

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Márcia Martins Galetto

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

Márcia Martins Galetto

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós- Graduação em Ciências Odontológicas,
Área de Concentração em Odontologia, Ênfase em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Odontológicas,
com ênfase em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dra^a Beatriz Unfer

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas**

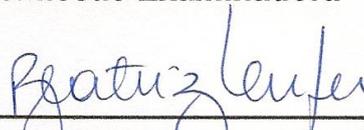
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE
ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

elaborada por
Márcia Martins Galetto

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências Odontológicas

Comissão Examinadora



Beatriz Unfer, Dra^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Eloá Rossoni, Dra^a (UFRGS)



Sandra Marcia Soares Schmidt, Dra^a (FISMA)



Katia Olmedo Braun, Dra^a (UFSM)

Santa Maria, 06 de Agosto de 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A Deus, a minha família, a minha orientadora e a meus amigos.

Pessoas especiais que acompanharam e motivaram minha caminhada até aqui, comemorando minhas conquistas e me fortalecendo nos momentos de fragilidade. Teria feito tudo de novo com vocês e por vocês.

“Concedei-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para distinguir uma das outras”.

Oração da Serenidade.

AGRADECIMENTOS

A minha professora orientadora, inspiradora e amiga Dra^a Beatriz Unfer

Pelas inúmeras palavras e horas prazerosas de orientações didática, profissional e pessoal, e principalmente pelo exemplo de ser-humano ético, competente e honroso que és. Já sinto falta dos bons momentos em que passamos juntas nesses dois anos, afinal: “Somos da Saúde Coletiva, mas somos felizes”.

Obrigada pelo incentivo e por me entender em todos os sentidos.

Ao meu marido Yaser Musa Gonçalves Mustafá El Badad,

Por ser simplesmente perfeito mesmo com alguns defeitinhos. Obrigada pelo apoio, por entender tantos momentos ausentes em função de trabalho e estudo e por ser meu amigo, namorado, meu porto seguro onde encontro a fortaleza do abraço amoroso e reconfortante. Te amo!

Ao nosso filho Gabriel Galetto Mustafá El Badad,

Meu anjo, meu orgulho, minha alegria, filho mais maravilhoso do mundo. Te amo por tudo, minha criação divina. Por ti quero crescer cada vez mais.

Ao nosso bebê amado que está a caminho,

Cuja anunciação deu força e motivação neste momento final do mestrado. Meu novo projeto de vida, te esperamos com muito amor.

A minha mãe, Terezinha Bernardete Mazo Martins,

Por ter me gerado, dado base e incentivo e principalmente por ter, em vários momentos, me substituído junto ao meu filho quando não pude estar presente.

Aos meus demais familiares, em especial às tias

Marlene, Glades e Marisa,

Por serem as tias mais maravilhosas e corujas que conheço. Obrigada pelo apoio de sempre.

À professora Dra^a Eloá Rossoni,

Que tive o prazer de conhecer e conviver durante os dois anos em que fiz Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Pela admiração que me inspirou a seguir os questionamentos do ensino em nossa profissão. Por ter prontamente aceitado participar da minha banca de dissertação, contribuindo para a qualificação do trabalho final.

À professora Dra^a Sandra Márcia Soares Schmidt

Pela sua inestimável colaboração como banca no processo de qualificação do projeto desta pesquisa. Por ter novamente aceitado ser avaliadora efetiva, agora na banca de defesa desta dissertação.

À professora Dra^a Katia Olmedo Braun

Pela sua valorosa contribuição como banca no processo de qualificação do projeto desta pesquisa. Por ter aceitado ser membro suplente na banca de defesa desta dissertação.

À professora Dra^a Roselaine Terezinha Pozzobon,

Por coordenar o Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da UFSM com empenho, amor e dedicação.

**Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências
Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, RS**

Pelos ensinamentos e pela dedicação com que conduzem seus trabalhos;

**Ao professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul (FOUFRGS), Dr^o. Cassiano K. Rösing**

Pela Autorização Institucional que tornou possível este trabalho.

**Aos professores da FOUFRGS, Dr^o Fernando Neves Hugo, Dra^a Cristine
Warmling e Ma. Giovana Scalco**

Pela atenção e oportunidade que me deram em desenvolver este trabalho junto às turmas de formandos da FOUFRGS.

Aos alunos do décimo semestre da FOUFRGS, turmas 02/2011 e 01/2012,

Por contribuírem com este trabalho, aceitando participar como sujeitos de pesquisa. Sem a valorosa participação de vocês, a realização deste trabalho não seria possível.

Aos demais professores, todos eles, desde a minha infância até aqui,

Obrigada por terem a coragem de exercer este dom.

À colega, amiga e “irmã postiça” Gabrielle Ruat,

Por ser companheira em todas as horas, pelas palavras amigas de sempre e principalmente por saber ouvir as vozes do meu coração.

Aos queridos colegas de mestrado: Eva Torriani, Felipe Degrazia, Otávio Dias, Patrícia Machado, Rafaela Correia e Thiene Kaefer,

Por serem parceiros e amigos em todos os momentos que compartilhamos.

Aos demais colegas de Mestrado,

Pela amizade, convivência e troca de conhecimentos;

À Jéssica Dalcin da Silva, secretária da pós-graduação,

Pessoa cuja simples presença tranquiliza. Parabéns pela tua competência e obrigada por tudo que faz por nós;

Aos funcionários da recepção da Antiga Reitoria,

Pela simpatia e carinho que me encorajavam a subir os sete andares do prédio, onde me encontrava com a necessária solidão de quem pesquisa, na sala 704;

Aos funcionários da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Sociais e Humanas (BSCCSH),

Pelo auxílio de sempre, em especial à **Olanda de Fátima Cuti Dias** pela confiança e carinho com que me incentivou desde o preparo para seleção do mestrado;

Às meninas dos Serviços Gerais da Antiga Reitoria,
Presença única muitas vezes no prédio, cujas cantorias e risadas quebravam
o silêncio frio do corredor do sétimo andar;

Ao Secretário Municipal de Saúde de Júlio de Castilhos, RS,
Reynaldo Hoffmann,
Pelo apoio imprescindível que deu no início desta importante etapa da minha
vida, entendendo algumas necessárias ausências no trabalho em
função do mestrado.

Aos queridos ex-colegas de trabalho e eternos amigos da Prefeitura
Municipal de Júlio de Castilhos, RS,
Onde dediquei 11 anos de minha vida profissional e deixei uma
verdadeira família.

Aos colegas de trabalho da Prefeitura Municipal de Santa Maria, RS,
Em especial aos amigos queridos: **Kamilla, Cláudia, Rose, Neimar e**
Diovana, pelo incentivo, compreensão e inestimável amizade.

A todos, que de alguma forma fizeram parte desta caminhada,
os meus sinceros agradecimentos!

EPIGRAFE

“O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha posição no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem a nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História.”

*Paulo Freire,
Pedagogia da Autonomia, 2010.*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Universidade Federal de Santa Maria

SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

AUTORA: MÁRCIA MARTINS GALETTO

ORIENTADORA: BEATRIZ UNFER

Data e Local da Dissertação: Santa Maria, 06 de agosto de 2012.

A preocupação com a formação de recursos humanos é destaque em escolas de Odontologia ao redor do mundo. No Brasil, o tema ganhou ênfase com o advento do Sistema Único de Saúde e com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (DCNO), que propõem perfil profissional com formação generalista, crítica e reflexiva, e com maior inserção social. Esta pesquisa objetivou conhecer, compreender e interpretar a percepção dos alunos de graduação em Odontologia sobre a construção do perfil profissional do cirurgião-dentista, quanto a aspectos relacionados à saúde coletiva. Foi utilizada técnica de pesquisa qualitativa, através de entrevista em grupo focal, com alunos do décimo semestre da Faculdade de Odontologia de uma das mais tradicionais instituições públicas de ensino do sul do País. Os dados foram gravados, literalmente transcritos e submetidos à análise temática proposta por Minayo. Foi possível identificar cinco categorias relacionadas à saúde coletiva: Características da Formação; Oportunidade de Aprendizado em Saúde Coletiva; Perfil Profissional para o Trabalho em Saúde Coletiva; Percepções dos Serviços e Significado do Trabalho em Saúde Coletiva. Os alunos perceberam sua formação voltada para saúde coletiva, com perfil generalista, designado ao sistema de saúde vigente, seguindo modelo preconizado pelas DCNO. No entanto almejam especializações em áreas técnicas e priorizam o atendimento privado por considerar o serviço público mal remunerado e com limitações estruturais.

Palavras-chaves: Saúde pública. Formação de recursos humanos. Educação em odontologia.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Post Graduate Program in Dental Science
Federal University of Santa Maria

PUBLIC HEALTH ON PROFESSIONAL FORMATION PERCEPTIONS OF ODONTOLOGY STUDENTS

AUTHOR: MÁRCIA MARTINS GALETTO

ADVISER: BEATRIZ UNFER

Defense Place and Date: Santa Maria, August 06, 2012.

The concern with training of human resources stands out in dental schools around the world. In Brazil, the issue was strengthened by the advent of the Unified Health System and the implementation of the National Curriculum Guidelines for Dental Courses (DCNO), which suggests a professional profile with generalized, critical and reflective education as well as greater social inclusion. This study aimed to survey, understand and interpret the perceptions of undergraduate dental students on the construction of the professional profile of the dentist, as well as aspects related to public health. The technique used was qualitative research through focus group interviews with students from the tenth semester of the College of Odontology, one of the most traditional public education facilities in southern Brazil. Data were recorded, literally transcribed and subjected to thematic analysis proposed Minayo. It was possible to identify five categories related to public health: Characteristics of Training; Learning Opportunity in Public Health; Professional Profile to Work in Public Health; Perceptions of Services and What it Means Work in Public Health. Students perceived their training focused on public health, with generalist profile, assigned to the current health system, following the model recommended by DCNO. However they crave expertise in technical areas and prioritize private care by considering public services poorly waged and with structural limitations.

Keywords: Public health. Human resources formation. Dental education.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNO – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia

FOURGS – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

PBL – Problem Based Learning

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PRÓ-Saúde – Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro Semiestruturado das Entrevistas.....	41
--	-----------

LISTA DE ANEXOS

Anexo A –	Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	43
Anexo B –	Autorização Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	44
Anexo C –	Normas de publicação da revista <i>Ciência e Saúde Coletiva</i>	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
ARTIGO – SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA.....	18
Resumo	20
Introdução	21
Método	23
Resultados	24
Discussão	28
Conclusões	33
Referências bibliográficas	34
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES.....	40
ANEXOS	42

INTRODUÇÃO

Historicamente a formação de profissionais de saúde foi influenciada pelo Relatório Flexner (1910), e especificamente na Odontologia, pelo Relatório Gies (1926). Estes documentos padronizaram os cursos da saúde e levaram a uma formação mecanicista, hegemônica, individualizada e elitista, onde o padrão almejado reside nas especializações precoces. Estas condições compartimentam os indivíduos, bem como as profissões, e não trazem impactos positivos às reais necessidades da ampla maioria da sociedade (MOYSÉS, 2003).

Com a ampliação do conceito de saúde, embasada por referenciais como o Informe Lalonde (1974), Declaração de Alma-Ata (1978) e Carta de Ottawa (1986), a necessidade de mudanças no paradigma da formação de recursos humanos em saúde passou a ser assunto de discussão global (MORITA; HADDAD, 2008).

Desde a década passada, escolas de Odontologia do mundo todo estão procurando adequar seus currículos a um novo perfil profissional (ZILBOVICIUS, 2011). A União Europeia, por exemplo, propõe que a formação promova não só o desenvolvimento de práticas odontológicas clínicas baseadas em evidências, mas também capacidades como a de trabalhar em equipes multidisciplinares e habilidades de comunicação. Além disso, os estudantes devem ser estimulados a desenvolver o aprendizado como processo contínuo ao longo da vida e não estanque à graduação (PLASSCHAERT et al, 2005).

De forma semelhante ao proposto pela União Européia, outros países estabeleceram as competências do cirurgião-dentista para suas comunidades, como é o caso dos Estados Unidos e Canadá. Todas implicando na reformulação da graduação, com ênfase no preparo de competências clínicas baseadas em evidências e centradas nas necessidades dos pacientes e no retorno à sociedade, em um esforço pela promoção de saúde (SANZ et al, 2008).

Para facilitar a aquisição de tais competências, através do processo de ensino-aprendizagem, algumas escolas de Odontologia adotaram pedagogias de ensino centradas no aluno como o Problem Based Learning (PBL) - aprendizado baseado na problematização. Nesta metodologia, o aluno sai do papel de receptor passivo, para o de agente e principal responsável pelo seu aprendizado, tendo os professores como facilitadores do processo (FINCHAM; SHULER, 2001).

Outro exemplo promissor neste contexto é o *Pipeline*, programa de ensino odontológico baseado na comunidade, adotado por algumas escolas de odontologia dos Estados Unidos. De acordo com o relatório de avaliação nacional daquele país, este programa obteve êxito em desenvolver competências sociais e culturais nos alunos, aproximando-os das realidades locais através das experiências extramuros proporcionadas por esta prática de ensino (DAVIDSON et al, 2011).

No Brasil, as preocupações no sentido de reformular o modelo de formação profissional na área da saúde emergiram a partir da década de 80, com o processo de concretização dos ideais da reforma sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (MORITA; HADDAD, 2008).

Um bom exemplo da magnitude deste tema é sua inclusão no artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), o qual dispõe, além de outras atribuições, que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete ordenar a formação de recursos humanos na área. A Lei 8080/1990, integrante à Lei Orgânica da Saúde, ratifica a Constituição Federal salientando a importância da formação de recursos humanos através da aproximação entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde (BRASIL, 1990).

Frente à necessidade de formação de um novo perfil profissional, mais reflexivo e inserido socialmente, os cursos da saúde passaram a reestruturar seus currículos com base em documentos que fortalecem e amparam essa transição de paradigmas no ensino. Entre eles estão a Lei de Diretrizes e Bases - LDB (BRASIL, 1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde e, mais especificamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia - DCNO (BRASIL, 2002).

As DCNO preconizam um perfil profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor técnico e científico, na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002).

Para favorecer a efetivação das propostas das Diretrizes Curriculares, os Ministérios da Educação e da Saúde desenvolveram parceria, no sentido de aproximar o ensino em saúde à realidade dos serviços, como são os exemplos dos programas Pró-Saúde e PET Saúde. Estes programas buscam proporcionar trocas entre Instituição de Ensino e de Serviço, facilitando a formação de profissionais

voltados para o sistema de saúde vigente e mais articulados com a sociedade (MORITA; HADDAD 2008).

Seguindo essa lógica, a saúde coletiva tem papel fundamental na formação profissional com o perfil exigido pelas DCNO, pois se entende saúde coletiva como campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral (PAIM; FILHO, 1998). De forma diferente de disciplinas prioritariamente clínicas, a saúde coletiva é a área que proporciona maior aproximação dos estudantes de Odontologia aos serviços de saúde, às diferentes realidades sociais e à interdisciplinaridade, contribuindo no desenvolvimento das competências e habilidades propostas pelas DCNO (BADAN et al, 2010).

De acordo com Carvalho e Ceccim (2008), a Saúde Coletiva preocupa-se com os perfis das novas gerações profissionais, pois seu objetivo não está na proporção de diplomas, mas na capacidade de impacto das profissões de saúde na qualidade de vida das populações.

Atualmente, no Brasil, existem aproximadamente 220.000 cirurgiões-dentistas, o que representa 20% dos dentistas do mundo. Destes, pelo menos 1/3 possuem vínculo com serviço público. No entanto, este elevado número de profissionais não corresponde a um impacto positivo na saúde bucal da população brasileira. Isso leva a crer que uma melhor distribuição de profissionais no país e a formação de recursos humanos voltada para atender ao conjunto da população, estão realmente entre os principais desafios das políticas públicas no setor (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Frente a esta situação, crescem os questionamentos quanto ao real papel das instituições de ensino na formação de um profissional mais reflexivo e inserido socialmente, com capacidade para entender e responder às principais demandas existentes.

Dado o exposto, o objetivo desta pesquisa foi conhecer e interpretar a percepção dos alunos de graduação de último ano do curso de Odontologia de uma instituição pública, sobre a formação do cirurgião-dentista quanto a aspectos relacionados à saúde coletiva.

ARTIGO – SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

Esse artigo será submetido à publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

Fator de Impacto: 0,12

Qualis:.B1

SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

Márcia Martins Galetto (GALETTO, M.M.)

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Beatriz Unfer (UNFER, B.)

Professora associada das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva - Departamento de Estomatologia - e do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor(a) para Correspondência:

Nome: Márcia Martins Galetto

Endereço: Rua André Marques, nº 728, apto 401, (Centro), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

CEP: 97010-040

E- mail: marciagaletto10@hotmail.com

Telefones: (55) 3026-4095 / (55) 9968-8414

RESUMO

A preocupação com a formação de recursos humanos é destaque em escolas de Odontologia ao redor do mundo. No Brasil, o tema ganhou ênfase com o advento do Sistema Único de Saúde e com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (DCNO), que propõem perfil profissional com formação generalista, crítica e reflexiva, e com maior inserção social. Esta pesquisa objetivou conhecer, compreender e interpretar a percepção dos alunos de graduação em Odontologia sobre a construção do perfil profissional do cirurgião-dentista, quanto a aspectos relacionados à saúde coletiva. Foi utilizada pesquisa qualitativa, através de entrevista em grupo focal, com alunos do décimo semestre da Faculdade de Odontologia de uma das mais tradicionais instituições públicas de ensino do sul do País. Os dados foram gravados, transcritos e submetidos à análise temática proposta por Minayo. Foi possível identificar cinco categorias relacionadas à saúde coletiva: Características da Formação; Oportunidade de Aprendizado em Saúde Coletiva; Perfil Profissional para o Trabalho em Saúde Coletiva; Percepções dos Serviços e Significado do Trabalho em Saúde Coletiva. Os alunos perceberam sua formação voltada para saúde coletiva, com perfil generalista, designado ao sistema de saúde vigente, seguindo modelo preconizado pelas DCNO. No entanto almejam especializações em áreas técnicas e priorizam o atendimento privado por considerar o serviço público mal remunerado e com limitações estruturais.

Palavras-chaves: Saúde pública. Formação de recursos humanos. Educação em odontologia.

INTRODUÇÃO

Desde a década passada tem se evidenciado discussões sobre as reformas curriculares em escolas de odontologia ao redor do mundo, principalmente em resposta às propostas trazidas pelas diretrizes que guiam as competências e habilidades requisitadas aos profissionais da área ¹. O objetivo principal destas mudanças na educação é a formação de um novo cirurgião-dentista não só provido de destrezas manuais e técnicas, mas com capacidades crítico-reflexivas e com habilidades para promover saúde e atender às demandas sociais, de acordo com o sistema de saúde vigente em cada país ².

De forma semelhante, países como Estados Unidos, Canadá e União Europeia estabeleceram as competências do cirurgião-dentista para suas comunidades pautadas no desenvolvimento de capacidades como a de trabalhar em equipes multidisciplinares e habilidades de comunicação. As diretrizes enfatizam competências clínicas baseadas em evidências, centradas nas necessidades dos pacientes e no retorno à sociedade. Além disso, os estudantes devem ser estimulados a desenvolver o aprendizado como processo contínuo ao longo da vida e não estanque à graduação ^{2,3}.

No Brasil, a reforma curricular nos cursos de odontologia ocorreu em um momento privilegiado para a saúde coletiva, onde se observava de um lado um Sistema Único de Saúde (SUS) em processo de implantação através da Constituição de 1988 ⁴ e da Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080 de 19/09/1990), a qual traz como uma das atribuições e competências do sistema, ordenar a formação de recursos humanos para o setor ⁵. Por outro lado, um movimento de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (DCNO), outorgadas em 2002 ⁶.

As DCNO embasaram as instituições de ensino do País a reformularem seus projetos pedagógicos, buscando superar um modelo de ensino fragmentado, medicalizado, individualizado e com ênfase tecnicista ⁷, e visando um perfil profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor técnico e científico, na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade ⁶.

Seguindo essa lógica, a saúde coletiva tem papel fundamental na formação profissional com o perfil exigido pelas DCNO, pois se entende saúde coletiva como campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral ⁸. De forma diferente de disciplinas prioritariamente clínicas, a saúde coletiva é a área que proporciona maior aproximação dos estudantes de Odontologia aos serviços de saúde, às diferentes realidades sociais e à interdisciplinaridade, contribuindo no desenvolvimento das competências e habilidades propostas pelas DCNO ⁹.

Dado o exposto, o objetivo desta pesquisa foi conhecer e interpretar a percepção dos alunos de graduação de último ano do curso de Odontologia de uma instituição pública, sobre a formação do cirurgião-dentista quanto a aspectos relacionados à saúde coletiva.

MÉTODO

O cenário da pesquisa foi a Faculdade de Odontologia de uma das mais tradicionais instituições públicas de ensino do sul do País. Criada em 1898, esta instituição passou por ampla reforma curricular em 2002, que culminou na elaboração do Projeto Político Pedagógico do curso de odontologia, em 2005. Atualmente o curso compreende 10 semestres, sendo ofertados estágios extramuros em serviços públicos de saúde nos dois últimos semestres da graduação¹⁰.

Neste estudo foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa fenomenológica, com coleta de dados em grupo focal. Esta técnica foi eleita por permitir que uma série de dados possa emergir sobre determinado assunto através da discussão em grupo, tendo o pesquisador papel de mediador na discussão¹¹.

A pesquisa foi apresentada aos alunos do décimo semestre de Odontologia em sala de aula e aqueles que tinham interesse em participar voluntariamente ficavam para compor o grupo focal. Ao todo foram formados dois grupos compostos casualmente de 12 alunos cada, sendo que o primeiro grupo ocorreu em agosto de 2011, com os alunos da turma 02/2011 e o segundo grupo ocorreu em março de 2012, com os alunos da turma 01/2012. Os dois grupos eram compostos de estudantes de ambos os sexos, com idades entre 20 e 25 anos. A duração da discussão em cada grupo foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

As entrevistas eram semiestruturadas, com roteiro contendo questões que abordavam o tema proposto, sendo os dados gravados e literalmente transcritos para posterior análise.

A técnica utilizada para análise e interpretação dos conteúdos dos depoimentos nas entrevistas foi a de Análise Temática proposta por Minayo¹¹. Os depoimentos foram também contextualizados nas DCNO e no Projeto Político Pedagógico do curso.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0348.0.243.165 -10).

RESULTADOS

Após análise temática das entrevistas, foi possível identificar cinco categorias de temas relacionados à saúde coletiva: Características da Formação; Oportunidade de Aprendizado em Saúde Coletiva; Perfil Profissional para o Trabalho em Saúde Coletiva; Percepções dos Serviços e Significado do Trabalho em Saúde Coletiva.

Características da Formação:

Os alunos perceberam sua graduação voltada para formação de um profissional generalista, focado para o serviço público e para a pesquisa. Apesar de considerarem este aspecto positivo, deixaram claro que se sentem prejudicados por não terem maior ênfase em áreas técnicas especializadas, que de acordo com eles é fundamental para quem quer ter seu consultório privado.

“(...) eu não tô reclamando que a gente seja formado pra saúde pública, até por que eu acho isso um ponto muito positivo do currículo, agora eu acho que a formação técnica da gente foi deixada muito de lado.”

“Aqueles pessoas que não querem Saúde Pública ficam em desvantagem, porque daí, saem sabendo o básico de cada coisa, depois têm que sair ‘pras’ clínicas (...) e estudar muito...”

“... tudo a gente sabe um pouquinho, mas nada a gente faz bem ainda. Então realmente a impressão é que a gente foi treinado pra ir pro atendimento básico. Então a gente vai fazer as coisas mais simples. Ou então quem quiser o privado vai ter que se dedicar a fazer especialização.”

A interdisciplinaridade surgiu como uma necessidade percebida de maior aprofundamento. De acordo com os alunos, essa questão, de alguma forma, foi discutida na teoria, mas na prática, só vivenciaram o trabalho interdisciplinar nos estágios extramuros onde puderam acompanhar outros profissionais da saúde, desviando o foco centrado na Odontologia.

“... uma coisa que foi bem boa também, que eu fiquei bem impressionada quando eu fui pro estágio, ‘foi’ as reuniões de equipe, que eu nem imaginava que isso realmente acontecesse sabe? E eu achei muito legal, as pessoas todas reunidas querendo resolver, com um interesse em comum, isso é muito positivo.”

Oportunidades de Aprendizado em Saúde Coletiva:

Apesar de reconhecerem algumas disciplinas teóricas oferecidas nos primeiros semestres do curso como oportunidade de aprendizado, os alunos

consideraram os estágios extramuros em Unidades Básicas de Saúde, oferecidos no nono e décimo semestres, como as melhores oportunidades de aprendizado em saúde coletiva. De acordo com eles os textos e as discussões abordados nas aulas teóricas traziam termos e assuntos difíceis de entender por estarem desvinculado das práticas, não despertando seu interesse.

“Eu pelo menos aprendi na prática, quando a gente foi ‘pros’ estágios fora, por que até então (...) ‘tinha’ umas cadeiras sobre saúde coletiva que era só decoreba de termos, só aprendi e comecei a gostar mesmo quando fui pro estágio.”

“... até o semestre passado era difícil ler os textos de saúde coletiva. A gente não tinha o costume de ler aquela linguagem sabe?”

De acordo com os relatos dos alunos, os estágios oferecidos nos dois últimos semestres do curso possibilitaram aproximar a teoria da prática, proporcionaram vivências em diferentes realidades sociais, com profissionais de outras áreas da saúde em um ambiente interdisciplinar, ampliando os conhecimentos e a forma de olhar os pacientes.

“Mas eu acho que tu só tem ideia quando tu vai lá nos lugares e começa a falar com pessoas que realmente estão dentro do sistema e entendem e conhecem os problemas que tem e como podem ser melhorados. Por que aqui dentro, a gente fica discutindo muitas coisas hipotéticas, como deveria ser, daí tudo é possível, tudo pode. Então lá, a gente tem a real noção do que acontece.”

“Eu acho que... ai... uma visão mais pro olhar do paciente sabe? Tu consegue enxergar, como é o dia a dia dele, como ele vive. E isso nos aproxima mais dos nossos pacientes.”

“Tu vê que a odontologia não é como a gente imagina que seja 100% bucal. A gente vê que esta abordagem pode ser muito mais complexa (...). Tem muita coisa por trás disso e a nossa formação tem que ser muito mais elaborada dentro da realidade de cada paciente. E nesse momento a gente começa a enxergar (...) que existem muitas realidades diferentes da maioria das nossas.”

Os alunos criticam a lacuna deixada entre os primeiros semestres, em que abordam saúde coletiva na teoria, e os dois últimos semestres, em que vivenciam os estágios.

“No meio do curso a gente não teve tanto contato. Daí pro final do curso, agora com os estágios, finalmente a gente voltou a ter um contato maior.”

“Eu acho que essa aproximação deveria ser mais no início pra gente conseguir entender o que eles tão tentando explicar. (...) daí poderiam ser aproveitado muito melhor todo aquele monte de conceitos que não foi aproveitado.”

Perfil Profissional para o Trabalho Saúde Coletiva:

Em relação ao perfil profissional necessário para o trabalho em saúde coletiva, os alunos elegeram uma série de características, como: ter amor ao próximo, fazer muito com pouco, saber trabalhar com adversidades, ter postura pró-ativa, saber trabalhar em equipe e principalmente salientam a necessidade de gostar de trabalhar no serviço público e saber ouvir os pacientes e os demais integrantes da equipe de saúde.

“Tem que gostar de trabalhar em equipe... tem que saber ouvir e trabalhar com várias pessoas juntas e todos são diferentes.”

“... tem que primeiro ouvir o paciente.”

Percepções dos Serviços:

A percepção dos serviços que os alunos tiveram variou de acordo com suas vivências de estágios extramuros:

“(...) eu tive uma boa experiência, mas tiveram colegas que não tiveram, acabaram tendo uma imagem muito ruim duma coisa que pode ser muito boa, por que o profissional que ‘tava’ lá pra te apresentar o campo de estágio não queria nada com nada.”

Mas, de maneira geral, trouxeram a ideia que no setor público a qualidade dos serviços pode esbarrar na burocracia do sistema e na grande demanda de pacientes.

Os alunos também chamaram a atenção para a acomodação dos profissionais que por vezes estão no serviço público apenas pela estabilidade proporcionada e acreditam haver mais interesse e preparo nos profissionais admitidos via concurso público do que pelos contratados. Também consideraram os salários pagos no serviço público muito baixos, o que desmotiva e desvaloriza o profissional que investe em sua formação.

“... e tem pessoas que querem a estabilidade do público e vão trabalhar meio turno no público pra ter aquela estabilidade que o privado não dá (...). O pessoal que estuda pra entrar tem outra visão na cabeça. Acho que o concurso público seleciona melhor os profissionais.”

“Eu acho que o salário deles (serviço público) é incompatível com a tua formação na faculdade. Queria que fosse mais bem pago.”

A opinião de que o setor público é atrativo em função de o privado estar supersaturado há tempos também foi emitida.

“A gente ouve sempre o discurso que o privado ‘ta’ saturado. Que tem que ir pra Saúde Pública (...) isso vem desde que minha mãe se formou.”

Significado do Trabalho em Saúde Coletiva:

Mesmo percebendo sua formação generalista e voltada para a Saúde Pública, a maioria dos alunos prefere montar seu próprio consultório particular para ter mais autonomia e realização profissional, e vê o serviço público ou como uma transição enquanto ganham experiência e juntam dinheiro para fazer especialização ou como um complemento financeiro estável, apesar dos baixos salários pagos no setor.

“Eu acho que os professores nunca querem pensar no aluno como um especialista, mas eu acho que os alunos acabam querendo sempre o serviço privado.”

“Eu quero ir pro serviço público, mas como um passo de transição pro setor privado depois (...). Pra ganhar experiência e mão, ou até pra juntar dinheiro pra fazer especialização depois, né? Quem quer ganhar mil reais pro resto da vida?”

“Eu acho que um complementa o outro, por que a parte pública te traz estabilidade, segurança, férias, décimo terceiro e aquele salário fechado todo mês pra ti poder te comprometer com as contas, enquanto que às vezes no público, tu não vai poder fazer o que tu gosta, mas o que tu tem que fazer. E a parte privada me realizaria nesse outro lado, tu pode trabalhar do jeito que tu quer, com a qualidade que tu quer ‘pras’ pessoas. Então eu acho que um complementa o outro.”

“Eu gostaria de trabalhar no público, por que foi o que mais a gente teve contato na faculdade, mas eu gostaria de trabalhar no privado, até pra ter um controle maior do que eu posso fazer. Na tua clínica, tu pode trabalhar da forma que tu quer. Atender o paciente o tempo que tu quer, ter uma atenção maior (...). Eu gostaria de ter um consultório particular pra poder adaptar as coisas em que eu gostaria de trabalhar e ter uma qualidade de um profissional melhor e me sentir mais realizada profissionalmente.”

A desvalorização da clínica geral também foi claramente percebida:

“(...) se tu sai daqui hoje, ou vai fazer saúde coletiva ou então vai se especializar. Não existe a opção: ‘vou continuar sendo clínico geral.’”

DISCUSSÃO

A partir da percepção dos alunos, organizada nas cinco categorias temáticas apresentadas, foi possível reconhecer aspectos importantes relacionados à saúde coletiva presentes na formação do cirurgião-dentista ao longo da graduação.

Uma das impressões mais eminentes foi a de que os alunos compreenderam sua formação como generalista, voltada para o serviço público, sem ênfase a áreas especializadas. Isso condiz com os preceitos da saúde coletiva e está preconizado nas DCNO ⁶ e no Projeto Pedagógico da Instituição ¹⁰, mas vai de encontro ao almejado pelos próprios alunos que se sentiram em desvantagem quanto ao preparo técnico e enfatizaram a necessidade de especialização em áreas restritas como condição fundamental para aqueles que querem trabalhar em consultório privado.

É como se existisse a necessidade de duas formações distintas, uma mais simplificada voltada para o que os alunos chamaram de “*atendimento básico*” referente ao serviço público, e outra mais aprofundada tecnicamente, voltada ao setor privado.

Para então a dúvida: seriam as necessidades dos usuários de serviços públicos diferentes das de clínicas privadas?

O objetivo deste trabalho não é responder a este tipo de indagação, mas cabe provocá-la lembrando de que pelo menos 74% da população brasileira não tem qualquer tipo de convênio de saúde privado, sendo o SUS diretamente responsável pelos cuidados de saúde, incluindo saúde bucal, da maioria dos brasileiros ¹². Sendo assim, possivelmente as necessidades dos pacientes de serviços públicos ou privados são as mesmas, logo, a formação profissional, tecnicamente, também deveria ser.

Talvez esteja ocorrendo uma confusão de conceitos. Os alunos acreditaram estar preparados para o serviço público, onde a base estrutural no Brasil é a Atenção Básica e não o “atendimento básico” no sentido minimalista. Vale lembrar que, de acordo com o Ministério da Saúde, Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde ¹³. Pelo que se pode perceber pela sua complexidade, não há

nada de “atendimento básico” na Atenção Básica, pelo contrário, deve ser resolutive ao máximo por ser a base do sistema de saúde do País.

Outra questão trazida e diretamente ligada ao aprendizado em saúde coletiva foi a interdisciplinaridade. Os alunos consideraram sua formação, de modo geral, muito focada em disciplinas odontocentradas, e reconheceram a importância do planejamento interdisciplinar, como forma efetiva de promover saúde. Para Ceccim e Feuerweker (2004)¹⁴, experiências interdisciplinares e multiprofissionais são estratégias fundamentais para a formação de profissionais competentes para o atendimento das necessidades dos usuários, mesmo aquelas não percebidas clinicamente. Ainda potencialmente estimulam habilidades de comunicação e desenvolvimento de competências psicológicas, éticas e culturais necessárias às práticas profissionais em Odontologia¹⁵.

Os estágios extramuros em serviços públicos de saúde foram reconhecidos pelos alunos como a mais importante oportunidade de aprendizado em saúde coletiva por proporcionar vivências da teoria na prática e promover confrontos com diferentes realidades socioculturais, ampliando a forma de olhar e entender os pacientes. Esse tipo de experiência é muito citado na literatura por sua capacidade de aprimorar competências e habilidades sociais e humanas dificilmente desenvolvidas em sala de aula e tão necessárias a formação dos novos cirurgiões-dentistas^{16, 17, 18, 19, 20, 21}.

Os alunos relataram vir a gostar de saúde coletiva apenas após irem para os estágios extramuros nos dois últimos semestres do curso, pois de acordo com os relatos, nos primeiros semestres, a falta de familiarização com termos da saúde coletiva tornavam a teoria de difícil entendimento. A ideia de que as discussões sobre o assunto eram hipotéticas e desvinculadas da realidade, dão margem a entender que os alunos não acreditavam na aplicação prática do que viam na teoria relacionada à saúde coletiva. Talvez por necessitarem de experiências concretas para comprovar a teoria ou por não acreditarem que o trabalho no serviço público possa ser realizado dentro dos princípios teóricos estabelecidos. Um exemplo deste descrédito pode ser percebido na fala em que um dos alunos claramente se surpreende ao constatar que as reuniões de equipe realmente aconteciam na prática. Com o intuito de transpor esta lacuna e aperfeiçoar o processo de formação, a Instituição de Ensino poderia rever a configuração de sua matriz curricular,

reorganizando os conteúdos e práticas para tornar o aprendizado mais produtivo nesse sentido.

Dentro do contexto de valorização de experiências de ensino em serviço, um exemplo promissor é o *Pipeline*, programa de ensino odontológico baseado na comunidade, adotado por algumas escolas de odontologia dos Estados Unidos ²⁰. De acordo com o relatório de avaliação nacional daquele país, este programa obteve êxito em desenvolver competências sociais e culturais nos alunos, aproximando-os das realidades locais através das experiências extramuros proporcionadas por esta prática de ensino ²¹.

No Brasil, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) ²², em que o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, busca aproximar realidade e ensino através da elaboração de programas como o PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde ²³ e o Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde ²⁴. O objetivo destes programas é integrar ensino e serviço, visando uma abordagem integral, no sentido de alcançar os pressupostos estabelecidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde ^{23, 24}.

Em relação ao perfil profissional necessário para o trabalho em saúde coletiva, uma série de características interessantes foi trazida, como “ter amor ao próximo”, “fazer muito com pouco” e “saber ouvir”. Obviamente são requisitos fundamentais, no entanto, em momento algum surgiram características que remetessem a necessidade de competências e habilidades técnicas, por várias vezes enfatizadas pelos alunos como fundamentais ao trabalho no setor privado.

Nesse sentido, Chaves e Silva (2007) ²⁵ criticam a ideia de que o valor para um bom profissional no campo privado da saúde é a especialidade ou competência, enquanto no campo público, é simplesmente ter “perfil”, não importando as outras habilidades e competências específicas necessárias a esse campo de saberes, obtidas através de boa formação profissional.

Moysés (2003) ²⁶ também faz alusão ao perfil profissional para o trabalho no serviço público criticando estereótipos de trabalhadores ou gestores em serviços de saúde coletiva, como o “esquerdista”, o profissional “que não deu certo” no mercado, o “sacerdote”, o “monge franciscano”, o “rebelde” sem causa. E, assim, fechando o ciclo dos pré-conceitos, os usuários do SUS nada mais senão “carentes”.

Para Akerman e Feuerwerker (2008) ²⁷, a saúde coletiva abre várias possibilidades de trabalho e pode contribuir de modo decisivo para o desenvolvimento do perfil profissional com competências em comuns a todas as profissões da saúde, estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares, como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração, gerenciamento e educação permanente. Entretanto, os autores chamam atenção ao fato de que a graduação não proporciona aos futuros profissionais uma visão suficiente às oportunidades que o sistema de saúde oferece ou essas oportunidades não são identificadas como atividades que demandem competências conectadas com a formação em saúde coletiva.

De modo geral, foi possível perceber a imagem de descrédito que o serviço público emanou, uma vez que os alunos transmitiram uma percepção de baixa qualidade, grande demanda de pacientes, má remuneração, entraves estruturais e burocráticos e acomodação dos profissionais no setor. Esta imagem vem de um sistema de saúde que surgiu em 1988, junto ao processo de redemocratização do País, após 20 anos de ditadura militar. Desde então o SUS vem procurando se estruturar, impulsionando mudanças em diversos setores. Uma das mais importantes consiste justamente na formação de profissionais com perfil capacitado a responder as principais demandas da sociedade ²⁸.

Se é justamente um perfil crítico que se deseja formar, então as respostas dos alunos não poderiam ser diferentes. Pelo contrário, apontaram com propriedade uma série de falhas percebidas que devem realmente ser discutidas e transformadas.

Mesmos entendendo que o setor privado está supersaturado há tempos, os alunos deram preferência para o trabalho em consultórios particulares por acreditarem existir maior autonomia, qualidade e realização profissional. Portanto, relegaram o serviço público a um segundo plano, onde estabilidade e ganho de experiência seriam os atrativos principais.

É interessante observar que o serviço público foi considerado pelos alunos como uma espécie de “laboratório” para aquisição de experiências e renda, que segundo eles, serão futuramente investidas no setor privado.

Outro fator relevante mencionado é a crença que no serviço público é difícil haver realização profissional, pois não se desempenha o trabalho que se “*gosta de fazer*”, mas o que “*tem que ser feito*”.

Então se por um lado existem críticas quanto ao perfil profissional encontrado no serviço público, ao mesmo tempo, os alunos se projetam trabalhando neste setor pelos mesmos motivos criticados, sem acreditar que este trabalho possa ser prazeroso. Este é o risco de haver repetições cíclicas de processos inadequados de trabalhos, se profunda análise e frequentes discussões não forem feitas sobre ensino curricular que favoreça a formação voltada para um serviço público de qualidade.

Atualmente, no Brasil, existem aproximadamente 220.000 cirurgiões-dentistas, o que representa 20% dos dentistas do mundo. Destes, pelo menos 1/3 possuem vínculo com serviço público. No entanto, este elevado número de profissionais não corresponde a um impacto positivo na saúde bucal da população brasileira. Isso leva a crer que uma melhor distribuição de profissionais no país e formação voltada para atender ao conjunto da população, estão realmente entre os principais desafios das políticas públicas no setor ²⁹.

As universidades, embasadas pelas DCNO, vêm promovendo mudanças no processo de educação e na maneira como se relacionam com a sociedade, buscando atender ao perfil do cirurgião-dentista, com formação generalista, capaz de compreender a realidade social, cultural e econômica do seu meio ¹⁴. No entanto, existem fortes questões mercadológicas que impõe tendências como a busca crescente por especializações. Segundo Narvai (2006) ³⁰, a essência da “odontologia de mercado” reside em bases biológicas e individuais sobre as quais constrói seu fazer clínico, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias fragmentadas, por isso prioriza as especializações.

Ao enfatizarem a ideia de que “não existe a opção de ser clínico geral” talvez, infelizmente, os alunos estejam seguindo estereótipos conceituais, em que o generalista se enquadra como o profissional que não se encontrou na profissão, que se acomodou e não buscou aperfeiçoamento, quando na verdade, o generalista que se preconiza pelas DCNO é aquele que, com conhecimento científico e humanista, provido de imprescindível destreza técnica, consegue ser resolutivo às necessidades de um todo complexo, e não fragmentado, que é o ser-humano e o meio em que vive.

CONCLUSÕES

De acordo com a percepção dos alunos, o cirurgião-dentista formado hoje pela instituição de ensino pesquisada está tendo sua formação voltada para saúde coletiva, com perfil generalista, designado ao sistema de saúde vigente, seguindo modelo preconizado pelas DCNO e pelo próprio Projeto Pedagógico da instituição de ensino. No entanto, os alunos almejam especializações em áreas técnicas e priorizam o atendimento privado por considerar o serviço público mal remunerado e com limitações estruturais.

Os estágios extramuros em serviços públicos de saúde foram fundamentais no aprendizado sobre saúde coletiva, na aquisição de experiências interdisciplinares e no confronto com diferentes realidades sociais, o que confirma a importância de experiências desse tipo desde os semestres iniciais dos cursos.

Embora as universidades estejam promovendo reformas curriculares no intuito de atender às demandas sociais, de acordo com o sistema de saúde vigente, maior atenção deve ser dada a interação de disciplinas e conteúdos para que uma abordagem socialmente holística se efetive na prática, evitando a supervalorização de especializações precoces, as quais atendem às necessidades de uma parcela cada vez mais restrita da sociedade.

A questão não consiste em dicotomizar a formação em saúde coletiva e especializada, muito menos em menosprezar a importância das especialidades, mas em re-significar o compromisso da qualidade do ensino, atualizado na vertente da integralidade da atenção em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khatami, S.; Macentee, M.I. Evolution of Clinical Reasoning in Dental Education. *J Dent Educ* 2011; 75(3): 321 - 28.
2. Sanz, M. et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. *Eur J Dent Educ* 2008; 12(Supl. 1): 101 - 10.
3. Plasschaert et al. Profile and competences for the European dentist. *Eur J Dent Educ* 2005; 9: 98 - 107.
4. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
5. _____. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
6. _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNES-CES 3, de 19/02/2002, que institui as *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia*. Brasília, DF, 2002.
7. Lampert, J. Rossoni, E. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1): 87 - 8.
8. Paim, J.S.; Filho, N.A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32(4): 299 - 316.
9. Badan, D.C. et al. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. *Rev C S Col* 2010; 15(Supl. 1):1811 - 1818.
10. UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. *Projeto Político Pedagógico*. Porto Alegre, RS. 2005.
11. Minayo, M.C.S. Técnica de análise do material qualitativo. In: Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 329 - 60.
12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006.

14. Ceccim, R.B. Feuerwerker, L.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1400 - 1410.
15. Lanning, S.K; Ranson, L.S; Willett, R.W, Communication Skills Instruction Utilizing Interdisciplinary Peer Teachers: Program Development and Student Perceptions. *J Dent Educ* 2008; 72(2): 172 - 82.
16. Elkind, A. et al. The use of outreach clinics for teaching undergraduate restorative dentistry. *Br Dent j* 2007; 203(3): 127- 32.
17. Holmes, R.D. et al. Developing an assessment in dental public health for clinical undergraduates attending a primary dental care outreach programme. *Eur J Dent Educ* 2011; 15 (2): 19 - 25.
18. Richard, W. et al. Exploring Dental Students' Perceptions of Cultural Competence and Social Responsibility. *J Dent Educ* 2008; 72(10): 1114 - 21.
19. Smith, M. Lennon, M.A. Robinson, P.G. Students' clinical experience on outreach placements. *Eur J Dent Educ* 2010; 14(3): 7 - 11.
20. Atchison, A. et al. Comparison of Extramural Clinical Rotation Days: Did the Pipeline Program Make a Difference? *J Dent Educ* 2011; 75(1): 52 - 62.
21. Davidson, P.L. et al. Reforming dental workforce education and practice in the USA. *Eur J Dent Educ* 2011; 15 (1): 73–79.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
23. _____. Portaria Interministerial nº 421. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
24. _____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, PRÓ-SAÚDE*. Série C—Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
25. Chaves, S.C.L. Silva, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Rev C S Col* 2007; 12(6): 1697 - 1710.
26. Moysés, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO* 2003; 4(1): 30 - 37.

27. Akerman, M. Feuerwerker, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec; Rio de Janeiro; 2008. p. 171 - 186.
28. Zilbovicius, C. et al. A Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil: Evaluating the Process of Change. *J Dent Educ* 2011; 75(4): 557 - 63.
29. Morita, M.C. Haddad, A.E. Araújo, M.E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá. Ed. Dental Press International. 2010.
30. Narvai, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Rev C S Col* 2006; 11(1):18 - 21.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Hucitec, p.171 – 186, 2008.

ATCHISON, A. et al. Comparison of Extramural Clinical Rotation Days: Did the Pipeline Program Make a Difference? **J Dent Educ.** v. 75, n. 1, p. 52 - 62, 2011.

BADAN, D.C. et al. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. **Rev C S Col.** v. 15, n. 1, p.1811 - 1818, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Educação. Lei 9493/96 – **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNES-CES 3, de 19/02/2002, que institui as **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**, PRÓ-SAÚDE. Série C—Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Interministerial nº 421. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, Y.M. CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Hucitec, 2008, p.137 - 170.

CECCIM, R.B. FEUERWERKER, L.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1400 - 1410, 2004.

CHAVES, S.C.L. SILVA, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Rev C S Col.** v.12, n. 6, p: 1697 - 1710, 2007.

DAVIDSON, P.L. et al. Reforming dental workforce education and practice in the USA. **Eur J Dent Educ.** v.15. p.73 - 79, 2011.

ELKIND, A. et al. The use of outreach clinics for teaching undergraduate restorative dentistry. **Br Dent J.** v. 203, n. 3, p.127 - 132, 2007.

FINCHAM, A.G; SHULER, C.F. The Changing Face of Dental Education: The Impact of PBL . **J Dent Educ.** v. 65, n. 5, p. 406 - 421, 2001.

HOLMES, R.D. et al. Developing an assessment in dental public health for clinical undergraduates attending a primary dental care outreach programme. **Eur J Dent Educ** v. 15, p. 19 - 25, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

KHATAMI, S.; MACENTEE, M.I. Evolution of Clinical Reasoning in Dental Education. **J Dent Educ.** v.75, n. 3, p.321 - 328, 2011.

LAMPERT, J. ROSSONI, E. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde.** v.18, n. 1, p. 87- 98, 2004.

LANNING, S.K; RANSON, L.S; WILLETT, R.W, Communication Skills Instruction Utilizing Interdisciplinary Peer Teachers: Program Development and Student Perceptions. **J Dent Educ.** v. 72, n.2, p. 172 - 182, 2008.

MINAYO, M.C.S. Técnica de análise do material qualitativo. In: Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 329 - 360.

MORITA, M.C. HADDAD, A.E. A Concepção pedagógica para o trabalho no SUS. In: MOYSÉS, S.T., KRIGER, L. MOYSÉS, S.j. **Saúde Bucal das Famílias**. São Paulo. Artes Médicas, 2008, cap. 11.

MORITA, M.C. HADDAD, A.E. ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá. Ed. Dental Press International. 2010.

MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev ABENO.** v. 4, n. 1, p. 30 - 37, 2003.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Rev C S Col.** v. 11, n. 1, p. 18 - 21, 2006.

PAIM, J.S.; FILHO, N.A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública.** v. 32, n. 4, p. 299 - 316, 1998.

PLASSCHAERT et al. Profile and competences for the European dentist. **Eur J Dent Educ.** v. 9, p. 98 - 107, 2005.

RICHARD, W. et al. Exploring Dental Students' Perceptions of Cultural Competence and Social Responsibility. **J Dent Educ.** v. 72, n. 10, p. 1114 - 1121, 2008.

SANZ, M. et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. **Eur J Dent Educ.** v. 12, (Suppl. 1), p.101 - 110, 2008.

SMITH, M. LENNON, M.A. ROBINSON, P.G. Students' clinical experience on outreach placements. **Eur J Dent Educ.** v. 14, p. 7 - 11, 2010.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico.** Porto Alegre, RS. 2005.

ZILBOVICIUS, C. et al. A Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil: Evaluating the Process of Change. **J Dent Educ.** v. 75, n. 4, p. 557 - 564, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado das entrevistas

- Significado de Saúde Coletiva;
- Oportunidades de aprendizado em Saúde Coletiva;
- Vivências interdisciplinares;
- Vivências extramuros;
- Características do egresso da Instituição;
- Características necessárias para o trabalho no serviço público;
- Percepções sobre mercado de trabalho;
- Aspirações profissionais.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Construção do perfil profissional do cirurgião-dentista para trabalho em saúde coletiva.

Número do processo: 23081.019237/2010-97

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0348.0.243.165 -10

Pesquisador Responsável: Beatriz Unfer

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Abril/ 2012- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 24/01/2011

Santa Maria, 25 de Janeiro de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO B – Autorização Institucional

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - UFRGS

O projeto de pesquisa intitulado: "Construção do perfil profissional do cirurgião-dentista para o trabalho em Saúde Coletiva", a ser desenvolvido pela mestranda Márcia Martins Galetto e orientado pela Profª. Draª. Beatriz Unfer, tem por objetivo conhecer, compreender e interpretar as características da formação do cirurgião-dentista na construção do perfil profissional para o trabalho em Saúde Coletiva.

Sua metodologia será qualitativa, através de entrevistas individuais com alunos do último ano do curso de Odontologia, as quais serão gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo de Bardin.

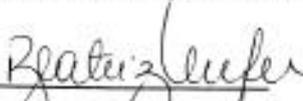
Os benefícios da participação dos sujeitos advirão da possibilidade de contribuir com o processo ensino-aprendizagem em saúde, em busca da integralidade na formação profissional em Odontologia.

Todos os participantes serão solicitados a participar do estudo de forma voluntária, não havendo qualquer tipo de coerção, recebimento ou pagamento em dinheiro, bem como todos receberão esclarecimentos quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa e deverão assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo uma via do mesmo, sendo-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade de suas identidades.

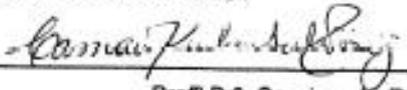
As informações obtidas com o estudo poderão ser utilizadas em publicações e eventos científicos, todavia, os pesquisadores comprometem-se de que não serão divulgados dados ou informações que possam identificar os envolvidos na pesquisa: alunos e instituições.

Não haverá nenhum custo para o curso de Odontologia, ficando reservado o direito de cancelar sua autorização a qualquer momento, sem prejuízo ou constrangimento.

Santa Maria, 24 de novembro de 2010.


Profª. Draª. Beatriz Unfer

Nas condições colocadas neste Termo de Autorização, concordamos com a realização da pesquisa "Construção do perfil profissional do cirurgião-dentista para o trabalho em Saúde Coletiva".


Prof. Dr. Cassiano K. Rösing
Coordenador da Comissão de Graduação – UFRGS
Em 25, fevereiro, 2011

Carimbo da Instituição (UFRGS):

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2462
Caixa Postal 1118
Porto Alegre/RS - CEP 91003-900
odonto@ufrgs.br

ANEXO C – Normas de publicação da revista *Ciência e Saúde Coletiva*

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas

nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.
 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.