

Identificando Mecanismos de Estimulação da Integralidade da Atenção em Clínicas de Ensino Odontológico: o Papel da Mudança Curricular

Identifying Stimulation Mechanisms of Comprehensive Attention in Clinical Education in Dentistry: the Role of Curriculum Change

Byron Daia Barreto Júnior^{a*}; Josemar Martins Ferreira^b; Marcondes Sena Filho^c; Naiara de Paula Ferreira^d; Natasha Amorim Brandão^e; Stéfano de Florenzano^f; Talita Souza Dantas^g; Dais Gonçalves Rocha^h;

Resumo

A integralidade pressupõe uma prática de saúde que supere o modelo biomédico. O período de transformações por que passa a odontologia tem na mudança curricular da graduação um de seus maiores desafios. Este trabalho objetiva identificar mecanismos capazes de favorecer a integralidade da atenção no contexto da mudança curricular do curso de odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO-UFG). Constitui um estudo descritivo, transversal, mediante revisão de literatura e análise documental. Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, foi realizada análise comparativa de Ficha Clínica e Programa de Aprendizagem das disciplinas de Clínica Integrada (CI) e Clínica de Atenção Básica (CAB), sendo a primeira pertencente ao currículo antigo e, a segunda da nova matriz curricular. Na Ficha Clínica da CAB o aluno conduz a anamnese, plano orçamentário e TCLE – que não são passíveis de realização através da Ficha Clínica da CI. O Programa de Aprendizagem da CAB expressa detalhadamente os conteúdos a serem estudados, os procedimentos educativos e avaliativos. Já o equivalente da CI apenas indica tópicos no cronograma. Outros mecanismos foram identificados. Conclui-se que os primeiros mecanismos construídos a partir da mudança curricular da FO-UFG favorecem a implementação da integralidade segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Ensino Odontológico. Clínicas Odontológicas. Assistência Odontológica Integral.

Abstract

The comprehensive attention paradigm requires a health practice that overcomes the biomedical model. The undergraduation curriculum is one of the greatest challenges for dentistry in this transition phase. This work aims to identify promoting mechanisms of comprehensive attention in the context of undergraduation curriculum change at the School of Dentistry of Federal University of Goiás (UFG-FO). It is a descriptive transversal study, by means of literature review and document analysis. A comparative analysis of Dental Chart and Learning Program of the disciplines Integrated Clinic (IC) and Primary Care Clinic (PCC) was conducted after the approval of the Research Ethics Board (REB). The former was part of the old curriculum, and the latter, of the new curriculum. In the Dental Chart of PCC, the students collect anamnesis data, make the budget plan and the patient sign the consent form. These records are not present in the Dental Chart of IC. The Learning Program of PCC shows details of the contents to be studied, educational procedures and evaluation methods. On the other hand, the equivalent in IC only indicates topics in the schedule. Other mechanisms for comprehensive attention have been identified. It was concluded that the first mechanisms resulting from the curriculum change at FO-UFG encourage the implementation of comprehensive attention according to the National Curriculum Guidelines (NCG).

Key-words: Integrality of healthcare. Dental education. Dental Clinic. Curriculum change. Integrality of dental care.

^a Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: byronhottestjr@hotmail.com.

^b Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: zemar0@gmail.com.

^c Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: marcondes_sena@hotmail.com.

^d Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: naiaradepaula@gmail.com.

^e Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: brandaona@hotmail.com.

^f Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: florenzano.s@hotmail.com.

^g Discente de Odontologia - Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: talitadantas_@hotmail.com.

^h Doutora em Saúde Pública - Universidade de São Paulo (USP), Docente Universidade Federal de Goiás (UFG), E-mail: daisrocha@yahoo.com.br.

* Endereço para correspondência: Av. 85 Bloco 03 apto. 302. Condomínio Alfa e Beta St. Marista. CEP. 74.160-010. Goiânia - GO.

1 Introdução

O movimento sanitário que se intensificou no Brasil nas décadas de 70 e 80, incorporou o “atendimento integral” como princípio constitucional¹, perfazendo a doutrina do

Sistema Único de Saúde (SUS). A idéia da integralidade pressupõe uma nova prática de saúde que supere o paradigma flexneriano², que tem no modelo biomédico – valorizador da tecnificação, do mecanicismo e do individualismo – seu maior expoente^{3,4}. Além disso, o conceito de integralidade denota uma ação intersetorial entre as áreas das ciências que possam repercutir na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos².

Atualmente, todo o processo de debate sobre a integralidade como eixo orientador das políticas de formação de recursos humanos em saúde parece ter influenciado a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos da área da saúde⁵. As DCN para o curso de graduação em odontologia⁶ apontam para a necessidade da implantação de um processo educativo que considere a integração curricular como estratégia para a formação de um profissional generalista, ético, crítico e reflexivo, que seja capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Apontam, ainda, para a necessidade da humanização da educação em odontologia como um dos aspectos fundamentais para a

concretização de novas bases para educação superior, para a formação profissional e para a cidadania⁷.

O período de transformações por que passa a odontologia no Brasil pode levar a profissão a aproximar-se das dimensões de integralidade abordadas anteriormente, já que esse novo modelo educacional proposto possibilita a formação de profissionais com um novo perfil. No curso de odontologia, uma Clínica Integrada constitui-se em um dispositivo para o desenvolvimento potencial da atenção integral em saúde e formação do profissional generalista.

A Faculdade de Odontologia (FO) da Universidade Federal de Goiás (UFG) vive seu processo de mudança curricular, abrindo tanto turmas da nova matriz curricular quanto do currículo antigo.

Embora o processo de ensino-aprendizado tenha enfoques diferentes para as duas turmas em questão, ambas vivenciam a experiência da Clínica Integrada (embora na nova matriz seja chamada de Clínica de Atenção Básica, em um primeiro momento) que, salvo algumas peculiaridades legais por estarem envolvidos alunos em formação sob a tutela de um professor, segundo Tiedmann, Linhares, Silveira⁸, reproduz o mesmo conjunto de variáveis social e culturalmente determinadas da relação profissional-paciente, configurando-se como relevante espaço de reflexão e aprendizado da prática profissional.

Diante do exposto, objetivou-se realizar um levantamento comparativo dos mecanismos existentes na Clínica Integrada, do currículo antigo, e na Clínica de Atenção Básica, da nova matriz curricular, que indicassem a possibilidade de implementação da integralidade da atenção nesse cenário de mudanças na FO/UFG.

2 Material e Método

A análise documental foi eleita o método deste estudo^{9,10,11}, considerando que os documentos constituem uma fonte estável e rica, que surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto. O período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2008.

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFG sob o parecer nº 110/2008, realizou-se uma análise comparativa dos seguintes documentos: Planos de Aprendizagem e Fichas Clínicas – das disciplinas de Clínica Integrada (CI) e Clínica

de Atenção Básica (CAB), sendo a primeira pertencente ao currículo antigo e, a segunda da nova matriz curricular.

Seguindo o método da análise documental¹¹, em um primeiro momento foram realizadas as buscas e localização dos documentos pertinentes ao estudo (Planos de Aprendizagem e Fichas Clínicas), com posterior arquivamento das fontes de pesquisa. Como critérios para seleção dos documentos foram considerados aqueles apresentados como oficiais pela Coordenação do Curso.

Em seguida os dados foram organizados seguindo os critérios de análise dos componentes, através da justaposição de quadros comparativos, a fim de facilitar a comparação entre as duas disciplinas em questão.

A última etapa consistiu no desenvolvimento da análise, quando foram utilizados os dados encontrados e já codificados (em quadros), e a literatura existente sobre o tema. Esta etapa se revelou um processo de idas e vindas, de leituras sucessivas e de interpretação a partir do diálogo com as referências, procurando estabelecer se os mecanismos encontrados favoreciam a prática da integralidade nas clínicas.

3 Resultados

O Plano de Aprendizagem da CAB contempla, em oito laudas, os objetivos da disciplina, apresentando o conteúdo programático na perspectiva de uma atenção integral. Nele constam o nome e a natureza da disciplina, a carga horária, os pré-requisitos e o corpo docente, sem sua divisão por especialidades.

Expressa, também, a ementa e os objetivos, geral e específicos, da disciplina, além de especificar as metodologias e estratégias a serem utilizadas para o cumprimento do programa. Ainda, são listados os procedimentos avaliativos, o cronograma e a bibliografia básica recomendada.

Já o equivalente ao Plano de Aprendizagem da CI consiste em uma única lauda que indica os tópicos a serem contemplados no cronograma e datas das avaliações e apresenta a relação de professores e suas especialidades. Consta, ainda, de uma observação sobre a existência de uma ficha para anotações de procedimentos práticos realizados de controle do próprio aluno.

Os achados referentes aos Planos de Aprendizagem das disciplinas estão listados no quadro 1.

| Componentes | Ficha Clínica | |
|--|--|---|
| | Clínica Integrada | Clínica de Atenção Básica |
| Identificação do Paciente | Dados preenchidos anteriormente por outras disciplinas, não necessariamente pelo aluno que na CI recebe o paciente | Dados a serem preenchidos pelo aluno que recebe o paciente |
| Anamnese | | |
| Inventário de Saúde | | |
| Exame Físico | | |
| Condição Dentária Inicial | Ausente | Presente, com odontograma |
| Atualização da História Médica | Ausente | Presente. Verificada a cada 6 meses. |
| Plano de Tratamento | Presente | Presente, porém, com mais detalhamento |
| Plano Orçamentário | Ausente | Presente |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | Ausente | Presente |
| Ficha de Encaminhamento do Paciente | Presente | Ausente. O paciente não é encaminhado, pois suas necessidades são atendidas na CAB e, ao término do tratamento, o paciente recebe alta e é dispensado |

Quadro 1 - Síntese da Análise Comparativa da Ficha Clínica da CI e CAB

Na Ficha Clínica da CI, dados como identificação do paciente, anamnese, inventário de saúde e exame físico já estão preenchidos – e o foram por outras disciplinas anteriores, não necessariamente pelo estudante que por ora recebe o paciente.

Nela, o plano de tratamento é notado em um odontograma e há um quadro de anotações de data, procedimentos realizados, especialidade do atendimento realizado, dupla de estudantes que atendeu e professor orientador da área. Conta, também, com uma ficha de encaminhamento interno da faculdade (possibilidade de encaminhar o paciente para disciplinas específicas).

Pela Ficha Clínica da CAB, o próprio estudante conduz

a anamnese, aplica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e faz o levantamento do inventário de saúde e exame físico. Nela, consta um odontograma datado com a condição dentária inicial, atualizações datadas de história médica (a ser realizada pelo menos a cada 6 meses, estando o paciente em tratamento), plano de tratamento em odontograma e plano orçamentário (com referência na tabela do SUS). Há um quadro de anotações de data, procedimentos realizados, dupla que atendeu, professor orientador e visto do paciente.

Os resultados encontrados a partir das Fichas Clínicas estão sintetizados no quadro 2.

| Programas de Aprendizagem | |
|---|--|
| Clínica Integrada | Clínica de Atenção Básica |
| Denominado 'Programa da Disciplina', constitui-se em um documento de única página contendo: 1. Cabeçalho com identificação da instituição e disciplina ministrada; 2. Calendário de aulas e avaliações; 3. Relação de professores divididos por disciplina bem como os dias de atuação dos mesmos. Consta ainda de uma observação sobre a existência de uma ficha para anotações dos procedimentos práticos realizados de controle do próprio aluno | Documento designado 'Programa de Aprendizagem' em formato diferenciado, com oito laudas, contém: |
| | 1. Introdução: consta do que o aluno como futuro profissional deve entender e praticar dentro da visão atual da odontologia brasileira; |
| | 2. Dados gerais: consta do nome da disciplina, carga horária total e semanal, a natureza da disciplina, o fluxograma, os pré-requisitos e o corpo docente, sem sua divisão por especialidades; |
| | 3. Ementa: consta a ementa da disciplina; |
| | 4. Objetivos: constam os gerais e os específicos; |
| | 5. Metodologias e Estratégias: constam as diversas maneiras com as quais os conteúdos serão trabalhados; |
| | 6. Verificação da Aprendizagem: é notada a forma de avaliação do aluno dentro da disciplina; |
| | 7. Cronograma: distribuição das aulas por data; |
| | 8. Bibliografia Básica Recomendada. |

Quadro 2 - Consolidado dos Programas de Aprendizagem da Clínica Integrada e Clínica de Atenção Básica segundo seus aspectos estruturantes

4 Discussão

Em meados do século XIX a sociedade vivenciou a era da revolução industrial, na qual cada indivíduo restringia-se a um objeto de ação parcial. Segundo Almeida Filho¹², isso repercutiu em todos os setores da sociedade, inclusive naqueles relacionados com práticas de saúde.

Os métodos de ensino desenvolvidos seguiram a lógica individualista, sendo fragmentados e estruturados em disciplinas divididas em ciclos básico e profissionalizante. Assim, era priorizada a visão hospitalocêntrica, a formação especializada e a ação curativa cirúrgica e medicamentosa¹³.

Na década de 90, em resposta aos movimentos de críticas e alternativas à chamada racionalidade moderna, foram criadas novas diretrizes curriculares para a área da saúde que objetivam a formação de profissionais flexíveis com conhecimentos mais abrangentes e interdisciplinares, capazes de atuar em contextos multiprofissionais, levando em consideração não apenas a parte científica, mas também, as necessidades e demandas sociais^{11,13,14,15}.

Tais diretrizes enfocam a necessidade da responsabilização social e da comunicação entre as escolas e a sociedade, identificando necessidades de saúde em seu conceito mais amplo e organizando o currículo com integração horizontal/

vertical, teórico/prática e básico/profissionalizante, ou seja, fundamentado na integralidade e interdisciplinaridade^{13,14,15}.

Considerando a necessidade de se formar profissionais generalistas e éticos, que consigam atuar em diversos níveis de atenção à saúde levando em conta o rigor técnico e científico, mas, também, a humanização do atendimento, pode-se inferir neste estudo que a disciplina de Clínica de Atenção Básica tem maiores possibilidades de favorecer a formação recomendada pelas DCN⁶.

No que tange aos aspectos de estruturação e organização das disciplinas, é notória a diferença entre a Clínica de Atenção Básica e a Clínica Integrada: a começar pelo documento da Clínica de Atenção Básica, que tem oito laudas nas quais todos os itens referentes ao funcionamento da mesma são detalhados, em contraposição ao texto-síntese da Clínica Integrada, que em uma única lauda expressa, em quadros, apenas algumas informações básicas.

No Programa da Clínica de Atenção Básica são listadas diferentes metodologias e estratégias a serem utilizadas no processo de transmissão e construção do conhecimento, bem como diversificados procedimentos avaliativos. Já no Programa da Clínica Integrada são referenciadas apenas exposições teóricas e práticas clínicas, e datadas quatro provas teóricas distribuídas ao longo do ano letivo. Segundo

Perez¹⁶, a disciplina de clínica integrada deveria substituir as antigas clínicas especializadas que, entre outros vícios de natureza pedagógica, orientam o estudante no sentido da especialização prematura, considerando o caso isolado, com perda da visão global dos problemas profissionais. No entanto a clínica Integrada da FO-UFG mostra-se reduzida às práticas curativistas, centradas no modelo biomédico.

Nesse momento de mudança de paradigmas, revisão de conceitos e valores, muito se tem indagado sobre o que vem a ser um profissional generalista, principalmente diante de um mercado de trabalho que valoriza o especialista e a fragmentação – cada vez maior – do conhecimento.

Em tentativa de acabar com a visão fragmentada do saber, no Programa da Clínica de Atenção Básica, exatamente ao contrário do que aparece no equivalente da Clínica Integrada, nota-se que o corpo docente, formado por professores doutores, com área de atuação clínica específica, listado sem que haja citação ou identificação das especialidades de cada um.

O que se observa, nesse aspecto, é que o fato dos estudantes, previamente, não relacionarem determinado professor a área específica de atuação, pode, inicialmente, solicitar desse professor uma orientação generalista, contribuindo para que o aluno também tenha a visão generalista de atendimento – que deixa de ser fragmentado e especializado, sendo considerado no seu contexto global.

Na observância dessas diferenças “gritantes” entre os Programas das disciplinas em questão, há de se esclarecer que diante do desafio da implementação da mudança curricular, uma das preocupações da Comissão de Ensino da FO/UFG foi realizar oficinas com os docentes para que os mesmos aprendessem o que era e qual a finalidade de um Programa de Disciplina, uma vez que havia sido constatada essa lacuna na formação dos professores. Assim, pode ser justificada a ausência de um Programa de Aprendizagem da Clínica Integrada na concepção que lhe é cabível.

Segundo Brihy¹⁷, a implantação de uma nova ficha na clínica integrada tem como necessidade a qualificação dos docentes sobre o assunto. Assim, a Comissão de Ensino também preocupou-se em realizar oficinas com os docentes para qualificá-los ao desenvolvimento de uma Ficha Clínica. Este investimento na formação pedagógica do docente está em consonância com estudos de avaliação e políticas de incentivo de mudanças curriculares na área da saúde^{13, 14, 15}.

Assim, foi elaborada uma Ficha Clínica para a CAB que contemplou os aspectos de integralidade, resolutividade e ética, possibilitando o desenvolvimento da humanização do atendimento e, ainda, considerando aspectos mercadológicos. A partir dessa nova Ficha observou-se uma melhor qualidade do preenchimento das mesmas pelos alunos, mostrando que o comportamento de trabalho dos alunos de graduação é reflexo de uma melhor qualificação dos docentes.

Na Ficha Clínica da CI, o fato de a mesma já vir preenchida de outras disciplinas (como Semiologia e Estomatologia,

ambas disciplinas extintas na nova matriz curricular) nos itens de identificação, anamnese, inventário de saúde e exame físico, pode denotar certa impessoalidade na relação estudante-paciente, já que o primeiro, uma vez que obtém as informações primárias em documento escrito, não estabelece vínculo com o paciente, iniciando de imediato o tratamento propriamente dito.

Isso tem menos probabilidade de ocorrer na CAB, já que, pela sua Ficha Clínica, é necessário que o próprio aluno conduza a anamnese e inventário de saúde, sendo este um importante momento de aproximação entre os dois sujeitos.

As instâncias gestoras dos serviços – tanto no microuniverso de uma faculdade da saúde quanto no macrouniverso da saúde pública do país – tem se preocupado com a questão da resolutividade dos serviços prestados^{18, 8,19}.

Pensando na resolutividade do atendimento, observou-se que o mesmo não era presente, de modo geral, na CI – e boa parte do crédito a este fato estava na Ficha Clínica da CI. Nesta Ficha há uma lauda de encaminhamento interno da faculdade, através da qual o paciente migra entre as diferentes disciplinas e, muitas vezes, sem a garantia da conclusão do tratamento e o tratamento arrastado por anos a fio.

Para acabar com essa situação, na elaboração da Ficha Clínica da CAB – e da nova matriz curricular, de maneira geral –, extinguiu-se os encaminhamentos. Os pacientes são previamente triados e codificados seguindo suas necessidades e, a partir disso, são atendidos por uma dupla de estudantes que devem concluir o tratamento necessário e dar alta a este paciente, que terá retornos agendados no período de tempo que for condizente com sua situação específica.

Outra novidade observada na Ficha Clínica da CAB é a presença do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Segundo Giostri²⁰, o consentimento informado é o diálogo entre o paciente e o prestador de serviços, por intermédio do qual, ambas partes trocam perguntas e informações, culminando como o acordo expresso do paciente para intervenção cirúrgica ou plano de tratamento proposto.

O visto que o paciente deve dar na ficha após terem sido anotados os procedimentos realizados em cada sessão também faz parte da novidade da Ficha Clínica da CAB. Além disso, nesta Ficha é encontrado um odontograma específico para a notação da condição dentária inicial, o que não ocorre em nenhum momento na Ficha Clínica da CI.

Considerando que as práticas desenvolvidas no contexto das clínicas integradas simulam a prática profissional, vivenciar esses conceitos na relação dentista/paciente durante a graduação tornam-se imprescindíveis. Além do mais, essas preocupações éticas se fazem necessárias pelas recomendações das DCN no que tange, entre outros aspectos, ao compromisso com a ética e humanização do atendimento, e, também, pelo fato de os pacientes terem tornado-se mais conscientes de seus direitos, além de serem, importantes documentos que asseguram a idoneidade do próprio profissional.

Por fim, a Ficha Clínica da CAB – e outros núcleos da nova matriz curricular – contemplam certos aspectos administrativos quando possibilita ao estudante que elabore o plano orçamentário – embora considere a tabela firmada no convênio entre o SUS e a FO/UFG. Noções de custos e valores de procedimentos não são apontadas nem na Ficha Clínica da CI e nem no currículo antigo de forma geral. A novidade presente no novo currículo vai ao encontro das orientações das DCN que apontam como perfil do formando egresso a capacitação no exercício de atividades referentes a compreensão econômica do seu meio além de habilidades no sentido de tomar decisões que visem a utilização adequada, eficácia e custo efetividade de tudo que envolva o processo de trabalho. Ainda de acordo com as mesmas diretrizes, os futuros profissionais devem ser capazes de tomar decisões, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e de informação⁶.

Faz-se necessário ressaltar que a análise documental por ora concluída assumiu caráter exploratório e, a partir desses achados, novos estudos já estão sendo conduzidos junto aos estudantes e docentes a fim de monitorar e avaliar esse período de mudança curricular e sua relação na formação de profissionais com o perfil almejado pelas DCN.

6 Conclusão

A Ficha Clínica da disciplina da nova matriz curricular está em consonância aos propósitos das DCN.

O que foi apresentado pela disciplina de Clínica Integrada não atende aos requisitos de um Programa de Aprendizagem.

Observaram-se mudanças nos instrumentos de ensino-aprendizagem, que refletem uma maior fundamentação dos docentes na área pedagógica e nas competências previstas para o perfil do cirurgião-dentista presentes nas DCN.

Os mecanismos já construídos a partir da mudança curricular favorecem a implementação da integralidade segundo as DCN.

Referências

- BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – princípios. In: Campos FE, Oliveira Junior M, Tonon LM. *Cadernos de Saúde I*. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.
- Mendes EV, *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Marcos B. *Reflexões sobre ensino e saúde*. Belo Horizonte: Littera Maciel; 1988.
- Mattos D. *As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em odontologia. DOU, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 10.
- Ferreira NP, Nunes MF. A graduação e sua implicação na relação cirurgião-dentista/paciente. *Pesq Bras Odontop Clin Integr* 2008 Jun; Supl.
- Tiedmann CR, Linhares E, Silveira JLG. Clínica Integrada Odontológica: perfil e expectativas dos usuários e alunos. *Pesq Bras Odontop Clin Integr* 2005 Jan./Jun;5(1):53-8.
- Caulley DN. *Document Analysis in Program Evaluation*. Paper and Report Series of the Research on Evaluation Program. Portland: Or. Northwest Regional Education Laboratory; 1981.
- Guba EG, Lincoln Y S. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
- Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa* 2001;114.
- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1997; 3 (1/2):5-20.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário: incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2003.
- Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Padilha RQ, PROMED: Política de recursos humanos em saúde. Seminário Internacional. Brasília: MS/OMS/OPAS, 2002. p.156-61.
- Perez FEG. *Avaliação de media de tempo despendida na execução de atividades clínicas por alunos de graduação da disciplina de clínica integrada da FO-USP*. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1993.
- Brihy M. Avaliação do preenchimento das fichas de exame clínico usadas nas Disciplinas de Odontologia comparando-as com as da Disciplina de Clínica Integrada (Ficha nova-UNIP). *Rev Inst Ciênc Saúde* 1997 Mar;.:27-30.
- Martins Júnior RS. *Manejo odontológico do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodíalise, no método clínico de intervenção: em uma perspectiva de saúde pública*. [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- Turrini RNT, Lebrão ML, Galvão CCL. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(3): 663-674.
- Giostri HT. Sobre o consentimento informado: sua história, seu valor. *J Vasc Br* 2003;2(3):267-70.