

A problematização como modelo para ensino universitário: uma experiência piloto com alunos do 3º e 4º anos do curso de odontologia

Há exigüidade de modelos de ensino que tragam os discentes à compreensão da realidade de seus pacientes. O uso da problematização permitiu aos discentes ver a pessoa que tratam, com seus componentes socioculturais.

Rodrigo Otávio Moretti Pires*, Sonia Maria Villela Bueno**

* Doutorando da Universidade de São Paulo. E-mail: rodrigomoretims@yahoo.com.br.

** Professora Livre-Docente/Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO

No presente trabalho os autores investigam resumidamente o desenvolvimento da odontologia e de seu ensino. Discorrem sobre o perfil do cirurgião-dentista atual e a ineficácia de sua atuação frente às demandas populacionais. Como experiência pedagógica, promoveu-se, em 5 dias e utilizando três períodos em cada, um curso intensivo de capacitação em Saúde da Família a alunos do terceiro e quarto anos de uma Faculdade de Odontologia particular do interior do Estado de São Paulo. Ao final do curso, os alunos responderam a um questionário semi-estruturado e avaliaram as diferenças, vantagens e desvantagens do uso no ensino de Odontologia do modelo tradicional e do modelo da problematização preconizado por Freire⁶ (1996).

DESCRITORES

Educação em Odontologia. Aprendizagem baseada em problemas.

A odontologia caracterizou-se ao longo de sua história por um modelo de ensino técnico, desenvolvido a partir de 1919, e que falha na busca de alternativas⁷. A partir da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), este modelo de ensino eviden-

ciou-se como não-resolutivo em relação às demandas populacionais, já que imbuí a atuação dos cirurgiões-dentistas em uma prática curativista e focada no momento do atendimento clínico, e não no atendimento do paciente integrado em seu todo¹². Em contraparte, a própria categoria dos cirurgiões-dentistas não despertou para essas questões das demandas populacionais e para o largo campo de atuação que mostra a saúde pública, a qual necessita não apenas da prática, mas também de reflexões sobre novos modelos de aplicação da Odontologia que se mostrem efetivos. Esse contexto vem ao encontro de considerações teóricas que conceituam a Odontologia em crise atualmente. Esse panorama é amplamente apontado na literatura, com perda das características que garantiam a identificação dos CDs como genuínos profissionais liberais de saúde, acrescida à referida ineficácia em relação à população e à ausência de reflexões sobre o contexto que permeia atualmente a categoria¹¹.

As considerações sobre a inadequação da proposta da odontologia como prática social atingem diretamente outros campos do conhecimento como sua participação em pesquisa científica e a bioética. Nesse pensamento, Susin, Rösing¹⁴ (1999) afirmam que a odontologia, em seu modelo tradicional, “por muitos

anos, relegou a base científica por ela produzida a um segundo plano”. Amorim¹ (2002), ao pensar sobre a questão da bioética na formação do odontólogo, afirma que a categoria “(...) precisa parar e refletir para melhor delimitar qual o seu papel como ciência da saúde, dentro do conceito amplo de saúde”. Freitas⁷ (2001) afirma que na Odontologia brasileira até os dias atuais predominou a prática empírica em detrimento da ciência, sendo reflexo do individualismo vinculado ao exercício com ausência de enfoque para a atenção coletiva. Esse enfoque individualista e centrado no cirurgião-dentista traduz-se na prática clínica dos consultórios particulares, com um caráter prático emergencial e curativo; com características que primam pelas especialidades ao invés de objetivar o caráter generalista do ser humano. Tais características são corroboradas por Zanetti¹⁶ (1999), que aponta a origem na história da Odontologia brasileira e, como consequência, no próprio modelo de ensino utilizado no corpo de disciplinas das Faculdades de Odontologia do país, que não lega aos acadêmicos a visão das questões societárias e de valores humanísticos, tornando-os despreparados para o enfrentamento destes que permearão seu dia-a-dia após a graduação.

A inserção do cirurgião-dentista no mercado de trabalho atual foi o tema de investigação de Moretti Pires¹¹ (2005). Nessa pesquisa, o autor se deparou com inúmeros dados qualitativos que apontaram para a não capacitação desses profissionais para lidar com questões sociais e coletivas ligadas também à humanização do atendimento em saúde. Ao final do trabalho ficava o questionamento de como ter um cirurgião-dentista em um modelo focado na prática coletiva na sociedade capitalista atual, porque, antes de serem profissionais, trata-se de cidadãos modulados e moduladores da sociedade em que vivem¹¹.

Para Mello¹⁰ (2004), o acadêmico em odontologia demonstra não ter maturidade ou visão social, considerando que os problemas de caráter sanitário e sócio-econômico não lhe competem e não se identifica com os problemas dos estratos sociais menos favorecidos economicamente, mesmo que os pacientes que atenda no ambiente universitário sejam oriundos predominantemente desses estratos.

O Ministério da Saúde tem preconizado a adoção do Programa Saúde da Família como estratégia de remodelação da assistência básica no que se refere ao talhe de atendimento tradicional.

O presente trabalho pretende debater a experiência da utilização da problematização como modelo alternativo para o ensino dos princípios do Programa

Saúde da Família aos alunos do curso de odontologia.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA PROBLEMATIZAÇÃO

Em 1975, Freire⁶ aponta na primeira edição de seu trabalho “A pedagogia do Oprimido” para a necessidade de revisão dos modelos pedagógicos empregados no Brasil, na direção da humanização da educação. Segundo Freire⁶ (1996), a tomada da pedagogia humanizadora como caminho é a única forma de se cumprirem os reais papéis da educação, já que essa se traduz numa prática pedagógica em que o método deixa de ser instrumento educador e deixa de manipular os educandos para os fins de quem planeja o ato educativo, com o objetivo de despertar nos alunos a própria consciência sobre os assuntos com os quais trabalhará, respeitando-se inclusive os conhecimentos e as vivências pregressas dos mesmos.

Sobre o modelo tradicional de ensino, chamado por Freire⁶ (1996) de concepção “bancária” da educação, o autor declara que o educador tem um papel exclusivo de narrador/dissertador da verdade e dos fatos que deseja transmitir aos educandos.

Segundo Freire⁶ (1996), o diálogo e a problematização são fundamentos da educação, e o trabalho do educador sobre o conteúdo programático não se pauta em uma “doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos –, mas na devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo, daqueles elementos que este lhe entregou de forma inestruturada”.

Pelo discutido na revisão da literatura, depreende-se que a formação puramente técnica em Odontologia, tal como instituída nas Instituições de Ensino Superior, focaliza o ensino de maneira divergente, na medida em que o objetivo final, a formação profissional, modula o processo até o educando; Freire⁶ (1996) apresenta que o processo deve ser o inverso, ou seja, parte-se de quem está aprendendo, de seus conhecimentos pregressos para então se chegar à finalidade da formação educacional. O importante, do ponto de vista de uma educação libertadora, e não “bancária”, é que “os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, a sua própria visão do mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros”.

Em seu trabalho “A pedagogia da autonomia”, Freire⁵ (1996) aponta que “a ampliação e a diversificação das fontes legítimas de saberes é o saber-ser-pedagógico”, primando pela valorização dos conteú-

dos e das realidades trazidas no processo de educação pelos educandos, e buscando colocar professores e alunos em pé de igualdade no processo mencionado. Freire⁵ (1996) vê assim constituída uma “prática docente enquanto dimensão social da formação humana” e não como um simples transmitir de técnica e idéias.

METODOLOGIA

A procura pelos autores por uma Faculdade de Odontologia particular do interior do Estado de São Paulo para a realização de um curso de capacitação de uma semana em Programa Saúde da Família despertou a idéia do uso da problematização nesse processo de ensino, na medida em que esta estratégia do Ministério da Saúde visa a modificação de paradigmas implicados nos serviços públicos de saúde, como referido anteriormente na introdução.

Aos discentes da referida Faculdade foi oferecida a possibilidade de participação no curso, devendo voluntariamente inscrever-se para o mesmo. Esses discentes tiveram que se deslocar cerca de 250 km para a cidade em que se ministrou o curso. Foram 10 alunos (8 mulheres e 2 homens), com idade variando entre 20 e 27 anos, cujas origens culturais os dividem entre os seguintes estados: duas alunas de Goiás, uma do Mato Grosso e os demais do estado de São Paulo.

O curso foi estruturado em cinco dias, compreendendo atividades intensivas nos três períodos, ou seja, manhã, tarde e noite, conforme a necessidade de serem trabalhados todos os aspectos do Programa Saúde da Família. Atividades de capacitação teórica e vivência prática se alternaram ao longo do curso.

Quanto a capacitação teórica, os temas desenvolvidos foram os seguintes:

1. Determinantes e condicionantes da saúde.
2. Aspectos epidemiológicos em Saúde na Comunidade.
3. Documentos de referência em promoção de saúde – Conferência de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Jacarta.
4. Processo saúde-doença.
5. Conceitos de saúde e doença.
6. Aspectos sociológicos do indivíduo, da família e da saúde.
7. Aspectos antropológicos do indivíduo, da família e da saúde.
8. Mudança do foco da doença para a saúde.
9. Histórico da saúde pública no Brasil.
10. Construção do Sistema Único de Saúde.
11. A estratégia da Saúde da Família.
12. As determinantes econômicas e políticas em saúde.

de.

Essa capacitação teórica se deu na forma de debate sobre todos os temas, incluindo o uso de dinâmicas de grupo (baseados na metodologia da pesquisa-ação de Kurt Lewin), a programação de situações hipotéticas que levavam ao exercício dos princípios trabalhados e a confecção de questionários para investigação pormenorizada por parte dos alunos da realidade da vivência prática em PSF.

No que se refere à vivência prática, deu-se de duas formas:

1. A aplicação dos questionários de entrevistas aos usuários do PSF, às Agentes Comunitárias de Saúde, ao Gestor Municipal, ao Presidente da Câmara e a um Vereador (Legisladores) e a um líder religioso.
2. Visita a Unidades de Saúde da Família para perceber o cotidiano das mesmas.

As respostas dos questionários foram organizadas de forma que cada dupla de alunos confeccionou um trabalho de conclusão do curso, discorrendo e analisando com base na literatura científica atual as falas e os entendimentos dos entrevistados sobre o processo saúde-doença e seus determinantes, apresentando esse trabalho para todo o grupo.

O momento final do curso resgatou as idéias trabalhadas através de um debate, e os alunos responderam de maneira escrita e sem identificação a um instrumento, que lhes propunha as seguintes questões:

1. Compare as diferenças entre o modelo tradicional de ensino e o modelo da problematização, empregado neste curso.
2. O que você absorveu deste curso?
3. O que faltou neste curso?

Foi explicado que poderiam deixar de responder a uma ou mais questões, se assim desejassem.

As respostas foram lidas em profundidade e categorizadas pelos autores, posteriormente analisadas conforme a literatura científica vigente.

OS ACHADOS

Quando comparados o modelo de ensino tradicional e o problematizador, a satisfação em aprender e a concentração durante as atividades de ensino foram apontadas pelos alunos como fatores implicados com certa vantagem do modelo problematizador sobre o tradicional.

“O modelo tradicional dá sono, não prende a atenção dos alunos. Concentração é um dos principais fatores que fazem da problematização ser um modelo de ensino infinitamente mais válido que o modelo tradicional.” (aluno 2)

“No (modelo) que foi utilizado no curso, por ser na forma de debates, o aluno presta mais atenção e também faz comentários. O modelo tradicional é cansativo, tendo muita dispersão dos alunos e raramente participação durante as aulas (ensino).” (aluno 3)

“Na faculdade, nossa atenção às vezes fica muito dispersa. As aulas são cansativas e na maioria das vezes só prestamos atenção mesmo nos 30 minutos iniciais. Neste curso foi melhor, pois todo mundo expressava suas opiniões e se interessava mais no assunto e em saber cada vez mais, e não foi cansativo.” (aluno 4)

“Este método de aplicação nos faz realmente entender o assunto abordado. No método da faculdade muitas vezes nós apenas lemos e decoramos e no outro dia já esquecemos todo o conteúdo. Na minha opinião, este método do curso nos faz realmente aprender, nos faz ler, nos faz debater e interagir, assim nos chamando a atenção para o assunto e assim realmente entendemos o tema.” (aluno 7)

“O modelo tradicional tem uma metodologia às vezes cansativa.” (aluno 8)

Ainda sobre a diferença entre os modelos, é apresentado que a problematização possibilita a inserção do aluno no tema trabalhado e do tema entre os alunos, o que é fundamental no processo educativo.

“A problematização possibilita maior compreensão, devido à forma de como discutir o trabalho, aprender a trabalhar em grupo.” (aluno 5)

“Normalmente não temos o costume de interagir com os outros colegas, às vezes ficando em dúvida sobre algum assunto. Neste modelo é muito mais fácil, pois possibilita a todos ter mais expressão e ser ajudado pelos outros como uma equipe.” (aluno 6)

A democracia no ensino, possibilitando ao aluno a interação com o processo também foi ressaltada como fator importante nesse processo de educação problematizadora. Inclusive o fato de o educador e os educandos estarem no mesmo nível no processo foi apresentado como facilitador e como uma das grandes vantagens da problematização.

“Outro ponto que me agradou bastante foi o direito de falar, dar minha opinião em todos os momentos do curso. Trabalhar com um professor que pensa como nós, alunos,

deixou tudo mais fácil na discussão, porque se fosse o contrário, alguém autoritário, não resolveria o problema, não seria interessante. A falta de discussão impede o professor (do modelo tradicional) de saber se o aluno está ou não prestando atenção. A problematização é completamente o contrário.” (aluno 2)

“No modelo tradicional nós temos menos liberdade de expressão.” (aluno 6)

“O método utilizado neste curso, para mim, foi de grande importância. Acredito que eu absorvi bastantes informações sem ter que ficar ouvindo um professor dar uma aula seqüencial sem interação com os alunos.” (aluno 7)

“Você (referindo-se ao docente) foi um grande amigo. Você me fez ver outra realidade. Aprendi mais do que em um ano de aulas.” (aluno 9)

A importância de se tomar prática real como referência no processo de ensino se tratou de um achado importante no âmbito desta experiência pedagógica.

“Acredito que absorvi a maioria dos conceitos sobre PSF, UBS, Saúde Pública, Paciente, Profissional, Equipe. Entendi e vi de perto tudo isso e como se aplica mudando quase que drasticamente todos os meus conceitos sobre saúde pública.” (aluno 2)

“Absorvi como é o PSF, como os profissionais devem agir, o que a população necessita, o que falta no atendimento nas UBS e no PSF.” (aluno 3)

“Ah, muita coisa e não caberia aqui.” (aluno 4)

“Aprendi como interagir em grupo, a realidade da Saúde Pública e como podemos ser mais humanos.” (aluno 6)

“O conceito sobre humanização, a coletividade, o aprendizado, e o mais importante, que, na minha opinião, é a interação entre as pessoas, saber respeitar a individualidade do outro. Realmente absorver o que é necessário.” (aluno 7)

“Com este curso eu descobri meu interesse na saúde pública, aprendi muita coisa em relação à população, ao funcionamento das UBS e do PSF, mudei meu conceito a respeito dos profissionais do serviço público. Enfim, este curso foi essencial para minha formação.” (aluno 8)

“Nem tudo é igual ao que eu imaginava, às vezes ficamos presos apenas no que escutamos, no que achamos, mas na realidade é muito diferente e eu pude perceber que eu adoro a odontologia, as pessoas. Eu vi que a realidade do Brasil é muito diferente.” (aluno 9)

“Acho que estou saindo conhecendo mais a realidade do que é de verdade o PSF.” (aluno 10)

Apesar da carga horária intensiva, através de atividades em cinco dias e três períodos para cada um destes, o prazer e a satisfação dos alunos nesta experiência de ensino fica evidente conforme os depoimentos abaixo relatados, os quais são respostas ao questionamento sobre o que faltou no curso.

“Para mim, não faltou nada.” (aluno 1)

“Mais tempo para este curso. Adorei.” (aluno 2)

“Nada.” (aluno 3)

“Difícil dizer, pois adorei.” (aluno 4)

“Na minha opinião não faltou quase nada, apenas um pouco mais de tempo, pois é muito bom falar sobre saúde pública ainda mais desta maneira, que não é cansativa.” (aluno 6)

“É um método com prazer, ‘aprender com prazer’.” (aluno 7)

“O modelo da problematização para mim não tem defeitos, porque aprendemos de maneira dinâmica e há interação em grupo.” (aluno 8)

Em diversas composições, os participantes desta pesquisa apontaram que o modelo tradicional de ensino em odontologia enfoca o atendimento ao paciente de modo reducionista, implicando um atendimento parcializado e sem o entendimento do ser humano como algo além do tratamento dentário.

“Na faculdade somos ensinados a apenas atender o paciente, não sabendo o motivo que realmente o faz estar lá, o psicológico dele, a família, o ambiente social em que vive.” (aluno 1)

“O modelo tradicional de ensino, como defeito, nos ensina apenas como tratar o paciente-doença, não a pessoa. Conseguimos aprender apenas o mínimo necessário.” (alu-

no 8)

“O modelo tradicional procura tratar doença ou até mesmo prevenir, em um indivíduo, visando o lucro.” (aluno 10)

Segundo os depoimentos, o uso da metodologia empregada no curso mudou a compreensão de saúde e dos pacientes, na medida em que enfoca a visão do ser humano integral, não apenas a relação profissional-paciente, mas também a relação docente-discendente.

“O curso tem a idéia mais de prevenção, de saber o todo do indivíduo, para assim agir para uma saúde adequada.” (aluno 1)

“Possibilita poder ver melhor a realidade, conhecer as pessoas de uma maneira geral. Uma visão maior de como acontece a saúde pública.” (aluno 5)

“Esse tipo de aprendizagem é ótimo e poderia ser implantado em nossa faculdade.” (aluno 9)

“O modelo utilizado no curso visa tratar um indivíduo como um todo, ouvir suas reclamações e saber resolver seus problemas mesmo que estes não sejam propriamente ditos de nossa área.” (aluno 10)

O modelo de odontologia trabalhado na Faculdade foi questionado pelos alunos, ficando evidente assim sua percepção da necessidade de um modelo realmente resolutivo e voltado à população brasileira.

“Na faculdade agimos com uma ação curativa, muito mecânica, clínica, não envolvendo o emocional. Para ter uma saúde adequada necessitamos prevenir e não tratar o paciente como uma parte, e sim como um todo. Assim vamos ajudar a saúde do país e a melhorar a situação e condição do modo de vida do país.” (aluno 1)

DISCUSSÃO

A literatura existente sobre o modelo de ensino em odontologia é de certa maneira escassa.

Ao investigar sobre os motivos que levam os Cirurgiões-Dentistas a optarem pela profissão, Marcelino⁸ (2000) verificou que o fato de o CD ser encarado como um profissional liberal é preponderante na categoria. No entanto, a mesma autora afirma que a prática liberal na odontologia está gradativamente se tornando “prática assalariada, na qual a liberdade de atuação

profissional é limitada, uma vez que (...) passa a ser regida por uma lógica de produção”⁸.

O estudo de Mello¹⁰ (2004) sugere que no processo de aprendizado em odontologia há maior ênfase na técnica em si do que propriamente no paciente que está sendo atendido. Neste tocante, Valença¹⁵ (1998) comenta que os cirurgiões-dentistas abordados em seu trabalho demonstraram dificuldade em se relacionar com o paciente e preocupação com a deficiência de capacitação em psicologia enfocada nesse tema.

Figueiredo⁴ (2002) aponta que na formação do cirurgião-dentista o paciente não é percebido em sua individualidade e “muito menos em sua subjetividade”, por se enfocarem aspectos puramente biológicos, deixando-se de lado os aspectos socioculturais e antropológicos.

Segundo Mello¹⁰ (2004), a formação acadêmica em odontologia é deficitária na medida em que “não aconteceu, até então, interação entre alunos, professores e coordenadores de curso para que reflitam juntos sobre os problemas que acreditam que estejam ocorrendo na formação em odontologia”.

Em relação à Odontologia, o Ministério da Saúde estabelece que a inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família tem como finalidade maior colocar em prática: “caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde” (Brasil, 2001, anexo I, item C, subitem I); “definição da família como núcleo central de abordagem” (Brasil, 2001, anexo I, item C, subitem V); “humanização do atendimento” (Brasil, 2001, anexo I, item C, subitem VI); “educação permanente dos profissionais” (Brasil, 2001, anexo I, item C, subitem IX); “ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde bucal planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar” (Brasil, 2001, anexo I, item D, subitem 8)².

No entanto, todas as atribuições estabelecidas por esse documento à equipe de saúde bucal, ou seja, cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário, em nada diferem das atribuições que lhes são competentes na prática clínica tradicional, comparando-se as mesmas ao que é estabelecido pela legislação vigente³.

Nessa linha de pensamento, Sobrinho, Sousa¹³ (2002) afirmam que a formação profissional brasileira da atualidade, mesmo quando objetivando estratégias como o Programa Saúde da Família, promove uma visão descontextualizada da realidade brasileira. Segundo os autores, há contradições entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e as co-

munidades, ainda sendo mantido o enfoque de atenção curativa, individual, com centralidade na doença, havendo certo desconhecimento da realidade e do contexto social das famílias por parte dos profissionais de saúde.

Essas disparidades também são apontadas pelo estudo de Markman Neto⁹ (2004), que investigou o processo de trabalho no Programa Saúde da Família. O autor questiona “a legitimidade que um modelo de atenção pode ter, quando não proporciona soluções adequadas à garantia da oferta de serviços, (...) como rezam os princípios de integralidade e hierarquização preconizados pelo PSF”. Esse autor pontua que “uma coisa é a idealização de um determinado projeto de saúde, outra coisa, não obstante, é a sua prática cotidiana”, ressaltando que “a equipe vive o seu cotidiano entre um modelo ainda hegemônico e uma tentativa de modificá-lo, construindo na prática um apanhado entre o que se tem e o que se pretende”⁹.

A problematização como modelo para o ensino odontológico não tem referencial na literatura pesquisada. Conforme os achados da presente pesquisa, o tema do Programa Saúde da Família é aplicável a essa forma pedagógica.

Conforme Freire⁵ (1996), apesar da facilidade e da “tentação” de se enveredar o ensino pelos caminhos mais empregados, há ganhos reais na problematização, na medida em que lidamos com “mulheres e homens, seres histórico-sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper”. Isso possibilita a apropriação do tema para si mesmo, conforme ocorreu com os alunos da presente experiência pedagógica.

O equilíbrio entre a teoria e a prática, assim como o cuidado em não torná-los radicais, é discutido por Freire⁵ (1996), que afirma que a “reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo”. Nesse pensamento, a experiência pedagógica presente apresentou a possibilidade de interação assim como a interdependência entre a carga teórica e a carga prática. Não obstante, a maneira de se trabalhar ambas deve aproximar a teoria da vivência real e a prática da confirmação/negação da primeira. Como diz Freire⁵ (1996) “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi em certa medida ampliar a visão do processo ensino-aprendizado

tradicional. Como tal, a revisão da literatura denunciou prática distanciada da necessidade das populações. Em contrapartida, a experiência pedagógica com o uso da problematização apropriou-se de uma dimensão em que os discentes terminaram seu curso afirmando ver a pessoa que tratam, com seus componentes socioculturais. A literatura aponta que há exigüidade de modelos de ensino que tragam os discentes à compreensão da realidade de seus pacientes. Em certa medida, a problematização cumpre essa função. Os autores acreditam ser possível a utilização desse modelo em todas as disciplinas dos diversos cursos de saúde, apesar de haver necessidade de maiores investigações acerca dessa possibilidade e da aplicabilidade da mesma.

ABSTRACT

Problem analysis as a model for higher education: a pilot experience with students of the 3rd and 4th years of dental school

In the present work the authors carry out a brief investigation of the development of dentistry and of dental education. They discuss the profile of today's dentists and their ineffectiveness to meet the population demands. As a pedagogic experience, an intensive course on family health was given to train students of the third and fourth years of the dental course of a private school in a countryside town of the State of São Paulo, Brazil. The course was given during 5 days, in three daily periods. At the end of the course, the students answered a semi-structured questionnaire and evaluated the differences, advantages and disadvantages of the use of a traditional model *versus* the problem-analysis model proposed by Freire⁶ (1996) in the teaching of Dentistry.

DESCRIPTORS

Education, dental. Problem-based learning. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amorim KPC. Nos Labirintos da Vida - a (bio)ética na formação de odontólogos (a visão de docentes) [Dissertação de Mestrado]. Natal: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
2. Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
3. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1997.
4. Figueiredo GO. Do fetichismo odontológico à utopia da saúde bucal (2002) *apud* Mello ACF. Mercado de trabalho, política de saúde bucal e formação profissional: o que pensam estudantes de odontologia [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da UFRJ; 2004.
5. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
6. Freire P. Pedagogia do oprimido. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
7. Freitas SFT. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
8. Marcelino G. Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões-dentistas do município de Araçatuba – SP frente aos avanços ocorridos na odontologia às vésperas do século XXI [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”; 2000.
9. Markman Neto L. Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e a prática do Programa de Saúde da Família num núcleo específico: limites e desafios [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2004.
10. Mello ACF. Mercado de trabalho, política de saúde bucal e formação profissional: o que pensam estudantes de odontologia [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da UFRJ; 2004.
11. Moretti Pires RO. A Mercantilização da Saúde: o trabalho de cirurgiões-dentistas em um contexto de mudanças – estudo com cirurgiões-dentistas assalariados do município de Ribeirão Preto (SP) [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2005.
12. Portillo JAC. A inserção da odontologia no S.U.S. – avanços e dificuldades [Tese de Doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 1998.
13. Sobrinho A, Sousa MF. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: Sousa MF (org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 155-70.
14. Susin C, Rösing CK. Praticando odontologia baseada em evidências. Canoas: Ulbra; 1999.
15. Valença AMG. A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista (1998) *apud* Mello ACF. Mercado de trabalho, política de saúde bucal e formação profissional: o que pensam estudantes de odontologia [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da UFRJ; 2004.
16. Zanetti CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. Ação Coletiva 1999;2(3):11-24.

Accito para publicação em 10/2005