

Clínicas Integradas antecipadas: limites e possibilidades

Nas Clínicas Integradas, existe a responsabilidade de organizar uma dinâmica de trabalho que possa garantir a experiência clínica nos vários procedimentos básicos da Odontologia.

Patrícia Suguri Cristino*

* Mestra em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: drapatsuguri@uol.com.br.

RESUMO

A introdução das Clínicas Integradas nos cursos de Odontologia pode contribuir para o desenvolvimento de uma prática mais integral na atenção à saúde. Esse trabalho procura pontuar e discutir limites e possibilidades encontrados a partir de um estudo reflexivo de dois anos e meio dessa experiência no curso de Odontologia do Univag Centro Universitário.

DESCRITORES

Odontologia geral. Educação em Odontologia. Ensino.

Num país no qual a Odontologia ainda pode ser descrita como “tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica” (Garrafa, Moysés⁵, 1996), o ensino universitário também precisa tomar para si a responsabilidade na construção de futuros mais fecundos, a partir da formação de um novo perfil profissional: mais humano, mais solidário, mais atuante politicamente.

A formação desse novo profissional demanda a construção de novos Projetos Político-Pedagógicos que possam prever ações transformadoras, entre outras, do próprio professor, para possibilitar aos ideais teóricos lugares diferentes de miragens.

Imbuídos desse desejo, e também pressionados por uma realidade de mercado na qual as especializações já não garantem o retorno de outros tempos, os cursos de Odontologia vêm experimentando novas configurações curriculares.

Dentre as várias propostas para essas reformas curriculares, tem-se a introdução antecipada da Clínica

Integrada. O curso de Odontologia do Univag Centro Universitário adotou esse caminho, e vem por meio desse trabalho pontuar e discutir sobre limites e possibilidades, a partir da observação atenta e reflexiva de dois anos e meio de experiência. Nosso curso é composto por dez semestres, sendo a Clínica Integrada ministrada a partir do sexto semestre até a sua finalização.

O CONCEITO DE INTEGRALIDADE PRESENTE NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O ENSINO DA ODONTOLOGIA

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, aprovadas pelo CNE (Parecer da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação³ – CNE/CES nº 1.300/01, de 06/11/2001; Resolução CNE/CES nº 3, de 19/02/2002, publicadas no Diário Oficial da União de 04/03/2002) traçam o perfil generalista do profissional a ser formado. Ao enunciarem as habilidades e competências a serem desenvolvidas, apontam a necessidade de garantirmos a integralidade da assistência, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” – grifos nossos.

O processo de formação dos nossos alunos precisa, portanto, dar conta desse “conjunto articulado e contínuo”. E isso se torna um grande desafio na medida em que o ensino tradicional – segmentado e desarticulado – ainda constitui a matriz curricular na formação dos nossos docentes.

Convivemos numa realidade paradoxal e numa conseqüente crise paradigmática na qual somos especialistas tendo que formar generalistas.

DE ESPECIALISTAS A GENERALISTAS **Por que queremos formar generalistas?**

Difícilmente entenderemos a dimensão dos desafios que temos pela frente se não nos sensibilizarmos sobre o significado da nossa prática atual. Parece-nos pertinente analisar, ainda que modestamente, o efeito de contextos políticos e econômicos sobre as práticas do Ensino e da Saúde e, conseqüentemente, no ensino dos cursos da Saúde.

A década de 60 foi marcada por um período tecnocrata, a partir do governo militar, num projeto desenvolvimentista que buscava acelerar o crescimento econômico e tecnológico, lançando sobre a Educação um ideário de neutralidade científica, inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade.

“Buscou-se a objetivação do trabalho pedagógico da mesma maneira que ocorreu no trabalho fabril. Instalou-se na escola a divisão do trabalho sob a justificativa de produtividade, propiciando a fragmentação do processo e, com isso, acentuando as distâncias entre quem planeja e quem executa” (Veiga¹⁰, 1991 – destaques nossos).

Se analisarmos criticamente as nossas posturas diante do Ensino e da Pesquisa, podemos reconhecer o quanto esse cenário ainda está impregnado nas nossas práticas. Basta olharmos para a fragmentação do ensino da Odontologia nas nossas disciplinas clínicas tradicionais de Periodontia, Prótese, Endodontia, Dentística, Cirurgia etc.

Geralmente essas disciplinas são ministradas isoladamente, num nível de articulação à beira do inexistente, cuja contribuição para a qualidade de vida das pessoas é, no mínimo, questionável. Falamos em tratar o paciente como um todo, quando a nossa prática ensina a lidar com partes de partes. Na melhor das hipóteses, nosso ensino tradicional tem dado conta, quando muito, “da boca como um todo”, como se esta pudesse representar “algum todo” de alguém. É justamente em torno dessa questão que nasce (ou renasce?) a necessidade de uma prática mais integrada, a qual chamamos hoje por Clínica Integrada.

“A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas.”*

A PESQUISA QUE AJUDA A FORMAR (OU DEFORMAR) OS NOSSOS DOCENTES

Acreditando em neutralidade científica, podemos nos dedicar a estudos que pouco (ou nada) contribuem para a solução dos problemas da nossa sociedade. Seduzidos pelo mundo da produção científica, temos dificuldades para discernir que os resultados das pesquisas de outros países nem sempre podem ser aplicados no nosso contexto social. Somos vários mundos num mesmo planeta, num mesmo país, numa mesma cidade, numa mesma sociedade, e muitas vezes nos referimos aos seres humanos como ser único, o ser apenas biológico, sem nome, sem origem e sem história.

Essa abstração, associada ao perfil afunilado da superespecialização, nos coloca facilmente num cientificismo cego, no qual o objeto de estudo é “pinçado” do seu contexto. Entram nessa discussão as concepções do tratamento odontológico na Clínica Integrada, uma das nossas maiores dificuldades, principalmente se o nosso corpo docente estiver formado por superespecialistas esforçados em implantar concepções de tratamento incompatíveis com a nossa realidade social.

E de onde vem essa “força” cientificista?

“O ensino, desde a implantação do domínio da ciência na universidade, no século 18, quando a ciência expulsou a Inquisição, banuiu também o subjetivo. (...) a ciência ficou com uma ética em função da verdade e do objetivo, e não em função do humanismo...” (Byington¹, 2004 – destaques nossos).

A CONSEQÜENTE (DES)HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Sá⁸ (2001) faz uma reflexão sobre a crescente banalização da dor e do sofrimento alheio no setor saúde, destacando algumas práticas facilitadoras para os fenômenos de desvalorização da vida, tais como:

a) a fragmentação do relacionamento profissional/paciente – as tarefas são divididas em etapas a se-

* Esta citação foi copiada do arquivo “Mudanças dos Cursos de Odontologia e sua interação com o SUS” disponível no site www.abeno.org.br e pertence à “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Comissão Intergestores Tripartite, setembro de 2003”.

rem executadas por diferentes profissionais, evitando o contato com o paciente como ser integral;

- b)** a despersonalização ou negação das diferenças individuais – os pacientes são referidos não por seus nomes, mas pelo nome da doença ou órgão doente;
- c)** a obscuridade intencional na distribuição das responsabilidades – a organização não define de modo suficientemente claro quem é responsável pelo quê e por quem;
- d)** a resistência a mudanças.

A necessidade de trabalharmos com ações e serviços articulados, dentro de uma prática mais humanizada, nos leva, inevitavelmente, a questionar o ensino da atualidade. Podemos continuar acreditando que o conhecimento compartimentado em disciplinas possibilite a visualização do todo? Que o ensino segmentado possa desenvolver habilidades para resolver problemas? Que os conteúdos científicos descolados dos contextos possam dar conta do ser humano? Que a questão da resolutividade na atenção à Saúde seja preocupação apenas das disciplinas de Saúde Coletiva?

“JUNTAR” NÃO SIGNIFICA ARTICULAR, NEM INTEGRAR

Discutindo sobre estratégias de integração disciplinar, Porto, Almeida⁷ (2002) nos falam sobre três grandes formas de articulação de disciplinas na produção do conhecimento:

- a)** a multidisciplinaridade – como sendo “o conjunto de disciplinas que se agrupam em torno de um tema desenvolvendo investigações e análises isoladas por diferentes especialistas, sem que se estabeleçam relações conceituais ou metodológicas entre elas”, correspondendo à estratégia mais limitada;
- b)** a interdisciplinaridade – como sendo “a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração, desde uma cooperação de complementaridade sem articulações axiomáticas ou preponderância de uma disciplina sobre as demais”;
- c)** a transdisciplinaridade – “articulação de um amplo conjunto de disciplinas em torno de um campo teórico e operacional particular, sobre a base de uma axiomática comum (...) cuja aplicação é compartilhada por diferentes disciplinas e abordagens que atuam num campo teórico e operacional” – destaques nossos.

Para nosso desencanto, o “juntar professores” não nos garante, nem de longe, a integração almejada. Ficariamos, quando muito, no nível da multidisciplinaridade. A integração que queremos vai muito além

dos difíceis acordos para a seleção dos conteúdos a serem ministrados ao longo dos semestres da Clínica Integrada, ou dos encontros (por vezes conflitantes) entre limas e curetas para saber por onde começaremos os planos de tratamento. Implica, entre outras necessidades, o desenvolvimento de habilidades e competências – inclusive do próprio professor – para lidar com o todo, sem pretender o “tudo” das especialidades. Isso nos exige imenso desdobramento para focalizar o essencial, o possível e o desejável e nem todos temos a sensibilidade necessária para desenvolver essa competência. Entramos, aqui, no perfil do professor de Clínica Integrada.

A IMPORTÂNCIA DO PERFIL DOCENTE NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO INTEGRADOR

“Minayo (1994) considera ser um pré-requisito para o sucesso de empreendimento interdisciplinar a reunião de pesquisadores dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas disciplinares, que possam articular conceitos comuns e realizar triangulações metodológicas, colaborando entre si na análise dos resultados. Almeida Filho (1997), por sua vez, coloca a necessidade de ‘operadores transdisciplinares da ciência’ com o perfil anfíbio de trans-passarem as fronteiras e facilitarem o diálogo entre as distintas disciplinas científicas na construção de campos teóricos e operacionais de caráter transdisciplinar” (Porto, Almeida⁷, 2002 – destaques nossos).

O movimento natural do especialista é o de se aprofundar cada vez mais no comprido corredor da sua especialidade, apegando-se a complexidades que não atendem à formação generalista. Isso não quer dizer que seja impossível construir uma Clínica Integrada com especialistas. Mas é preciso reconhecer o desafio e, portanto, os investimentos necessários nessa empreitada. Se a clínica geral não é o universo natural do especialista, um árduo trabalho pedagógico terá que ser realizado!

A ORGANIZAÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Adotamos a definição dos graus de complexidade do tratamento odontológico como ponto de partida para delinear o corpo teórico. Procuramos responder à seguinte pergunta: quais competências e habilidades o aluno deverá desenvolver em cada semestre? A partir daí os conteúdos podem ser selecionados e distribuídos.

Isso demanda discussões coletivas para tentar delimitar as competências do clínico geral, na tentativa de se definir o grau máximo de complexidade. Quando sabemos “até onde vamos” na atenção à Saúde, no nível da graduação, podemos definir a base teórica de suporte, diminuindo as opções por conteúdos inadequados. Estamos falando da busca da relação teoria e prática. Neste caso, delineando o corpo teórico a partir das demandas da prática. Sem isso, caímos no delírio de despejar conteúdos desnecessários. Quando isso acontece, nos desviamos do Projeto Político-Pedagógico, e o resultado pode ser desastroso: no desejo de ensinar “tudo”, o que se aprende pode ser muito aquém do que se precisa!

A delimitação dos conteúdos pelos semestres não deve se configurar num enquadramento intransponível. O ritmo de cada turma pode mostrar a necessidade de voltarmos ao que já foi trabalhado, ou de avançarmos, e isso precisa ser sinalizado pelos processos de avaliação.

OS PLANOS DE TRATAMENTO

A discussão sobre como devemos construir os planos de tratamento demanda lidar com as diferenças conceituais acerca dos processos de saúde e doença, bem como sobre as noções dos atores a respeito do mal conhecido e distorcido conceito de promoção de saúde, para além da diversidade das correntes científicas presente no coletivo dos professores.

Não podemos negar a grande riqueza existente nessa diversidade, mas também não podemos omitir a grande confusão que isso gera, quando a tônica passa a ser: quem está certo e quem está errado? E isso é muito comum entre os superespecialistas!

“Um projeto comum significa a existência de um sistema de valores compartilhado e suficientemente interiorizado pelo grupo. Este sistema de valores deve estar apoiado num imaginário social comum, isto é, uma forma de representação coletiva sobre o que é o grupo, o que deseja ser, o que quer fazer, e em que tipo de sociedade ou organização deseja intervir” (Sá⁸, 2001 – destaques nossos).

Os esforços para construir os planos de tratamento costumam deixar de lado o ator principal: a própria pessoa a ser atendida! Essa postura, herdada do modelo biomédico, é mais um ranço que costuma atrasar nossas ações na direção de uma atenção mais humanizada.

“A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de consequências negativas para o relacionamento profissional-paciente/cliente. De fato, esta relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de Saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença” (Traverso-Yépez, Morais⁹, 2004 – destaques nossos).

A proposta de um tratamento negociado até nos agrada – pelo tom democrático do discurso – mas não nos convence facilmente, na medida em que olhamos com certa desconfiança para o tratamento desviante do caminho por nós idealizado. Talvez, por nos julgarmos sabedores incontestáveis diante de tantos anos de estudo. Muitos destes, porém, provavelmente nos impeliram para tentativas reducionistas, no sentido de definir o “comportamento das doenças” e a ignorar o comportamento das pessoas... Cientificismo cego!

“A principal consequência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado ‘baixo comprometimento’ do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada. (...) A comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade (...) Esse reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço” (Traverso-Yépez, Morais⁹, 2004 – destaques nossos).

Nossa clínica-escola também precisa trabalhar pela resolutividade, respeitando as necessidades e as possibilidades do paciente, para além das nossas exigências típicas de superespecialistas, sob pena de não desenvolvermos junto aos nossos alunos o senso crítico para resolver os problemas dentro dos limites que as mais diversas realidades nos impõem.

“O tratamento odontológico, seja em consultório, seja em clínicas de instituições de ensino, configura uma prestação de serviços e como tal é regida pelo Código Civil Brasileiro e pelo Código de Defesa do Consumidor. (...) o plano de tratamento deve, obrigatoriamente, incluir as várias opções de tratamento possíveis àquele determinado caso e não apenas o tratamento ideal no entender da disciplina. Não se deve esquecer que, embora o paciente seja atendido por alunos em fase de aprendizado, ele não perde a sua condição de paciente com direitos e deveres, portanto ele tem o

direito de saber todas as opções de tratamento e escolher aquela que quer realizar, respeitando-se a autonomia do paciente e tendo em mente a beneficência, princípios fundamentais da Bioética” (Németh *et al.*⁶, 2001 – destaques nossos).

Diante disso, nos parece clara a impossibilidade de “prescrevermos” a receita única e para todos de como se deve construir os planos de tratamento. A tentativa apenas nossa, de professores e alunos, de estabelecer uma ordem fixa de prioridades, perde o sentido quando nos pautamos pela relação dialógica com as pessoas que atendemos. Isso não invalida nem diminui a importância dos nossos diagnósticos clínicos. Pelo contrário, a partir deles, e numa linguagem acessível e de negociações e trocas, é que podemos realizar, realmente, um trabalho na direção da promoção de saúde, no lugar de um tratamento doutrinador, autoritário e de baixa resolutividade.

Na base de tudo isso está o vínculo profissional/paciente modulando uma prática, que também por isso, poderá dar conta do conceito de integralidade (Campos², 2003), no sentido de considerar o paciente/usuário, de fato, e não apenas no discurso, como pessoa integral que é.

O TRABALHO DE ORIENTAÇÃO DOS ALUNOS NA CLÍNICA

Se a maioria dos nossos professores é de especialistas, logo vem a pergunta: quem vai orientar o quê? O primeiro e mais evidente desejo de um professor especialista, numa Clínica Integrada, é o de se restringir a orientar os procedimentos concernentes à sua área específica de formação. Seguindo este desejo, professores de Endodontia orientariam apenas os tratamentos de canal, os professores de Dentística ficariam com as restaurações, e assim sucessivamente. Vale aqui relembrar o significado da divisão do trabalho:

“A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do processo terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de Saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado final do seu trabalho” (Franco *et al. apud* Campos², 2003 – destaques nossos).

No nosso curso, cada professor deve orientar integralmente o tratamento dos pacientes dos seus respectivos alunos. Estamos hoje numa proporção de oito alunos por professor. E todos orientam tudo? Isso é possível?

Como somos na maioria especialistas, enfrentamos algumas dificuldades. Na medida do possível todos devem orientar todos os tipos de procedimentos, dentro da complexidade definida para o semestre em questão. Como nem sempre isso é possível... as trocas de experiências entre os professores no interior da clínica se tornam fundamentais!

Voltando ao “perfil anfíbio”, precisamos de pessoas dispostas a transitar em terrenos diferentes, de professores com a mente aberta para aprender com seus pares, e mesmo com seus alunos e pacientes, para muito além de ensinar.

A PRODUÇÃO CLÍNICA DO ALUNO AO LONGO DAS CLÍNICAS INTEGRADAS

A opção por uma Clínica Integrada antecipada requer uma cuidadosa organização do trabalho, sob vários aspectos. Tendo em vista que o aluno atende os pacientes na intenção de concluir os tratamentos (dentro do possível e negociado) e uma vez não existindo as disciplinas clínicas específicas, temos a responsabilidade de organizar uma dinâmica de trabalho que possa garantir a experiência clínica nos vários procedimentos básicos da Odontologia.

O primeiro cuidado está na triagem. Cada semestre da Clínica Integrada trabalha num nível de complexidade. Ou seja, precisamos de pacientes com determinadas necessidades de tratamento, ou que estejam numa fase de tratamento compatível com as habilidades e competências eleitas para o semestre em questão. Dessa forma, tentamos o quanto possível, fazer com que os nossos alunos atendam em níveis crescentes de dificuldades.

Além de uma cuidadosa triagem, os professores precisam acompanhar, de perto, o fluxo dos pacientes a serem atendidos pelos alunos ao longo de todos os semestres da Clínica Integrada. Mesmo respeitando a uma fila de espera dos pacientes para o atendimento, cada aluno terá que atender aqueles cuja complexidade do tratamento seja compatível ao seu estágio de desenvolvimento e à sua necessidade de aprendizagem.

Esse fluxo de pacientes, para cada aluno, durante todos os semestres de Clínica Integrada, precisa ser acompanhado atentamente, sob pena de um fracasso curricular por falta de organização. A dinâmica de

trabalho da Clínica Integrada não deve permitir que um aluno conclua o curso sem ter realizado todos os procedimentos básicos necessários para sua formação de clínico geral. Isso envolve a articulação entre o corpo docente, os alunos e o corpo técnico-administrativo.

A GESTÃO ACADÊMICA

“Importante destacar que, na fase de criação coletiva, três perguntas básicas orientam o processo: a) que tipo de homem se quer formar e com que meios; b) que tipo de sociedade se deseja; e c) o que a instituição educacional pode e deve fazer, considerando a realidade em que está inserida” (Freitas⁴, 1994 – destaques nossos).

A proposta de antecipação da Clínica Integrada, dentro de uma prática mais humanizada, tende a encher os olhos dos apaixonados pela docência. E não é para menos: ela delinea uma atenção mais integral e menos recortada. Se bem conduzida, ela pode ter um alcance maior na direção da melhoria da qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, na direção de um ensino mais humanista e comprometido com a realidade social.

Comparando-a ao ensino tradicional das disciplinas especializadas, não temos, por exemplo, aquelas situações em que um dente tratado endodonticamente vira elemento a ser extraído por falta de tratamento restaurador ou protético. Ao permitirmos situações como esta, acabamos por ensinar o descaso com o paciente. Paciente no seu sentido mais passivo e indefeso, de quem não tem ao menos a informação para escolher seu tratamento. Quanto sofrimento para se perder um dente! Como já citado... “uma ética em função do objetivo.... e não do humanismo.”

Encampar o sonho de propostas como a antecipação da Clínica Integrada requer a prudência de se estudar cuidadosamente os meios para conquistá-lo.

“Não se supera a atual didática postulando, teoricamente, outra didática, mas a partir das contradições presentes nas nossas escolas concretas. (...) É impossível continuar a refletir sobre a didática sem levar em conta a organização do trabalho escolar, como um todo, simultaneamente. Talvez esta seja uma das deficiências mais gritantes dos estudos no campo da didática” (Freitas⁴, 1994 – destaques nossos).

A construção coletiva do Projeto Político-Pedagógico é a condição da sua legitimidade. Prescrevê-lo,

pronto, ao corpo docente, pode ser um grande risco!

“Hoje, o (re)conhecimento de que a dimensão humana presente nos processos organizacionais é também, ou principalmente, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, do imaginário e do simbólico me obriga a questionar a crença na possibilidade de construção de projetos coletivos pautados no fluir de um processo comunicativo (Riviera, 1995), concebido como um processo que dependa exclusivamente da consciência e da vontade” (Sá⁸, 2001).

Quanto ao apoio institucional, parece prudente considerar que projetos mais avançados, que fogem do compartimentado ensino tradicional, requerem o diálogo como base de um trabalho compartilhado. E esse diálogo precisa acontecer num tempo e num espaço para além da hora-aula da sala de aula. Estamos falando do investimento institucional necessário para o planejamento coletivo e cuidadoso diante de projetos que dependem da ação coletiva.

O preparo do professor, ao que parece diante desses dois anos e meio de experiência do nosso curso, está na competência dentro da sua especialidade, aliada à sua capacidade de desenvolver o citado “perfil anfíbio”, com a imprescindível abertura ao diálogo e o respeito às decisões coletivas. Quanto ao seu envolvimento, este parece depender das motivações internas (próprias do idealismo dos que abraçam a carreira docente como parte da realização da vida) como também das condições de trabalho oferecidas pela IES (instituição de ensino superior) e da capacidade aglutinadora da Gestão Acadêmica na organização do trabalho pedagógico e no estímulo ao desenvolvimento de cada docente para uma condição de sujeito nesse processo.

Diante da multiplicidade de desejos e de um desafio comum, a Gestão Acadêmica precisa se colocar como articuladora e facilitadora do trabalho coletivo, para que possa ampliar suas condições de governabilidade.

CONCLUSÕES

Os limites e as possibilidades da antecipação da Clínica Integrada parecem estar intimamente ligados à nossa capacidade de conviver em grupo, a partir de condições mínimas de trabalho, como a existência de um corpo docente com perfil adequado para participar de projetos integradores (para além da competência na área específica), e uma organização do trabalho pedagógico que permita a construção coletiva e sua própria transformação e crescimento a partir de

uma postura de permanente auto-avaliação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, imensamente, ao Magnífico Reitor, Dr. Dráuzio Medeiros, pelo incentivo na divulgação desse trabalho na 39ª Reunião da ABENO, ao Coordenador do Curso de Odontologia, Prof. Ms. Omar Zina, pelo grande apoio na sua construção, ao Prof. Ms. Narciso Santana da Silva por sua inestimável ajuda na compreensão de alguns conceitos essenciais presentes nesse estudo, e a todos os colegas professores, funcionários, alunos e pacientes, que constituem a história do nosso curso. Agradeço, também, aos Profs. Dr. Dionísio Vinha (FORP-USP) e Profa. Dra. Anna Maria Lunardi Padilha (UNIMEP), preciosos Educadores e meus queridos Mestres!

ABSTRACT

Anticipated Integrated Clinics: limits and possibilities

The introduction of anticipated Integrated Clinics in the dentistry program can contribute to the development of a more complete health care practice. This paper aims to highlight and discuss the limits and possibilities found in a reflective two-and-a-half-year study regarding this experience in the dentistry program at the University Center of Várzea Grande (Univag).

DESCRIPTORS

General practice, dental. Education, dental. Teaching. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byington CAB. Emocionar para ensinar. Entrevista. Rev Viver

Psicologia 2004;(134):8-11.

2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2003;8(2):569-84.
3. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
4. Freitas LC. Crítica da organização do trabalho pedagógico e da didática [Tese de Livre-Docência]. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP; 1994.
5. Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Divulgação em Saúde para Debate 1996;(13):6-16.
6. Németh G, De Paula LM, Varella MA, Angeletti P. Prontuário odontológico na clínica de cursos de Odontologia. Rev ABENO 2001;1(1):77-81.
7. Porto MFS, Almeida GES. Significados e limites das estratégias de integração interdisciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(2):335-47.
8. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2001;6(1):151-64.
9. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários na Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública 2004;20(1):80-8.
10. Veiga IPA. Didática: uma retrospectiva histórica. In: Repensando a didática. Veiga IPA, coordenadora. 5ª ed. Campinas: Papirus; 1991. p. 25-40.

Aceito para publicação em 12/2004