

Artigo

Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: um relato de experiência

Experiences and Internships in the Reality of the Health Unic System in Dentistry training: an experience report

Experiencias y pasantías en la realidad del Sistema Unic de Salud en formación odontológica: un informe de experiencia

Francenilde Silva de Sousa¹

RESUMO:

Trata-se de um relato de experiência que busca revelar a importância, para os profissionais de saúde durante sua formação, do conhecimento de como funciona na teoria e prática o sistema público de saúde brasileiro. O Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições, formulou um projeto que envolvia estágios interdisciplinares para que isso fosse desenvolvido. No âmbito da Odontologia, o modelo flexneriano influenciou a formação dos profissionais por décadas. Ocorreu uma revisão nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso, em 2019, na qual reiterou-se a necessidade do perfil generalista do cirurgião-dentista. Assegurou-se que os estágios no campo da saúde coletiva são essenciais e tornam a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gestão e educação permanentes competências dos egressos do curso. Com isso, a formação em Odontologia deve ir além da atuação do cirurgião-dentista em uma clínica ou consultório. É necessário o reconhecimento da ação em todos os núcleos da saúde coletiva e experiências nesse sentido podem despertar um efeito de incômodo e desejo de ação de cada participante dentro das suas instituições de ensino e na escolha, futuramente, de onde irão atuar. O rompimento de barreiras e viseiras construídas contribui para uma formação de sujeitos que podem ser estratégicos para potencializar a organização e gestão do SUS.

Palavras-chave: Saúde Pública; Educação em Saúde; Educação em Odontologia.

ABSTRACT:

¹ fraansousa@gmail.com

It is an experience report that seeks to reveal the importance, for health professionals during their training, of the knowledge of how the Brazilian public health system works in theory and practice. The Ministry of Health, in partnership with other institutions, formulated a project that involved interdisciplinary internships for this to be developed. In the field of Dentistry, the Flexnerian model has influenced the training of professionals for decades. There was a revision in the National Curricular Guidelines of the course, in 2019, in which the need for the general profile of the dentist was reiterated. It was ensured that internships in the field of collective health are essential and make health care, decision making, communication, leadership, management and continuing education the competences of the graduates of the course. Thus, training in Dentistry must go beyond the performance of the dentist in a clinic or office. It is necessary to recognize action in all nuclei of collective health and experiences in this sense can awaken an effect of discomfort and desire for action by each participant within their educational institutions and in the choice, in the future, of where they will act. The breaking of barriers and built-in visors contributes to the formation of subjects that can be strategic to enhance the organization and management of SUS.

Keywords: Health Education; Education Dental; Public Health.

RESUMEN:

Es un informe de experiencia que busca revelar la importancia, para los profesionales de la salud durante su capacitación, del conocimiento de cómo funciona el sistema de salud pública brasileño en teoría y práctica. El Ministerio de Salud, en asociación con otras instituciones, formuló un proyecto que involucró pasantías interdisciplinarias para que esto se desarrolle. En el campo de la odontología, el modelo flexneriano ha influido en la formación de profesionales durante décadas. Hubo una revisión en las Pautas Curriculares Nacionales del curso, en 2019, en la que se reiteró la necesidad del perfil generalista del dentista. Se garantizó que las pasantías en el campo de la salud colectiva son esenciales y hacen de la atención médica, la toma de decisiones, la comunicación, el liderazgo, la gestión y la educación continua las competencias de los graduados del curso. Por lo tanto, la capacitación en odontología debe ir más allá del desempeño del dentista en una clínica u oficina. Es necesario reconocer la acción en todos los núcleos de salud colectiva y las experiencias en este sentido pueden despertar un efecto de incomodidad y deseo de acción por parte de cada participante dentro de sus instituciones educativas y en la elección, en el futuro, de dónde actuarán. La ruptura de barreras y viseras construidas contribuye a la formación de temas que pueden ser estratégicos para mejorar la organización y gestión del SUS.

Palabras clave: Salud Pública; Educación para la salud; Educación odontológica.

INTRODUÇÃO

A partir da constituição federativa do Brasil de 1988, saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado¹. Esclareceu-se melhor quanto a esse direito com as leis orgânicas de saúde, Lei nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 e então, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser regulamentado^{2,3}.

O SUS objetiva identificar e divulgar determinantes sociais da saúde, criar políticas de saúde e dar assistência às pessoas por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde; garante acesso universal, com integralidade e equidade, da atenção primária à terciária; e é administrado considerando o envolvimento e retorno de gestores, profissionais e usuários^{2,3}.

Assim, é importante que os profissionais de saúde tenham, durante sua formação, o conhecimento de como funciona na teoria e prática o sistema público de saúde brasileiro^{4,5}. Idealizando que acadêmicos ampliassem sua mente quanto às práticas exercidas dentro de todos os possíveis cenários que constituem o SUS, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, a União Nacional dos Estudantes (UNE) e os Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), formulou um projeto que envolviam estágios interdisciplinares⁶.

As vivências e estágios na realidade do SUS, o ver-SUS, nasceram como um projeto chamado Escola de Verão e ofertado pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul cujo objetivo é explícito no nome, inserir os acadêmicos na realidade do SUS⁶. Após o piloto, o projeto foi expandido às demais instituições de ensino superior (IES) para propiciar o debate nas discussões sobre questões sociais, gestão e assistência à saúde.

A necessidade da implantação do projeto surgiu a partir da análise da excessiva especialização de alguns cursos, deficiência no atendimento humanizado, desconhecimento acerca da gestão e administração em saúde e falhas no exercício das equipes interdisciplinares⁷⁻⁹. As Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCNs) permitiram a flexibilização na formulação dos projetos pedagógicos para ser ajustada a relação de profissionais especialistas e generalistas, sem redução da qualidade da formação. Isso já foi um grande avanço frente ao currículo mínimo que era inserido^{5,7,10}.

No âmbito da Odontologia, o modelo flexneriano influenciou a formação dos profissionais durante décadas¹¹. Havia o enaltecimento das práticas clínicas¹², do atendimento odontológico individual¹³ e formação voltada para assistência especializada e para o mercado privado¹⁴.

Ocorreu uma revisão nas DCNs do curso de Odontologia, em 2019, na qual se reiterou o perfil generalista do cirurgião-dentista. Ademais, assegura que a formação deve ser baseada no contexto social, cultural, econômico e ambiental da comunidade na qual a instituição está inserida, tornando os estágios em saúde coletiva essenciais. Por fim, descreve que a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gestão e educação permanente devem ser competências dos egressos do curso^{15,16}.

Exposto esse cenário, o objetivo deste estudo é relatar a experiência das vivências e estágios interdisciplinares e suas contribuições na formação e atuação em Odontologia.

METODOLOGIA

Esse relato resultou de duas imersões teórico-práticas de vivências realizadas em Bacabal, uma cidade no interior do estado do Maranhão. A seleção foi separada em duas etapas: um questionário acerca de questões sociais, econômicas e demográficas e uma carta-intenção, na qual se deveria expor os motivos pelos quais o candidato gostaria de participar do projeto.

O projeto propunha uma imersão que ocorria entre 7 a 15 dias, a depender da escolha de cada comissão organizadora. Era ofertada a hospedagem, alimentação e transporte para idas *in loco*, e o interessado deveria se inscrever e responder o questionário por meio de um *site* próprio do ver-SUS

(<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus>) e, posteriormente, seguir as instruções do edital também disponível no site. O único pré-requisito para se submeter à seleção era estar matriculado ao menos no 3º período do seu curso, comprovado com o histórico escolar.

A primeira edição do ver-SUS Bacabal ocorreu durante 10 dias, de 04 a 13 de janeiro de 2016. Foram selecionados 35 participantes, sendo: 30 viventes, os que estavam conhecendo o projeto pela primeira vez e vivenciavam diretamente todas as atividades; e 05 facilitadores, os que conduziam as atividades. Ademais, a comissão organizadora era formada por 7 discentes e uma docente da instituição pública de ensino superior estadual da cidade (Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, campus Bacabal). Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Medicina, Saúde Coletiva e Odontologia foram os cursos contemplados representados ao menos com um estudante – eu era a única do curso de Odontologia.

A segunda edição ocorreu durante 08 dias, de 16 a 23 de janeiro de 2018. Composta por 40 participantes, sendo: 35 viventes e 05 facilitadores. Além de 6 discentes e uma docente da comissão organizadora, todos da UEMA. Havia representantes dos mais variados cursos da área da saúde para destacar o caráter interdisciplinar da imersão. Nesta edição houve maior representação do curso de Odontologia, foram três estudantes.

O ver-SUS envolve, em sua proposta, debate entre acadêmicos sobre novas relações e campos de atuação dentro do SUS, respeitando as particularidades individuais e coletivas de onde o profissional estiver inserido. Os protagonistas dos estágios interdisciplinares tiveram a oportunidade de abranger o olhar acerca das superações e desafios ainda existentes no complexo e amplo sistema de saúde a partir da realidade vivenciada.

Ocorreram em comum nas duas edições e favoreciam tais debates: a recepção no primeiro dia para facilitar a criação de vínculos e realização de acordos; diversificadas atividades (como assistir filmes ou documentários, leitura de artigos ou relatórios, realização de dinâmicas, visitas a locais que

compõem o sistema público de saúde brasileiro e a espaços sociais) desenvolvidas durante todos os dias nos turnos matutino e vespertino; reuniões, todas as noites, com facilitadores e viventes (plenária); e a devolutiva no último para ajustar o que fosse necessário nas futuras edições. Na articulação das discussões, sempre eram utilizadas metodologias ativas na construção e troca de conhecimentos.

Para melhor desenvolvimento das atividades, o conjunto foi reorganizado em grupos menores para discutirem as atividades realizadas dentro do local em que estavam hospedados (núcleo de base) e outros para ida aos locais de vivência (grupo de vivências), em todos existiam 6 viventes e um facilitador. Todos deveriam estar presentes nas tarefas para garantir maior possibilidade de troca de pensamentos e olhares.

Nos núcleos de base eram apresentados e discutidos filmes, documentários e artigos sobre determinantes sociais, formação em saúde, saúde de populações mais vulneráveis (pessoas em situação de rua, privados de liberdade, indígenas e afins) e sistemas de saúde de outros países.

As visitas dos grupos de vivências foram realizadas em espaços sociais e de saúde como Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (centro POP), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Fisioterapia, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Conselho Municipal de Saúde, clínica de diálise, hospitais, centro espírita, terreiro de umbanda, lixões e áreas quilombolas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades desenvolvidas submergiam problemáticas relacionadas às potencialidades e dificuldades de cada aspecto nos quais os viventes e

facilitadores eram inseridos. Nos primeiros dias ocorreram atividades internas para estimular maior contato entre todos. É importante salientar que visitas a estabelecimentos similares em edições distintas não se tornavam repetitivas porque, devido a composição do grupo, toda a experiência era *sui generis*.

Foi realizada uma dinâmica para se discutir temas tais como o que é a Saúde Coletiva e seus núcleos de saberes, quais são e, em especial, a característica longitudinal da Atenção Primária à Saúde (APS) e a própria APS, Redes de Atenção à Saúde (RAS), referência e contrarreferência e interdisciplinaridade. Assim, esse seria o ponto de partida para melhor aproveitamento das vivências. Segundo Alberti (2014)¹⁷, dinâmicas em grupos possuem repercussão positiva no desenvolvimento de habilidades e competências socioafetivas e mentais.

Nos núcleos de base foram discutidos sistemas de saúde de outros países, tendo como base um documentário que apresentava a experiência de estrangeiros na busca por assistência à saúde naqueles países. O debate ocorreu à medida que foram pontuadas similaridades e oposições e possíveis motivos para tais distinções. Posteriormente todas as vivências englobaram os três níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária; além do núcleo de planejamento e gestão; e o campo das Ciências Humanas e Sociais e as políticas públicas.

Na atenção primária houve visitas a UBSs para o acompanhamento da atuação de uma equipe da Saúde da Família (eSF), dialogando com profissionais e usuários do estabelecimento. Notou-se que as equipes se relacionavam muito bem entre si, eram descontraídas, aparentando amar seu trabalho, e possuíam boa relação com os companheiros do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), apesar de eles não estarem sempre presencialmente na UBS.

Os profissionais explicaram o funcionamento técnico da unidade e apresentaram a organização das famílias adscritas; relataram a falta de materiais de insumo, o que atrapalhava o atendimento; demonstraram preocupação com a qualidade da atenção devido a lotação do serviço de saúde ofertado; o medo de

por vezes estarem ou irem, em visitas em domicílios, em localizações consideradas perigosas; e o quão distante estava o que foi aprendido em sala de aula (o ideal) com a aprendizagem vivenciado (o real), e o aperfeiçoamento da atuação, dentro do possível, com a prática.

Ademais, alguns profissionais não sabiam da visita, demonstrando a falta de comunicação interna. Outros não sabiam como se comportar diante de ausência de respostas que deveriam ser claras a eles (como o funcionamento do seu próprio setor) e uma parcela dos usuários evidenciava a falta de entendimento devido poucas explicações quanto a continuidade do seu tratamento. As informações negativas vão no sentido contrário ao que se espera para a formação e atuação de profissionais na APS. Espera-se que sejam trabalhadores que compreendam os determinantes sociais da saúde e apliquem ações preventivas e longitudinais na APS.^{4,7,18}

Na atenção secundária, realizaram-se visitas a vários centros com atendimentos especializados. Fui encaminhada para conhecer o CEO da cidade e como já possuía a experiência de ter visitado um, pude notar que as queixas são similares. Muito se criticou a falta de instrumentos e materiais, da falta de manutenção e a falha na contrarreferência para a APS possuir devolutiva. Isso afeta o tratamento do usuário, resultando em falhas no acompanhamento terapêutico.

Como atual modelo de referência para tratamento de transtornos mentais¹⁹, alguns CAPSs foram também visitados. Percebeu-se, a partir das histórias dos usuários, que os acompanhamentos estendem-se a seus familiares, o que faz com que eles se sintam satisfeitos em frequentar e utilizar aquele serviço. Notou-se a preocupação dos profissionais em estabelecerem um vínculo entre os familiares e não apenas focarem em um tratamento medicamentoso. Demonstraram que há o desenvolvimento de tarefas que sirvam de espelho para futura ressocialização e para preservação de laços sociais, tais como atividades domésticas, combinação de regras para bom convívio, lanches e dinâmicas que estimulam mente e corpo.

Outro centro no qual houve notório contentamento pelo serviço ser prestado de maneira integrada e eficiência foi o centro POP. Os usuários demonstraram estar satisfeitos com o que era ofertado e os profissionais se apresentaram como empenhados. Contudo houve comentários acerca de questões estruturais e materiais.

Também foram visitados os CRAS e CRAES que, assim como o CAPS e o centro POP, são centros não tão comuns para quem é do curso de Odontologia, embora serem sejam ambientes compostos por usuários, profissionais e gestores dos quais todos devem ter ciência da necessidade da atenção à saúde bucal e sua atuação nesses estabelecimentos, seja por meio de visitas para palestras, atendimentos ou aplicação de projetos de pesquisa ou extensão.

A explanação acerca dos recursos físicos e humanos dos CRAS e CREAS foi totalmente introdutória e inovadora. Houve contato apenas com profissionais, então não foi possível contrapor e analisar as falas a partir do olhar dos usuários, contudo se nota o bom desempenho do estabelecimento através dos dados informados por intermédio de resultados expostos. Por fim, notou-se que o estabelecimento oferta seus serviços de forma assídua para as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, condizendo com seus objetivos^{20,21}.

Na atenção terciária, representada pelo único hospital local, houve uma falha de comunicação interna que prejudicou a vivência em relação ao tempo que havia sido reservado e foi perdido para que pudessem identificar quem liberaria a visita, ainda assim foi rica em apontamentos. Ao contrário da relação bem articulada que foi encontrada na atenção primária, representada pela UBS, havia um distanciamento entre os profissionais. Através de suas falas, percebeu-se que trabalhavam de forma isolada, sem que houvesse ações interdisciplinares na prática. Talvez fossem percepções muito particulares dos entrevistados, mas evidenciou a existência de incoerência na colaboração integrada nos setores.

No Conselho Municipal de Saúde, ocorreu uma palestra com um integrante da vigilância sanitária para demonstração do planejamento e gestão em saúde, destacando a necessidade do controle social. Muitos foram os questionamentos, tais como a aplicação de dados epidemiológicos na seleção do uso de recursos financeiros; e esclarecimentos, como a explicação de que um cirurgião-dentista poderia e deveria atuar como gestor.

No âmbito social, as vivências foram chocantes. Acompanhar bem de perto um lixão a céu aberto e não se chocar é a demonstração de um vazio interno e foi o oposto disso que ocorreu: todos se mostraram humanos e sensíveis à situação, houve quem chorasse ao ver a cena de inúmeras famílias. A conversa com catadores que improvisavam suas casas naquele local foi bem ampla, comentaram sobre não possuírem perspectiva alguma quanto à sua saúde. Não eram vacinados, nem sabiam onde poderiam ir para se imunizar. Eles “se viravam” quando se machucavam, também improvisavam curativos com restos de panos encontrados em meio ao lixão.

A ida a um quilombo foi cheia de emoções, com pessoas resistentes que até tinham atenção à saúde, mas não possuíam voz para manter suas tradições nas suas próprias terras por questões políticas. No centro espírita e terreiro de umbanda, notou-se que a espiritualidade é uma aliada que deve ser considerada no processo de saúde-doença de um religioso. Apesar das vivências marcantes e parciais, não houve contrariedades na participação e respeito dos vivos e facilitadores.

Os espaços sociais foram responsáveis por explicitar o quão os determinantes sociais influenciam na vida das pessoas e o núcleo das Ciências Humanas e Sociais. A abordagem socioantropológica, na qual busca a subjetividade e considera o todo sem exclusões ou generalizações, reflete em um olhar humanizado do profissional (no caso, dos futuros profissionais)^{22,23}.

Nas plenárias, ao fim do dia de cada vivência, foram discutidas todas as questões relevantes, pontos positivos e negativos, se alguém já havia tido a experiência no local e o quanto aquela vivência alterou seu olhar como futuro

profissional da saúde. Em todos os relatos exaltaram os estágios na realidade do SUS como forma de engrandecimento na formação integrada, o que se espera dos futuros profissionais⁷; entretanto, nenhum dos estudantes havia tido uma visão ampla e interdisciplinar, nem mesmo nos estágios em saúde coletiva.

Isso não é único da edição realizada em Bacabal. Encontra-se na literatura discursos de estudantes de outros locais, como em São Paulo, que explicitam a falta de conhecimento de todos os núcleos do campo de saber e prática que a saúde coletiva atua e, conseqüentemente, o profissional também⁴.

Conhecia a parte assistencial do SUS. Via inúmeros problemas, mas por desconhecer o sistema em todos os seus segmentos, não encontrava, com clareza, as causas. Não conhecia os eixos de gestão e controle social. (F, 23, enfermagem).

Ademais, ainda suscitaram novas visões para aprimorar tal projeto⁴.

Mas isso não é o suficiente, porque sempre seria algo pontual que poucos estudantes teriam acesso (...). Para haver uma mudança efetiva na graduação, os próprios professores precisariam passar por experiências parecidas e terem vontade de realmente fazer diferente. (M, 20, fisioterapia).

A heterogeneidade das tarefas demonstra o quanto devem ser praticadas vivências e estágios na realidade local em que os estudantes estão inseridos para que entendam o seu paciente com um todo, biopsicossocial e espiritualmente, e possam agregar a bagagem adquirida ao que conceituam saúde²⁴.

O projeto contribui para que estudantes se tornem comprometidos com a qualidade e efetivação do SUS. Experiências como essas resultam positivamente para a qualificação e formação de estudantes logo, não seria errôneo instigar um novo modelo assistencial voltado para a formação, com estágios e vivências eficazes na identificação e resolução de falhas, estímulo para atuação no campo da saúde coletiva e melhor integração de uma equipe

interdisciplinar. Além de ser complementado, já durante a vida profissional, com a educação permanente para reciclagem e agregação de novos conhecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, defende-se que o ver-SUS nasce como estimulante no que tange uma formação dinâmica e interativa com a saúde coletiva, em contato direto com a realidade. Os estágios e vivências na realidade do SUS são responsáveis por despertarem um efeito de incômodo e desejo de ação de cada participante dentro das suas instituições de ensino e na escolha, futuramente, de onde irão atuar.

Em especial para a formação em Odontologia, sua condução deve ir além da atuação do cirurgião-dentista em uma clínica ou consultório e para tal consequência é preciso abranger os olhares dos estudantes para todos os núcleos da saúde coletiva.

A experiência rompe barreiras e viseiras construídas, contribuindo para uma formação de sujeitos que podem ser estratégicos para potencializar a organização e gestão do SUS, além de aliados na militância pela sua defesa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 1988. 498 p.
2. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; 1990. 2 p.
3. Brasil. Lei 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; 1990. 13 p.

4. Araújo D, Miranda MCG de, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(supl. 1):20–31.
5. Costa DAS, da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(67):1183–95.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação. *Ver-SUS/Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 304 p.
7. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbarói*. 2013; (38): 97–125.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Editora do. Brasília; 2007. 78 p.
9. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Silva C, Rosário L. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arq em Odontol*. 2010;46(3):144–51.
10. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9394, 20 de dezembro de 1996. In: *Diário Oficial da União 1996* [Internet]. 1996. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais [Internet]. 1a. Ministério da Saúde, organizador. Brasília; 2006. 162 p. Available at: http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf
12. Toassi RFC, Ely LI. Integração entre currículos na educação de profissionais da saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(supl. 2):1563–75.
13. Toassi RFC, Stobäus CD, Mosquera JJM, Moysés SJ. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2012; 16(41):529–42.

14. Silveira JLGC da, Garcia VL. Mudança curricular em odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. *Interface Commun Heal Educ.* 2015;19(52):145–58.
15. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. In 2019. p. 1–8.
16. Fonsêca GS, Junqueira SR, Araújo ME De. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação odontológica. *Rev da ABENO.* 2015;15(2):2–11.
17. Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, Tilton M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Rev Bras Estud Pedagógicos.* 2014;95(240):346–62.
18. Kashiwakura HK, Gonçalves A de O, Silva RMP da. Atenção primária à saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saúde em Debate.* 2016;40(111):49–62.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 44 p. Available at: www.saude.gov.br/bvs
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 1997. 72 p.
21. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasil LTD. Brasília; 2011. 120 p.
22. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 1o ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco; 1992. 269 p.
23. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Soc.* 2017; 26(3):676–89.
24. Stronks K, Hoeymans N, Haverkamp B, Den Hertog FRJ, Van Bon-Martens MJH, Galenkamp H, et al. Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people. *BMJ Open.* 2018;8:e02021.