uma sobrecarga de trabalho gera como produto o fato do docente em questão limitar-se em suas orientações simplesmente a como realizar o procedimento clínico. Perde-se então o objetivo principal da prática no ensino odontológico: integrar teoria, ciência e prática, afinal o professor assoberbado deixa de usar a situação clínica que se apresenta a cada aluno para remetê-lo ao conhecimento teórico para tomar as decisões clínicas apropriadas. Logo, o prejuízo pedagógico de situações como esta é bastante relevante para o aluno.

As clínicas integradas ou as disciplinas clínicas compõem em média 35% da carga horária total de um curso de Odontologia e a prática clínica deve ser encarada pela gestão dos cursos e pelos docentes

como um ambiente de ensino, como uma sala de aula onde o aluno vai receber subsídios teórico-práticos para a sua futura atividade profissional. Não se deve ver a clínica de uma faculdade puramente como o local onde o estudante de odontologia vai pôr em prática, conhecimentos recebidos em teoria. Tal visão seria uma dicotomização desnecessária e improduti-va.

Vivemos uma fase de transição entre os modos de disposição dos conteúdos e de ensino em faculdades de Odontologia. As Diretrizes Curriculares nacionais em sintonia com a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Superior preconizam a eliminação da organização dos currículos em disciplinas isoladas com objetivo de evitar justaposição de conteúdos sem relacioná-los. É preciso que se tome muito cuidado nessas organizações curriculares, pois, com a fusão de disciplinas como periodontia, dentística, endodontia e oclusão, por exemplo, em disciplinas de clínicas integradas com níveis de complexidade crescente (tendência encontrada em cursos de odontologia atualmente), os conteúdos realmente sejam ordenados de maneira integrada, e não, que sejam justapos-tos dentro da carga horária destas disciplinas mantendo arranjo de disciplinas independentes. A situação compreende um agravante de risco, pois a formação dos docentes não se deu desta maneira na graduação, nem ao menos na pós-graduação. Então, o novo docente em Odontologia deve buscar auxílio e se aprofundar no campo da Pedagogia e minimizar o aspecto tradicional e intrínseco presente em cada um de nós onde ciência e técnica operatória são pontos fundamentais da prática docente. O perfil do estudante atual exige que novas ferramentas de ensino sejam aplicadas, principalmente quando se fala sobre conteúdos teóricos a serem ministrados.

Quando se pensa pedagogicamente, a construção de todo este processo deve ser feita coletivamente. Este raciocínio é consensual para qualquer autor em Pedagogia. Desde o projeto pedagógico de curso até o planejamento de cada um dos blocos disciplinares que possam ser formados este princípio é bastante crítico. A importância desta participação coletiva desde o nascedouro é de extrema importância para o sucesso de sua implantação. Segundo PERRENAUD, se um projeto pedagógico é construído individualmente ou por poucos, o resultante disso é que o restante da equipe docente incorpora uma tendência a se portar primariamente como críticos e, em seguida tomar papel de opositores do processo. E isso também vale para quando se traça o planejamento e execução

de uma composição de conteúdos a serem integralizados dentro da clínica integrada de complexidade crescente. As consequências de aprendizado para o aluno e de funcionamento da disciplina para os docentes e gestores costumam ser desastrosas a curto e médio prazos, e isso pode gerar uma falsa impressão de ser falha no princípio pedagógico integralista.

Para finalizar, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), em publicação em 2007 que trata da Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia, relata uma predominância em valores percentuais bastante relevantes de cursos de graduação com graus de inovação em suas práticas de ensino consideradas incipientes ou até mesmo ainda na forma tradicional. Ou seja, mais de cinco anos após a implantação das DCN's, as escolas de odontologia estão encontrando dificuldades para realmente se adaptarem a práticas educacionais exigidas pela Lei de Diretrizes e Bases. Acreditamos que se conseguirmos realmente instituir o funcionamento das clínicas integradas em complexidade crescente com princípios integralistas e permear os caminhos da transdisciplinaridade dentro destas disciplinas, daremos importante salto para a melhoria destes índices.

CONCLUSÕES

- O caráter integralista na formação do cirurgião-dentista com características de um cirurgião-dentista com visão integral da saúde, capaz de atuar na atenção integral à saúde deve se firmar para cursos de graduação em Odontologia.
- A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são objetivos a serem buscados pela prática docente, pois trata-se de um processo que só tende a ser mais profundamente recomendado pelas instâncias superiores da educação superior.
- Dentro do ensino odontológico, as clínicas integradas em níveis de complexidade crescente apontam para uma prática transdisciplinar, passando pela interdisciplinaridade de ensino e de formação profissional.
- É preciso que se planeje e execute o processo de transição de modos de ensino com bastante esmero, pois a simples adequação de conteúdos não caracteriza mudança significativa do processo ensino-aprendizagem.
- O preparo docente tem fundamental importância para este processo.
- O fato de o professor ter formação especializada ou não, em absoluto, determina sua capacidade de estar presente na condução coletiva das clínicas

integradas, mas sim sua conduta, que deve ter caráter generalista e permear por todas as áreas do conhecimento dentro das competências atribuídas ao clínico geral.

- Somente o desempenho generalista de cada membro da equipe docente em clínica integrada pode contribuir efetivamente para dar ao aluno a formação profissional que as DCN's se propõem.

ABSTRACT

Teaching of integrated clinic: new guidelines and old taboos

Since 2002, Brazilian National Curricular Guidelines for undergraduate dentistry courses propound that the theoretical/practical content of some integrated clinic subjects with a growing level of complexity be made available throughout the duration of the course. Based on this, it is indispensable to rethink deeply and pedagogically about the real aims of subject integration, both interdisciplinarily and transdisciplinarily. This article addresses the characteristics inherent to teaching and practicing the discipline of integrated clinic, based on comments about clinical sequences of interdisciplinary dentistry treatments and a suggested clinical planning routine and clinical procedures open to becoming transdisciplinary. It also discusses some teaching skill characteristics for this “new way of teaching” seeking to broaden the

present transition process experienced by dentistry courses from a traditional to an integral curriculum.

DESCRIPTORS

Dentistry. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
2. Lascale, N.T. Prevenção na Clínica Odontológica- Promoção de saúde bucal. São Paulo. Artes Médicas. 1997.
3. Morita, M.C., Kriger, L., Perri de Carvalho, A.C., Haddad, A.E. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia. Dental Press Editora. 2007. 160 p.
4. Perrenaud, P. 10 Novas Competências para Ensinar. Porto Alegre. Artes Médicas Sul. 2000.
5. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estatuto e Regimento Geral da UFRN- Ministério da Educação e do Desporto. Natal: EDUFRN; 1998.

Recebido em 20/08/2008

Aceito em 25/11/2008.