

Projeto HUKA KATU[†]: a FORP-USP no Parque Indígena do Xingu

A construção de um Estágio Optativo em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação dos profissionais da Odontologia.

Clícia de Oliveira*, Raquel de Carvalho Pacagnella**, Maria da Glória Chiarello de Mattos***, Janete Cinira Bregagnolo****, Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe*****, Wilson Mestriner Júnior*****

* Acadêmica da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

** Cirurgiã-Dentista da Universidade Federal de São Paulo.

*** Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: gloria@forp.usp.br.

**** Professoras Doutoradas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

***** Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO

Durante muito tempo, a formação dos profissionais de saúde, dentre eles o cirurgião-dentista, não se orientou pela compreensão crítica das necessidades da população em saúde bucal. O modelo formador (Universidades) do país ficou dissociado da realidade brasileira, conseqüentemente não se comprometendo com a promoção da saúde bucal. A Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, durante a construção coletiva do seu projeto pedagógico, esteve atenta às normativas presentes nos vários documentos elaboradas pelo Ministério da Educação (Diretrizes Curriculares para os cursos de Odontologia) e pelo Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde Bucal e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas). Para que as Universidades cumpram com seu papel transformador, há de se compreenderem novos “Cenários de Aprendizagem” como um conceito amplo, que diz respeito não somente ao local em que se realizam práticas de uma técnica, mas também à população nela envolvida, à natureza e ao conteúdo do que

se faz. Diz respeito, portanto, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos e pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades associadas ao cognitivo e psicomotor. Incluem, também, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. O novo currículo da FORP apresenta complexidade crescente e se propõe à integração com maior flexibilização. É nesse contexto que nos propomos a apresentar o Estágio Optativo (Saúde bucal no Parque do Xingu-FORP/USP), oferecido para os estudantes do curso de Odontologia, caracterizando-o como processo capaz de contribuir para a reorganização das concepções e práticas no campo da saúde bucal, propiciando um novo processo de trabalho e tendo como principal meta a produção do cuidado.

DESCRITORES

Educação em Odontologia. Odontologia Comunitária. Currículo, educação.

[†] Na etnia Kamaiura (língua do tronco Tupi), significa “sorriso lindo”, sendo esse um dos nomes sugeridos pela população indígena do Xingu e escolhido pela comunidade Forpiana por voto direto.

O Parque Indígena do Xingu foi criado em 1961, no Brasil Central, sob a direção de Orlando e Cláudio Villas Boas. Seu território está demarcado e homologado, sendo composto por três terras indígenas distintas: Parque Indígena do Xingu (2.642.003 ha), Terra Indígena Wawi (150.329 ha) e Terra Indígena Batovi (5.159 ha), as quais correspondem a uma área total de 2.797.491 ha.

Atualmente é habitado por 14 etnias pertencentes a quatro troncos ou famílias lingüísticas: Aruaque, Caribe, Jê e Tupi, além dos índios Trumai, de língua isolada. Apresenta uma população de 4.213 indivíduos, que se relacionam com quatro pólos bases devido à grande extensão territorial. São estes o Pólo Diauarum, localizado no Baixo Xingu, o Pólo Pavuru, no Médio, o Pólo Leonardo, no Alto Xingu, e o Pólo Ngoivere, recém-criado.

O aumento da frequência de saída dos índios para a cidade vem se apresentando como um fator de risco para a ocorrência de epidemias e outras doenças contagiosas, favorecendo também a mudança de hábitos alimentares, como a introdução da mamadeira e do leite em pó, o que tem gerado alterações no padrão de morbidade².

Para que ocorra uma melhor compreensão dos serviços de atenção à saúde bucal oferecidos à população indígena, faremos um breve histórico dos eventos que antecederam a concepção do modelo atualmente adotado. No ano de 1967, foi instituída a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passou a exercer ações de saúde esporádicas por intermédio de equipes volantes de saúde, em escala e capacidade operacional e administrativa insuficientes. Essa atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

Por indicação da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em 1986 a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que propôs o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), sob a gerência do Ministério da Saúde, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em 1988, a Constituição Federal definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado pela Lei 8.080/90, estabelecendo que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde. Por essa mesma Constituição, ficou estipulado que as organizações socioculturais dos povos indígenas fossem reconhecidas e respeitadas, assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabelecendo também que a competência para legislar e tratar sobre a questão

indígena ficaria a cargo da União⁵.

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 1993, reiterou a defesa do modelo sob a forma de sistemas locais de saúde (Distritos Sanitários – os DSEI's) e a criação de uma secretaria especial no Ministério da Saúde para gerir a política de atenção à saúde, a fim de que os povos indígenas tivessem garantido o direito ao acesso universal e integral à saúde⁴.

Em 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde e devolveu, na prática, a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que ficou responsável pela recuperação dos índios doentes, enquanto o Ministério da Saúde encarregava-se das ações de prevenção.

Com a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, ficou determinada a responsabilidade do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em relação à saúde indígena, definindo-se o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS. Isso permitiu a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas contando com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenistas do governo, permitindo também a participação de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo de atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas, além de representantes das organizações indígenas com experiência de execução de projetos no campo de atenção à saúde junto ao seu povo⁶.

Surgiu, com isso, a necessidade de se adotarem medidas que permitissem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema para que a aplicação dos princípios e diretrizes (descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social) fosse realizada de maneira eficaz.

Após a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a parceria com Universidades, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade de Interesse Público (OSCIP), prefeituras e estados passou a ser o método encontrado para a execução das ações⁸. Ainda no sentido de aprimorar o Subsistema, a partir de julho de 2004, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passou a assumir as ações de planejamento da atenção à saúde, de gerência dos programas de saúde e do comando técnico e operacional de todo processo.

Concomitantemente ao processo de desenvolvimento do Subsistema de Saúde, tivemos, nas décadas

de 80 e 90, na área de saúde bucal, um crescimento significativo na oferta pública dos serviços no Brasil. Entretanto, o país viveu uma crise de assistência à saúde decorrente do esgotamento do modelo biomédico tradicional, considerado cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de alto custo e elitista. Isso fez ressurgir programas desenvolvidos segundo a lógica da abordagem da promoção de saúde e mostrou a necessidade de mudanças no processo de formação do profissional de saúde³.

Nesse contexto, passou a existir uma exigência social para que se produzam profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes.

Por isso, para cumprir um papel transformador, as instituições formadoras deverão compreender “os Novos Cenários de Aprendizagem” como um conceito amplo, que diz respeito não somente ao local em que se realizam as práticas, mas aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e ao conteúdo do que se faz. Diz respeito, portanto, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos e pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. Inclui, também, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas^{9,10,11}.

Em concordância ao exposto acima, as Diretrizes Curriculares para a educação dos profissionais de saúde do século XXI exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão, de forma que todos os profissionais deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiados os indivíduos e a comunidade, promovendo a saúde para todos⁷.

É necessário, ainda, que, quanto aos conteúdos comuns, os currículos dos cursos da área da saúde proporcionem:

1. conhecimentos de técnicas de comunicação e relacionamento pessoal que permitam a adequada relação com o paciente, com a comunidade e sua atuação em equipe multiprofissional de saúde;
2. conhecimentos para participar no gerenciamento das ações de saúde, levando em conta o processo de trabalho e a relação custo-efetividade, a equidade e a melhoria do sistema de saúde;
3. conhecimentos sobre políticas de saúde e abrangências das ações de saúde, segundo o enfoque de

vigilância à saúde;

4. conhecimentos do processo saúde-doença, das condições de vida e do perfil epidemiológico da população;
5. conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes que possibilitem o exercício profissional fundamentado nos princípios da Ética e da Bioética.

Considerando os objetivos acima como sendo aqueles a serem alcançados, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP) propôs, em sua reestruturação curricular, um currículo organizado de forma integrada, em complexidade crescente e praticamente sem separação entre os ciclos básico e profissionalizante¹².

É a partir desse entendimento que a FORP-USP firmou um convênio com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI – Xingu) por intermédio da FUNASA e incluiu, no seu novo currículo, o Estágio Optativo em Saúde Bucal no Parque Indígena do Xingu, envolvendo as etnias que habitam o Baixo e Médio Xingu.

Neste ano, foram realizadas quatro entradas com equipes compostas por professores e alunos da FORP-USP, cirurgiã-dentista, médicos e enfermeiras contratados pela Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), agentes indígenas de saúde bucal e conselheiros indígenas de saúde.

As atividades desenvolvidas e as metas objetivadas que determinaram todo o processo de trabalho podem ser visualizadas no Quadro 1.

O Estágio Optativo oferecido aos alunos procura proporcionar, o mais cedo possível, o contato com a realidade social e com os serviços de saúde, pela observação e pelo desenvolvimento de atividades que dão condições ao aluno de superar a dicotomia entre estudo e trabalho.

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

“A universidade não vai adquirir compromisso e relevância social sem abrir para o mundo do trabalho e para o mundo da vida; os serviços não vão se transformar no sentido desejado se não se abrirem para a população, para seus interesses e objetivos concretos.”

Quadro 1 - Atividades e metas da USP/UNIFESP determinantes do processo de trabalho no DSEI-Xingu.

Atividade desenvolvida	Descrição	Metas
Treinamento para AIS* e professores	Realizado pela equipe em área	Formação de multiplicadores
Orientações sobre saúde bucal	Realizadas por AIS e pela equipe em reuniões com a comunidade	Formação de hábitos saudáveis e motivação para escovação
Visitas nas aldeias	Visitas feitas por AIS às famílias	Motivar toda a família para promoção de saúde bucal
Distribuição de escovas e pastas dentais	Quatro vezes ao ano para todas as comunidades em colaboração com o Projeto Colgate Nativo	Redução da incidência de cárie
Escovação supervisionada	Acompanhamento das atividades de escovação durante permanência da equipe na comunidade	Redução da incidência de cárie
Aplicação tópica de flúor gel na escova	Atividade realizada pelos acadêmicos e AIS a cada entrada com crianças a partir de 6 anos e jovens	Redução da incidência de cárie
Atenção nos pólos	Atividades preventivas promocionais em saúde bucal para professores e alunos, agendadas quatro vezes por ano	Redução da incidência de cárie
Adequação do meio bucal para faixa etária de 6 a 14 anos	Consiste na restauração com cimento provisório de lesões de cárie	Controlar a evolução da doença nas crianças de 6 a 14 anos de idade
Tratamento reabilitador	Consiste na remoção de raízes residuais e confecção de próteses dentárias	Recomposição da função do sistema estomatognático
Atendimento de urgências	Atender casos urgentes evitando-se maiores danos à saúde do indivíduo	Diminuir demanda reprimida e casos de urgência

* Agentes Indígenas de Saúde. Adaptado de Benevides, Nunes¹ (2000).

ABSTRACT

The HUKA KATU[†] Project – School of Dentistry of Ribeirão Preto at the Xingu Indigenous Park

For many years, the educational formation of health professionals, including dentists, was not guided by the critical understanding of the population's needs in terms of oral health. The country's educational model (Universities) became disassociated from the Brazilian reality, and consequently not committed to the promotion of oral health. The School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo (FORP-USP), during the collective construction of its pedagogical project, has been aware of the current regulations of the many documents elaborated by the Ministry of Education (Curricular Guidelines for dental schools) and Ministry of Health (National Policy for Oral Health and National Policy for Attention to the Health of Indigenous People). In order to perform their role of transformation, Universities must understand the new "Learning Setting" as a broad concept that concerns not only the place in which techniques are performed, but also the population involved, nature and the content of what is being per-

formed. It concerns, therefore, the incorporation and the interrelation of didactic and pedagogical methods, areas of practice and experiences, use of technologies and abilities associated to the cognitive and psychomotor domains. It also includes the valorization of moral and ethical principles which guide individual and collective conducts. The new FORP-USP Curricula presents growing complexity and proposes integration with greater flexibility. It is within this context that we propose the presentation of the Optional Internship (Oral Health at the Xingu Park - FORP/USP) offered to dental students, characterized as a process capable of contributing to the reorganization of oral health practice and conceptions, providing a new work process with the main goal of promoting health care.

DESCRIPTORS

Education, dental. Community Dentistry. Curriculum, education. ■

[†] In Kamaiura (a language from the Tupi stem), it means "beautiful smile", which was one of the names suggested by the Xingu indigenous people and chosen by the dental school community by direct voting.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benevides LF, Nunes S. Organização dos serviços de atenção em saúde bucal na região dos rios Tiquié e Uaupés – Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. São Paulo; 2000. [Projeto desenvolvido pela Instituição “Associação Saúde Sem Limites”].
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Centro de Documentação; 1984. [Série B: textos básicos de Saúde;7:5-20].
4. Buss PM. Promoção de saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro; s.n.; 1998. p. 1-18.
5. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. 2. Brasília; 1993. 28 p.
6. Fundação Nacional de Saúde. Plano Distrital de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Brasília; 2002. [Mimeografado].
7. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Art-Graf; 1996. 40 p.
8. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. Brasília (DF); 2003 [2003 jun]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/programas/bucal/politica/politica.htm>.
9. Rede UNIDA. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA; 2000a. [Divulgação em Saúde para Debate, n. 22].
10. Rede UNIDA. Agenda estratégica para as mudanças na formação dos profissionais de saúde no Brasil; 2000b. [Boletim da Rede UNIDA, ano IV, n. 3, out/nov].
11. Rede UNIDA. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade; 2000c. [Divulgação em Saúde para Debate, n. 22].
12. Universidade de São Paulo. Reestruturação curricular Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; jul 2003.

Acceto para publicação em 06/2005

Revista Brazilian Oral Research

Brazilian
Oral Research

Pesquisa Odontológica Brasileira

*Para maior comodidade
aos autores e agilidade
no recebimento, logo
será possível fazer a
submissão de artigos
“on-line”.*

On-Line

Aguarde mais informações em breve!