

Odorico Coelho da Costa Neto

**Construção de um modelo curricular para o
curso de graduação em odontologia a partir de
paradigmas estruturais e conjunturais
contemporâneos**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia,
para a obtenção do título de Mestre em Odontologia,
Área Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Uberlândia, 2006

Odorico Coelho da Costa Neto

**Construção de um modelo curricular para o Curso de
Graduação em Odontologia a partir de paradigmas
estruturais e conjunturais contemporâneos.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal de Uberlândia, para a
obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Adriano Mota Loyola

Prof. Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto

Prof. Dr. Sérgio de Freitas Pedrosa

Uberlândia

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação

C837c Costa Neto, Odorico Coelho da, 1952-
Construção de um modelo curricular para o Curso de Graduação em
Odontologia a partir de paradigmas estruturais e conjunturais contempo-
râneos / Odorico Coelho da Costa Neto. – 2006.
145f.
Orientador: Adriano Mota Loyola
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pro-
grama de Pós-Graduação em Odontologia.
Inclui bibliografia
1.Universidades e faculdades – Currículos – Teses. 2.Odontologia –
Currículos – Teses. I. Loyola, Adriano Mota. II. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia III.Título.

CDU: 378.141.4

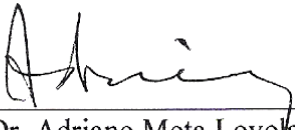
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG –
384011-36
(0XX) 034 –3218-2550

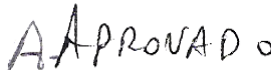
RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DE DEFESA DE MESTRADO, A QUAL ESTÁ INSCRITO O CIRURGIÃO DENTISTA – ODORICO COELHO DA COSTA NETO ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA-MESTRADO, DESTA UNIVERSIDADE.

Às quatorze horas do dia vinte e nove de agosto, do ano de dois mil e seis, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pela comissão de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de mestrado apresentada pelo candidato Odorico Coelho da Costa Neto, com o título provisório: “Construção de um Modelo Curricular para o Curso de Graduação em Odontologia a partir de Paradigmas Estruturais e Conjunturais Contemporâneos”. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador expressou o seu julgamento, em sessão secreta e exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco da Biblioteca. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

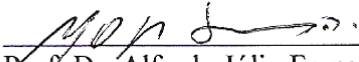
Uberlândia, 29 de Agosto de 2006



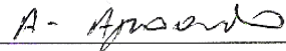
Prof. Dr. Adriano Mota Loyola
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia.



Aprovado/Reprovado/Conceito



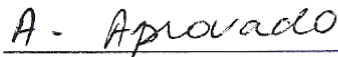
Prof. Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia



Aprovado/Reprovado/Conceito



Prof. Dr. Sérgio de Freitas Pedrosa
Titulação: Doutor
Universidade de São Paulo



Aprovado/Reprovado/Conceito

DEDICATÓRIA

À toda minha família constituída por meus avós, irmãos, tios, primos, sobrinhos, sogros e cunhados, e com a certeza da concordância de todos, gostaria de enaltecer:

-Os meus pais, Jair (*in memorian*) e Terezinha, por tudo que já fizeram e tem feito por mim, ensinando-me, precocemente, o verdadeiro sentido do que é a família;

-A minha esposa, Virgínia, pelo amor, dedicação, companheirismo, cumplicidade e compreensão, particularmente nos momentos importantes de nossas vidas;

-Aos meus filhos, Daniel e Gustavo, exemplos de amor, carinho, amizade e companheirismo;

-As minhas noras, Carolina e Thaís, pela forma prestativa, carinhosa e atenciosa que me dispensam; e

-Aos meus netos, Lívia, Taíssa e Pedro Paulo, pela satisfação e alegria que me proporcionam e a certeza da continuidade da família.

AGRADECIMENTOS

-Ao Professor Dr. Adriano Mota Loyola, meu orientador, pela compreensão, confiança e incentivo no desenvolvimento deste trabalho;

-Ao Professor Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto, que em boa hora sugeriu-me o tema dessa dissertação e sempre me cobrou a pós-graduação, tendo uma significativa participação nesta conquista;

-Ao Professor Dr. Darcey Zanetta-Barbosa pelo apoio e incentivo durante a realização do curso;

-Aos Professores Doutores Vanderlei Luiz Gomes, Márcio Teixeira e Paulo Sérgio Quagliatto, pelas contribuições e o apoio recebido na execução deste trabalho;

-Aos professores Doutores, João Carlos Gabrielli Biffi e Carlos José Soares, respectivamente ex-coordenador e atual coordenador do Programa de Pós-Graduação da FOUFU pela atenção e o apoio recebido durante a realização do curso;

-Ao corpo técnico-administrativo da Faculdade de Odontologia e do Hospital Odontológico pela amizade, apoio e incentivo recebido durante a realização do curso;

-Aos meus colegas da Área de Diagnóstico Estomatológico, Prof. Marcus, Prof. Dr. Durighetto e Prof. Ailton pelas eventuais trocas de horários, possibilitando-me a realização do curso;

-A Lindalva, secretária da nossa área de Diagnóstico, pelo apoio e por suas palavras de amizade e incentivo;

-De forma especial, a Cidinha, pela amizade, desprendimento, incentivo e o imprescindível apoio na realização desse trabalho, pelo que serei eternamente grato.

“A educação do futuro deverá ser o ensino primeiro e universal, centrado na condição humana, reconhecendo a diversidade cultural inerente a tudo o que é humano. Conhecer o humano é antes de tudo situá-lo no universo e não separá-lo dele. O humano continua sendo esquartejado, partido como pedaços de um quebra cabeça ao qual falta uma peça e paradoxalmente, assiste-se ao agravamento da ignorância do todo, enquanto avança o conhecimento das partes”.

EDGAR MORIN

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	09
LISTA DE QUADROS.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	15
PRÓLOGO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	28
3 PROPOSIÇÃO.....	105
4 METODOLOGIA.....	106
5 DISCUSSÃO.....	107
6 CONCLUSÃO.....	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Ensino Médico
ABen – Associação Brasileira de Ensino em Enfermagem
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ACE – Avaliação das Condições de Ensino
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD – Cirurgião-Dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CES – Câmara de Ensino Superior
CFE – Conselho Federal de Educação
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CGT – Central Geral dos Trabalhadores
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS(o) – Conselho Nacional de Saúde
CNS(a) – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONAES – Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CONAN – Confederação Nacional das Associações de Moradores
CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASSEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONTAG – Confederação dos Trabalhadores na Agricultura
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEN – Departamento Nacional de Estudantes de Enfermagem
DENEOD – Departamento Nacional de Estudantes de Odontologia
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENC – Exame Nacional de Curso

FNO – Federação Nacional de Odontologia
FORGRAD – Fórum dos Pró-Reitores de Graduação
FOUFU – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GERES – Grupo Executivo para a Reforma da Educação Superior
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA – Integração Docente-Assistencial
IDS – Integração Docência-Serviço
IES – Instituição de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LRPD – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MEC – Ministério da Educação e Desportos
NOBs – Normas Operacionais Básicas
NUPES – Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIDEIA – Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área
PAIUB – Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PARU – Programa de Avaliação da Reforma Universitária
Programa UNI – Uma nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
Projeto SB BRASIL – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
PROMED – Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação de Recursos Humanos para a Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PSO – Pronto-Socorro-Odontológico

SESP – Serviço Especializado de Saúde Pública

SESu – Secretaria de Ensino Superior

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

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

UDA – Unidade Didática Avançada

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNEO – União Nacional dos Estudantes de Odontologia

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Divisão de competências entre união, estado e municípios de acordo com a atual LDB.....	39
QUADRO 2 – Níveis de ensino de acordo com a atual LDB.....	40
QUADRO 3 - Definição da educação básica de acordo com a atual LDB.....	41
QUADRO 4 - Comparativo entre o ENC/PROVÃO e o PAIDEIA/ENADE.....	54
QUADRO 5 - Comparativo dos modelos de educação odontológica na América Latina.....	70
QUADRO 6 - Comparativo entre a educação bancária tradicional e a educação conscientizadora.....	117
QUADRO 7 – Níveis da aprendizagem.....	119
QUADRO 8 – Etapas essenciais para a construção do modelo curricular.....	126
QUADRO 9 – Proposição das categorias dos níveis da aprendizagem para a formação das condutas/tarefas e procedimentos do CD Clínico Geral.....	127
QUADRO 10 – Unidades de ensino com conteúdos sugeridos para a formação do CD. Clínico Geral.....	128/129

Resumo

Segundo Morin *apud* Coelho (2002), há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades e problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários. (...) A hiperespecialização impede de ver o global (que ela dilui). (...) O retalhamento das disciplinas (no ensino) torna impossível apreender "o que é tecido junto", isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo. Por contraditório que possa parecer, pois, ao que se conhece, todos, ou senão quase todos os Cursos de Graduação em Odontologia propõem a formação de um Cirurgião-Dentista Clínico Geral. No entanto, o grande desafio que se apresenta no momento, é formar este "Cirurgião-Dentista Generalista", fundamentado em um modelo centrado em princípios da Integralidade, Interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multiprofissionalidade, preparando-o para a promoção de saúde, prevenção e cuidado com as pessoas, sem desqualificá-lo, por ser "Clínico Geral", pelo contrário, formando-o capaz de atuar com qualidade e resolubilidade, em 80 a 85% da nosologia prevalente. Assim, o objetivo deste trabalho foi, a partir da análise de paradigmas estruturais e conjunturais contemporâneos, construir um modelo curricular, que de acordo com as várias formas de estruturas acadêmicas, que podem conferir um maior ou menor grau de liberdade na organização dos conteúdos, assim como as diversas possibilidades de utilização dos cenários de práticas, venha contribuir, como um referencial, para a implantação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, previstas na Resolução CNE/CES 3 de 19/02/02. O trabalho consistiu em um estudo do tipo retrospectivo e prospectivo, por meio de levantamento bibliográfico e experiências vivenciadas, em relação aos paradigmas contemporâneos sejam Estruturais ou Conjunturais, que hoje norteiam a construção de um modelo curricular para o curso de Graduação em Odontologia. Os paradigmas Estruturais (bases

evolutivas e legais) foram entendidos como os que se constituem na fundamentação dos aspectos legais que envolvem o processo educacional, sendo determinados por Decretos, Resoluções e outros diplomas legais. Os paradigmas Conjunturais (bases circunstanciais) foram os contributórios, indicativos, sinalizadores, propositores ou indutores para o aprimoramento e adequação do processo educacional em consonância com a nossa realidade. À luz das orientações, dificuldades e desafios, os paradigmas foram analisados e discutidos e na conclusão do trabalho foram apresentadas as etapas essenciais na construção de um modelo curricular, a forma de organização e desenvolvimento dos conteúdos, assim como as demais características necessárias à formação de um CD apto a inserir-se de forma natural e produtiva nos diversos sistemas prestadores de serviços à saúde, particularmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave:

Curso de Odontologia, Diretrizes Curriculares Nacionais, Planejamento Curricular, Ensino Odontológico, Estrutura Curricular, Modelo Curricular.

ABSTRACT

According to Morin *apud* Coelho (2002), there is increasingly broad, deep and serious inadequacy between the separated, fragmented, and compartmentalized knowledge among disciplines on the one hand, and the increasingly multidisciplinary, cross-sectional, multidimensional, transnational, global and planetary realities and problems on the other. (...) Hyperspecialization prevents what is global (which it dilutes) from being seen. (...) The breakdown of disciplines (in teaching) makes it impossible to learn “what tissue is together”, that is, the complex, in accordance with the original sense of the term. As contradictory as it may seem, since as far as is known, all if not almost all the Graduation Courses in Dentistry propose to educate a General Clinic Dental Surgeon. However, the great challenge at present, is to educate this “General Dental Surgeon” based on a model centered on principles of integrality, inter-disciplinary, transdisciplinary and multi-professionalism, preparing him/her to promote health, prevent and care for people, without disqualifying him/her for being a “General Clinician; on the contrary, educating him/her to be capable of acting with quality and resolution in 80 to 85% of the prevalent nosology. Thus, the aim of this work was to analyze structural and contemporary Conjunctural paradigms, and from this, construct a curricular model which, in accordance with the various forms of academic structures, could confer a greater or lesser degree of freedom on the organization of contents, as well as various possibilities of using practical scenarios, and thereby contribute, as a reference, to implanting and implementing the National Curricular Guidelines on Graduation Courses in Dentistry, foreseen in the CNE/CES Resolution 3 of 19/02/02. The work consisted of a study of the retrospective and prospective type, by means of a bibliographic survey and life experiences, with regard to the contemporary paradigms, whether they be Structural or Conjunctural, which at present guide the construction of a curricular model for the Graduation Course in Dentistry. The Structural paradigms (developmental and legal bases) were understood as

being those that constitute the foundations of the legal aspects that involve the educational process, and are determined by Decrees, Resolutions and other legal diplomas. The Conjunctural paradigms (circumstantial bases) were the contributory, indicative, signaling, propositional or inductive factors for improving and suiting the educational process to be in consonance with our reality. In the light of the guidance, difficulties and challenges, the paradigms were analyzed and discussed, and at the end of the work, the essential stages in constructing a curricular model, the form or organization and development of the contents, as well as the other characteristics necessary for educating a dental surgeon, capable of being inserted in a natural and productive manner in the various systems that provide health services, particularly the Single Health System (SÚS) were presented.

Key Words:

Dentistry Course, National Curricular Guidelines, Curricular Planning, Dentistry Teaching, Curricular Structure, Curricular Model.

PRÓLOGO

Ao mencionarmos em nossa Epígrafe uma afirmação de **Edgar Morin**, gostaríamos de não só, apresentar alguns dados biográficos, como também evidenciar a importância de suas obras nas diversas áreas do conhecimento humano, sendo, sem sombra de dúvidas, um referencial marcante para a reflexão de nossa intenção, que é a construção de um modelo curricular fundamentado em paradigmas contemporâneos.

Edgar Morin é considerado um dos maiores pensadores do século XX. É *Doutor Honoris Causa* em 17 Universidades de diversos países (Portugal, Espanha, Dinamarca, Grécia, México, Bolívia e Brasil) Tem formação pluridisciplinar, é sociólogo, antropólogo, historiador, geógrafo e filósofo, mas acima de tudo é um intelectual livre que nos propõe uma visão transdisciplinar do pensamento. Tem mais de 40 livros abrangendo as áreas de: epistemologia, sociologia, política e antropologia, publicados e traduzidos em diversas línguas. Merece ser destacada a sua obra de quatro volumes, intitulada *El Método* que trata da transformação das ciências e do seu impacto na sociedade contemporânea. (SÁTIRO, 2002).

Edgar Morin ao ser indagado sobre qual é a educação necessária para o século XXI, assim respondeu:

- Há que se fazer uma total reorganização da educação. E essa reorganização não se refere ao ato de ensinar. Refere-se à luta contra os defeitos do sistema que estão cada vez maiores. Por exemplo, o ensino de disciplinas separadas e sem comunicação entre si produz uma fragmentação e uma dispersão que nos impede de ver globalmente coisas que são cada vez mais importantes no mundo. Existem problemas centrais e fundamentais que permanecem completamente ignorados ou esquecidos e que são importantes para qualquer sociedade e qualquer cultura.

A entrevistadora prosseguiu: O senhor se refere ao seu estudo sobre os **sete saberes necessários para a educação do futuro?**

- *Sim, refiro-me aos sete saberes necessários que implicam em ensinar a:*

- *Reconhecer as cegueiras do conhecimento, seus erros e ilusões.*
- *Assumir os princípios de um conhecimento pertinente*
- *Condição humana*
- *Identidade planetária*
- *Enfrentar as incertezas*
- *Compreender*
- *Ética do gênero humano*

Subseqüentemente, a entrevistadora indagou: Poderia fazer um comentário mais detalhado para cada um deles?

- *Entende-se **reconhecer as cegueiras do conhecimento**, seus erros e ilusões, é assumir o ato de conhecer como um traduzir e não como uma foto correta da realidade. Trata-se de armar nossas artes para o combate vital pela lucidez e isso o significa estar sempre buscando modos de conhecer o próprio ato de conhecer:*

*Por assumir os **princípios de conhecimento pertinente**, entende-se a necessidade de ensinar os métodos que permitam apreender as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo desse mundo complexo. Trata-se de envolver uma atitude mental capaz abordar problemas globais que contextualizem suas informações parciais e locais.*

*Ensinar a **condição humana** deveria ser o objeto essencial de qualquer sistema de ensino e isso passa considerar conhecimentos que estão dispersos em várias disciplinas como as ciências naturais, as ciências humanas, a literatura e a filosofia. As gerações precisam*

conhecer a unidade e a diversidade do humano.

*Ensinar a **identidade planetária** tem a ver com mostrar a complexidade da crise planetária que caracteriza o século XX. Trata-se de ensinar a história da era planetária, mostrando como todas as partes do mundo necessitam ser intersolidárias, uma vez que enfrentam os mesmos problemas de vida e de morte.*

*É preciso **aprender enfrentar as incertezas** reveladas ao longo do século XX através da microfísica, da termodinâmica, da cosmologia, das ciências biológicas evolutivas, das neurociências e das ciências históricas. É preciso aprender a navegar no oceano das incertezas através dos arquipélagos das certezas.*

***Compreender** é ao mesmo tempo meio e fim da comunicação humana, portanto não pode ser algo desconsiderado pela educação. E, para tanto, precisamos passar por uma reforma das mentalidades.*

*Por **ética do gênero humano**, entendo uma abordagem que considere tanto o indivíduo, quanto a sociedade e a espécie. E isso não se ensina dando lições de moral. Isso passa pela consciência que o humano vai adquirindo de si mesmo como indivíduo, como parte da sociedade e como parte da espécie humana. Isso implica conceber a humanidade como uma comunidade planetária composta de indivíduos que vivem em democracias.*

E sobre a sua teoria do pensamento complexo, o senhor poderia apresentar uma síntese?

- Muitos me vêem como sintetizador, unificador, afirmativo e suficiente que trata de apresentar uma teoria sistemática e global. Mas, devo admitir que isso seja um engano, eu não tenho uma teoria que sai do bolso afirmando: "aqui estou, podem jogar fora seus

paradigmas anteriores! "Claro que essa proposta de pensamento complexo é fruto de um esforço em articular saberes dispersos, diversos e adversos". Mas a própria idéia de complexidade conduz a uma impossibilidade de unificar, uma vez que parte da incerteza admite o reconhecimento cara a cara com o indizível. A complexidade não é uma receita que eu dou, é apenas um convite para a civilização das idéias.

O pensamento complexo é a união entre a simplicidade e a complexidade. Isso implica processos como selecionar, hierarquizar, separar, reduzir e globalizar. Trata-se de articular o que está dissociado e distinguido e de distinguir o que está indissociado. Mas não é uma união superficial, uma vez que essa relação é ao mesmo tempo antagônica e complementar. (SÁTIRO, 2002)

De acordo com Coelho (2002), sem dúvida, uma das áreas em que o pensamento complexo (ou pensamento pós-formal) vem causando maior impacto é o da educação e do ensino. Área que, por natureza, deve ser a "cúpula" ou a síntese da sociedade (cujos valores e conhecimentos de base ela tem a tarefa de transmitir às novas gerações), nestes tempos de mudanças estruturais, está sendo obrigada a exercer uma tarefa aparentemente oposta: a de questionar tais "valores e conhecimentos de base" e propor outros em substituição, sem traumatizar o sistema. É esse um dos nós górdios a serem desatados neste século que se inicia. Em A Cabeça Bem Feita, Morin dedica especial atenção ao impasse sociedade-escola e ao "buraco negro" que vem engolindo as sucessivas tentativas de reforma.

*"... esse buraco negro que lhes é invisível, só seria visível se as mentes fossem reformadas. E aqui chegamos a um impasse: **não se pode reformar uma instituição, sem uma prévia reforma das mentes, mas não se podem reformar as mentes sem uma prévia reforma das instituições.** Essa é uma impossibilidade lógica que produz um duplo bloqueio. Há resistências inacreditáveis a essa reforma, há um tempo una e dupla. A imensa máquina da educação é rígida e inflexível, fechada, burocratizada. Muitos professores estão instalados em seus hábitos e autonomia disciplinares. (...) Para eles o desafio é invisível. (...) Mas é preciso começar e o começo pode ser desviante e marginal. (...) Como sempre, a*

iniciativa só pode partir de uma minoria, a princípio incompreendida, às vezes perseguida. Depois a idéia é disseminada e, quando se difunde, torna-se força atuante." (grifos do autor.)

Eis o "buraco negro" que é preciso neutralizar. Por um lado, pergunta-se: "Quem vai educar os educadores para esse novo ensino?" Por outro, sabe-se que a resposta depende da multiplicação dos estudos experimentais, pelos pequenos grupos e pelo envolvimento dos professores. Todas as experiências, no sentido de "articular os saberes" em torno de projetos que dinamizem o conhecimento de modo fecundo, são positivas. Mas principalmente aquelas que se desenvolvem no âmbito das ciências humanas. É a imagem do homem que, afinal, está em jogo, como sempre esteve em todas as crises da cultura pelas quais o mundo já passou. No século 18, na crise da passagem do mundo clássico para o mundo romântico, Rousseau já dizia: "Nosso verdadeiro estudo é o da condição humana". Afirmação que Edgar Morin retoma, ao defender o papel que as ciências humanas devem desempenhar no processo de articulação dos saberes. Diz ele:

*"Paradoxalmente, são as ciências humanas que, no momento atual, oferecem a mais fraca contribuição ao estudo da condição humana, precisamente porque estão desligadas, fragmentadas e compartimentadas. Essa situação esconde inteiramente a relação indivíduo/ espécie/ sociedade, e esconde o próprio ser humano. (...) Seria preciso conceber uma ciência antropológica religada. (...) À espera dessa religação — desejada pelas ciências, mas ainda fora de seu alcance —, seria importante que o ensino de cada uma delas fosse orientado para a condição humana. Assim, a psicologia, tendo como diretriz o destino individual e subjetivo do ser humano, deveria mostrar que **Homo sapiens** também é, indissoluvelmente, **Homo demens**; que **Homo faber** é, ao mesmo tempo, **Homo ludens**; que **Homo economicus** é, ao mesmo tempo, **Homo mythologicus**; que **Homo prosaicus** é, ao mesmo tempo, **Homo poeticus**. A sociologia seria orientada para nosso destino social; a economia para nosso destino econômico; um ensino sobre os mitos e as religiões seria orientado para o destino mítico-religioso do ser humano. (...) Quanto à contribuição da história para o conhecimento da condição humana, deve incluir o destino, a um só tempo determinado e aleatório da humanidade (...) Todas as disciplinas, tanto das ciências naturais como das ciências*

humanas, podem ser mobilizadas, hoje, de modo a convergir para a condição humana." (Morin apud Coelho, 2002)

Ainda, segundo Coelho (2002), dentro do pensamento complexo, Morin destaca a nova tarefa exigida ao intelectual: frente à “cultura cyber” (somos hoje habitantes do *cyberespaço*, espécie de mundo, sem limites, permeado de contradições e cujas reais dimensões escapam à compreensão lógica comum), que está em processo de expansão e que cabe ao “mundo pensante” detectar toda sua complexidade. Cabe, hoje, ao intelectual (em qualquer das áreas de conhecimento em que atue) “auto-institui-se” como novo um “missionário”, responsável por um novo saber, ainda em gestação e que lhe cabe procurar ou difundir no espaço da ação que lhe cabe como profissional. Nessa ordem de idéias o intelectual deixa de ser o antigo e seguro detentor de um vasto acervo de conhecimentos consagrados pelo Sistema, para se assumir como um “sujeito Interrogante”, um eu consciente, que descobre como um dos centros responsáveis, neste nosso mundo descentrado. Um eu pensante que se redescobre com complementaridade essencial com o outro; e cuja palavra contribuirá, para que um dia (ainda que longínquo) um novo real seja nomeado ou reorganizado e emerja do atual caos dos valores.

A complexidade desse mundo em processo é a nova perspectiva ou nova ótica, através da qual o novo conhecimento deve ser procurado. É esse talvez, o sentido maior da extraordinária cruzada, pelos quatro cantos do Mundo, a que se entregou Morin, ao levantar a bandeira do Pensamento complexo e da Transdisciplinaridade, visando especificamente à área da Educação e do Ensino. Ambas as proposições têm um mesmo grande alvo: oferecem-se como “caminho” para a busca de um possível novo conhecimento. Já não mais compartimentado, mas “tecido junto”. Ótica que desarticula pela base o Ensino Tradicional. É esse um dos impactos do pensamento complexo: o desafio ao nosso real conhecimento, seja no sentido de organizarmos, em “em sínteses provisórias”, a avalanche de informações que nos assaltam por todos os lados, seja nas incertezas que nos lançam em

dúvidas, quanto à validade ou não do próprio processo de conhecer. De onde provém o conhecimento? Do objeto em sua realidade objetiva, sem interferência do sujeito? Ou é produzido no sujeito que encontra em si próprio os critérios de avaliação e objeto? (Interrogações que as descobertas da física quântica vieram suscitar). Enfim, o pensamento complexo descobre algo perturbador, no lugar do sujeito seguro, baseado em certezas absolutas (fundado no pensamento tradicional, positivista, empirista, determinista, cartesiano.....) põe o “sujeito interrogante” que (tal como o aprendiz de feiticeiro), diante desse mundo belo/horrível que ele mesmo criou, tenta encontrar um novo centro ou novo ponto de apoio, para uma nova ordem (mesmo que seja provisória), em meio ao oceano de dúvidas e incertezas que o assaltam. É em torno desse “sujeito interrogante” e do poder formalizador da “palavra” que gira hoje o interesse das pesquisas e estudos a serem enfrentados pelos intelectuais (ou por todo o mundo pensante), nos vários campos do saber. **Daí que a pedagogia moderna tenha elegido o aluno (e não, o saber instituído), como o centro do processo de aprendizagem e,** ao mesmo tempo, se empenha na criação de novos métodos de estudo que possam desfazer o “nó górdio” da crise da linguagem em aberto. Reafirma-se que, uma das áreas em o **pensamento complexo causou maior impacto foi a do Ensino: a essas crises do sujeito e da palavra, juntou-se uma terceira: a das estruturas curriculares.** (os grifos são nossos).

O conhecimento século XX tornou obsoleto o antigo sistema de disciplinas estanques, dentro do qual o conhecimento é assimilado mecanicamente e fielmente reproduzido; o sistema “magister dixit”: o saber absoluto e indiscutível da autoridade, etc., etc. É contra esse sistema educativo “fechado” que se desenvolvem, também, as argutas análises de Edgar Morin, reivindicando a urgente “religação dos saberes”, a ruptura dos limites em que as diferentes disciplinas foram “fechadas” (visando à especialização), para que se descubram os “vasos comunicantes” que existem entre as diferentes áreas do saber. É nessa fronteira que estamos todos, tentando abrir passagem para um novo modo de ver-e-conhecer o mundo e renomeá-lo, ou reorganizá-lo em

nova ordem (embora provisória!). É esse o atual desafio aos pensantes.

Por oportuno, ao finalizar o nosso prólogo, reafirmamos a importância dos conceitos, paradigmas e desafios propostos por Morin, na orientação da construção ou reconstrução de modelos curriculares e pela coerência de suas idéias concluirmos, citando-o:

“Somos habitantes da Terra”. Citamos a Holderlin e completamos sua frase dizendo: prosaica e poeticamente o homem habita a Terra. Prosaicamente (trabalhando, fixando-se em objetivos práticos, tentando sobreviver) e poeticamente (cantando, sonhando, gozando, amando, admirando), habitamos a Terra.

A vida humana está tecida de prosa e poesia. A poesia não é só um gênero literário, é também um modo de viver a participação, o amor, o fervor, a comunhão, a exaltação, o rito, a festa, a embriaguez, a dança, o canto que transfiguram definitivamente a vida prosaica feita de tarefas práticas, utilitárias e técnicas. Assim, o ser humano fala duas linguagens a partir de sua língua. A primeira denota, objetiva, funda-se na lógica do terceiro excluído. A segunda fala através da conotação, dos significados contextualizados que rodeiam cada palavra, das metáforas, das analogias, tenta traduzir emoções e sentimentos, permite expressar a alma. (...). No estado poético, o segundo estado se converte em primeiro.” (Morin apud Sátiro, 2002).

INTRODUÇÃO

Há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades e problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários. (...) A hiperespecialização impede de ver o global (que ela dilui). (...) O retalhamento das disciplinas (no ensino) torna impossível apreender "o que é tecido junto", isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo. (MORIN apud COELHO, 2002)

O homem à busca ou aprimoramento de soluções para os seus problemas ou necessidades sempre produziu conhecimentos, que depois de pesquisados e investigados transformam-se em ciências, que deveriam proporcionar uma melhoria de qualidade de vida para o próprio homem.

As ciências quando apresentam um maior grau de complexidade e, abrangendo todas as suas dimensões, ou seja, o Ensino, a Pesquisa e a Extensão, são ministradas e praticadas, principalmente, nas Instituições de Ensino Superior, quer nos cursos de Graduação ou Pós-graduação.

Segundo Perri de Carvalho, Fernandes Neto e Madeira (1998), de um modo geral um Curso de Graduação deve cumprir os seguintes objetivos:

- 1 – Incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
- 2 – Promover a divulgação de conhecimentos técnicos, científicos e culturais que constituem patrimônio da Humanidade e comunicar o saber através do ensino, das publicações e de outras formas de comunicação;

3 – Suscitar o desejo permanente do aperfeiçoamento profissional e cultural e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

4 – Estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta, uma relação de reciprocidade; e

5 – Promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da pesquisa científica e tecnológica e da criação cultural geradas na instituição.

Outro enfoque interessante acerca de um curso de nível superior, em especial para uma escola de ciências médicas, é apresentado por Pinto (2000), que assim expressa: o curso existe para captar conhecimentos empíricos da população; analisá-los, identificando o que é correto e lhes conferir conteúdo científico; reunir esse material com técnicas e os princípios já estudados externamente, formando um novo e mais evoluído conhecimento; devolver a cultura a toda à população, fazendo que seus problemas se resolvam melhor e mais rápido.

Ainda, segundo documentos da Conferência Mundial sobre a educação superior, promovidas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em 1998 (Universidade Federal do Paraná – UFRP, 1998) a Universidade, como espaço de mudança criativa, deve propiciar o aprendizado permanente, contribuindo para a consolidação da cidadania democrática, por meio do reforço à suas funções críticas e progressistas. Sua contribuição para o tratamento dos problemas que afetam o bem estar das comunidades onde atua, pressupõe o fomento à inovação e difusão de valores humanistas na formação profissional. (MOYSES, MOYSÉS, KRIGER, SCHMITT, 2004).

Delors (1999), em relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI para a UNESCO, afirma que a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta. Mas, em regra geral, o ensino formal orienta-se, essencialmente, se não exclusivamente, para o aprender a conhecer e, em menor escala, para o aprender a fazer. As duas outras aprendizagens dependem, a maior parte das vezes, de circunstâncias aleatórias quando não são tidas, de algum modo, como prolongamento natural das duas primeiras. Afirma ainda que cada um dos "quatro pilares do conhecimento" deve ser objeto de atenção igual por parte do ensino estruturado, a fim de que a educação apareça como uma experiência global a levar a cabo ao longo de toda a vida, no plano cognitivo, no prático, para o indivíduo enquanto pessoa e membro da sociedade.

Assim verificamos que a formação e a educação, ora propostas para os cursos de graduação apresentam uma abrangência social, política, cultural, humanística, ética, bioética, moral, científica, tecnológica comprometida com as pessoas e o meio ambiente físico, biológico e econômico loco-regional, nacional e até mesmo mundial.

Desta forma, como vivemos em um mundo em constantes e significativas transformações, a formação educacional deve ser entendida como processo permanente e dinâmico, iniciado durante a graduação e mantido durante toda a vida profissional, por meio das relações de parceria

das Instituições de Ensino Superior, em nosso caso, com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades de classes e demais setores da sociedade civil organizada. Como tal há necessidade de se promover uma importante reorientação pedagógica, centrada no desenvolvimento da aptidão de aprender, transformando o conhecimento num produto construído por meio de ampla e total integração com o objeto de trabalho. (CAMPOS *et al*, 2001).

O que se busca é a construção de um modelo pedagógico que deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, sendo os princípios que deverão nortear o movimento de mudança, sustentados na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. (FEUERWERKER & SENA, 1999).

Portanto, preparar adequadamente o futuro graduado, nada mais é, do que colocá-lo em condições para enfrentar e superar, dentro do seu nível de formação, os desafios relativos às reais necessidades de todos os segmentos da sociedade e das diversas formas de sua inserção no mercado de trabalho, proporcionando-lhe, ao longo de sua formação, vivenciar situações concretas capazes de promoverem uma progressiva autonomia profissional, de desenvolverem as responsabilidades éticas, sócio-ambientais e humanísticas inerentes à Promoção de saúde e de estimularem também o desenvolvimento do senso crítico e reflexivo sobre os aspectos que fundamentam, em nosso caso, a Odontologia, como ciência e profissão.

Por contraditório que possa parecer, pois, ao que conhecemos, todos, ou senão quase todos os cursos de Graduação em Odontologia propõem a formação de um Cirurgião-Dentista Clínico Geral, no entanto, Kriger (2005) em artigo editorial, muito bem embasado em princípios norteadores atuais, escreve sob o título **“O diferente é formar o**

generalista", nos conclama ao grande desafio de formar um profissional capaz de adotar um modelo centrado no diagnóstico integral, promoção de saúde, prevenção e cuidado com as pessoas. E acrescenta, que pensar em formar profissional generalista não é reduzir a sua formação para a um atendimento deficiente e desqualificado. Muito pelo contrário, é formar alguém capaz de atuar com qualidade e resolubilidade, em 80 a 85% da nosologia prevalente.

É também fundamentado em paradigmas estruturais e conjunturais contemporâneos e com o propósito de aceitarmos o referido desafio, é que propomos a construção de um modelo curricular, que de acordo com as várias formas de estruturações acadêmicas, que podem conferir um maior ou menor grau de liberdade na organização dos conteúdos, assim como as diversas possibilidades de utilização dos cenários de práticas, possa contribuir como um referencial para a implantação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, previstas na Resolução CNE/CES 3 de 19/02/02.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura constituiu-se em um levantamento retrospectivo e prospectivo, de dados bibliográficos e documentais (portarias, resoluções, relatórios) relativos aos paradigmas Estruturais e Conjunturais que diretamente ou indiretamente estão envolvidos na construção de um modelo curricular para o Curso de Graduação em Odontologia.

Os paradigmas Estruturais (bases evolutivas e legais) foram entendidos como os que se constituem na fundamentação dos aspectos legais que envolvem o processo educacional, sendo determinados por Decretos, Resoluções e outros diplomas legais.

Assim foram pesquisados:

- 1.1 - Dados Históricos sobre a origem da Odontologia, A transição para a Odontologia Moderna;
- 1.2 - A evolução do ensino da Odontologia no Brasil;
- 1.3 - A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação e as Novas Diretrizes Curriculares;
- 1.4 - A evolução da avaliação Educacional e Institucional no Brasil; e
- 1.5 - O Sistema Único de Saúde: O Programa de Saúde Família e o Brasil Sorridente.

Os paradigmas Conjunturais (bases circunstanciais) foram entendidos como os contributórios, indicativos, sinalizadores, propositores ou indutores para o aprimoramento e adequação do processo educacional.

Assim foram pesquisados:

- 2.1 - As contribuições da Associação Brasileira de Ensino Odontológico na Evolução do processo ensino-aprendizagem;
- 2.2 - Experiências inovadoras de ensino odontológico;

- 2.3 - As inovações introduzidas no Curso de Graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia na vigência do acordo CAPES/ABENO/KELLOGG;
- 2.4 - As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal;
- 2.5 - O Programa UNI: uma nova iniciativa na formação de profissionais da saúde para a América Latina;
- 2.6 - As Proposições da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a formação dos profissionais de Saúde Bucal para o século XXI;
- 2.7 - A Contribuição da Rede UNIDA para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde; e
- 2.8 - O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE.

1 – PARADIGMAS ESTRUTURAIS

1.1 - DADOS HISTÓRICOS SOBRE A ORIGEM DA ODONTOLOGIA

O começo exato da prática odontológica é difícil de ser assinalado, uma vez que na Antigüidade os indivíduos que preocupavam em aliviar a dor oral, assumiam outras responsabilidades, exercendo também outras atividades. Os homens de todas as idades e culturas estavam dispostos a manter com seu próprio trabalho os indivíduos de seu sistema social que atuavam como guardiões da saúde. O interesse principal do homem seria primeiro a sua alma, e imediatamente depois seu bem estar físico. Quando o homem primitivo se sentia acometido por enfermidade súbita, acreditava ser vítima da cólera do mesmo Deus ou dos mesmos Deuses que governavam as demais pessoas de seu ambiente. Em consequência, dirigia-se a “personagem sagrada” de seu grupo para interceder por ele. Assim surgiu o papel do “médico bruxo”, e durante séculos os grupos sociais mantiveram o sacerdote-médico. (MORRIS & BOHANNAN, 1976)

Ao que parece foram os egípcios quem primeiramente apoiaram a diferenciação de um “curador” independente. A primeira menção de um prático dental encontra-se na seguinte afirmação de Heródoto (século V – AC): *“Entre os egípcios o exercício da medicina está regulado e dividido de tal forma que se destinam médicos especiais para curar cada enfermidade e nenhum doutor se prestará a tratar enfermidades diferentes. Assim, o Egito abunda em doutores: os dos olhos, os da cabeça, alguns para os dentes, outros para o abdome.”* (RING, 1998).

Na literatura histórica de Roma, aparece outra referência precoce do prático oral independente; explica-se que muitas famílias desfrutavam de escravos especiais para a limpeza da boca. Estes escravos, precursores do higienista dental se chamavam “lentiscos”, pelos palitos de lentisco (aroeira) que utilizavam para limpar os dentes. (MORRIS & BOHANNAN, 1976 e RING, 1998).

A história da prática dental sempre esteve ligada à medicina, pois desde o começo da literatura médica Antiga, os autores médicos como: Esculápio, Hipócrates, Galeno, revelaram seu interesse pelas enfermidades bucais. (MORRIS & BOHANNAN, 1976).

Durante a Idade Média a prática da Medicina ficou nas mãos dos monges, que eram os únicos capazes de lerem as obras de Hipócrates e de Celsus. Posteriormente os ajudaram no aspecto cirúrgico os barbeiros das comunidades que rodeavam os monastérios. Em 1163, quando o papa Alexandre III decretou que a prática da sangria era incompatível com o sacerdócio, surgiu o Barbeiro-Cirurgião. E, evidentemente todas as exodontias eram praticadas por estes indivíduos. Em 1308 haviam alcançado tal prestígio que na Inglaterra criou o Grêmio de Barbeiros-Cirurgiões, por privilégio real.” (RING,1998).

Na França os Barbeiros-Cirurgiões haviam avançado muito mais que na Grã Bretanha. Guy de Chauliac era um famoso cirurgião francês em cujas obras havia muitas referências odontológicas. Descrevia diversos serviços que podiam realizar-se nos dentes, mas preferia que se encarregassem outros deste trabalho, ao que chamava de “dentators”. Posteriormente empregou o termo francês “dentiste” que se transformou em “dentist” em inglês. Durante certo tempo referia-se a estes indivíduos na França como “opérateurs pour le mal de dents” que em tradução livre equivaleria a “operadores dos dentes”, daí o termo dentisteria operatória. (MORRIS & BOHANNAN, 1976).

1.1.2 - A TRANSIÇÃO PARA A ODONTOLOGIA MODERNA

Ao entrar a civilização no período da história moderna, a prática dental foi estabelecida como especialidade sanitária independente, graças em grande parte pela influência de Pierre Fauchard, hoje considerado o pai da

Odontologia Científica ou Moderna. Ganhou muito prestígio para a Odontologia, como clínico famoso em Paris e seu renome e imortalidade concretizaram-se, principalmente, em sua grande obra “Le Chirurgien dentiste ou traité de dents”, publicada em 1728. (MORRIS & BOHANNAN, 1976 e RING, 1998).

O primeiro prático que na América (USA) seguiu os ensinamentos de Fauchard foi Sieur Roquet, que abriu um consultório em Boston em 1749. Depois a notoriedade alcançada pela Odontologia, na história da América colonial, pode ser atribuída, principalmente, aos desgraçados transtornos dentais de George Washington. (MORRIS & BOHANNAN, 1976).

É interessante revisar os antecedentes dos que ofereciam serviços como dentistas (EUA) durante os primeiros anos do século XIX, muitos haviam seguido estudos de medicina na Europa ou nos primeiros Colégios de Medicina dos Estados Unidos, mas restringiram suas atividades profissionais na boca. (MORRIS & BOHANNAN, 1976 e RING, 1998).

A Odontologia obteve categoria institucional com a fundação da primeira Escola no mundo, criada em 06 de março de 1840 nos Estados Unidos, em Baltimore (Maryland), através do Baltimore College of Dental Surgery, na mesma época foram fundadas a Primeira revista de Odontologia o América Journal of Dental Science e a primeira Associação de Classe, The América Society of Dental Surgeons (Sociedade Americana de Cirurgiões-Dentistas), e culminou o seu desenvolvimento acadêmico em Julho de 1867, ao obter a categoria Universitária na Universidade de Harvard. (MORRIS & BOHANNAN, 1976 e RING, 1998).

Em 1859 foi oficialmente instituído o Curso de Odontologia na Inglaterra, em 1880 na França e em 1884 na Alemanha, coincidindo com a implantação oficial no Brasil. (SALLES CUNHA, 1952).

1.2 - A EVOLUÇÃO DO ENSINO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

De acordo com Chaves (1977) o ensino da Odontologia pode ser dividido em três períodos:

- período de artesanato ou vocacional;
- período acadêmico e
- período humanístico.

1.2.1 - PERÍODO DE ARTESANATO OU VOCACIONAL (1500 a 1850)

O Ensino é empírico e a profissão é exercida como arte e ofício.

No Brasil de 1500 a 1600, tinha-se a figura dos “Comissários Delegados” que eram os representantes do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino. Eram, portanto, eles as autoridades sanitárias incumbidas de conceder graduações aos físicos, licença aos boticários e autorização para o exercício de arte de curar. A primeira lei que se refere à Odontologia no Brasil é de 09 de novembro de 1629. Trata-se da “Carta Régia” que faz a seguinte alusão:

“Por entendido que há anos os cirurgiões mores não visitam esse Reino, sendo necessário que seja visitado, pelos inconvenientes que resultam das curas que fazem sem serem examinados as pessoas que exercitam nela os ofícios de Cirurgiões ou Barbeiros.” (SALLES CUNHA, 1952).

A odontologia começou a se estruturar no Brasil como profissão por volta de 1800, época em que se estabeleceu o Plano de Exames da Real Junta do Protomedicato, exigindo do candidato à profissão de dentista, um exame que constava de conhecimento parcial de anatomia, métodos operatórios e terapêuticos para os profissionais que vinham para o Brasil, sendo na maioria

advindos da França e Portugal. Apenas após alguns anos foi concedida esta titulação a um brasileiro. (ROSENTHAL, 2001).

Algumas instâncias foram criadas para regulamentação das práticas sanitárias da época. A exemplo disso, a coroa instituiu, por meio de decreto, a *Junta de Higiene Pública* que possibilitou avanços nas medidas saneadoras. Este decreto ainda previa a regularização da formação em universidades estrangeiras, cujos diplomas não tinham sido legalizados pela Faculdade de Medicina do Império. A antiga prática, realizada pelos mestres de ofício, ainda era muito presente e realizada também por pessoas que não possuíam as habilitações concedidas pelo império. (ROSENTHAL, 2001).

No período de 1629 a 1850, a habilitação para o exercício da Odontologia no Brasil, era dado pelas “Cartas Régias”, sendo a profissão exercida por “Cirurgiões” ou “Barbeiros”. (SALLES CUNHA, 1952).

1.2.2 - PERÍODO ACADÊMICO (1850 a 1970)

O ensino é de nível superior geralmente ministrado em faculdades independentes, auto-suficientes, introvertidas, mas com alta tecnologia.

Em 1844 foram anexados os Cursos de Odontologia, com 02 (dois) anos de duração, às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Mas o marco inicial do período acadêmico foi a partir de 1850, quando surgiu a obrigatoriedade de prestação de exames nas Faculdades de Medicina para Habilitação da prática odontológica. (SALLES CUNHA, 1952)

A partir de 1851, o império passou a exigir que Médicos, Cirurgiões, Boticários, Dentistas e Parteiras, apresentassem as suas Cartas de Habilitação à Junta de Higiene. Com a intenção de melhorar o ensino e combater o charlatanismo, foram estabelecidos novos Estatutos às Faculdades de Medicina

e em 1856 foram aplicados os primeiros Exames para Dentistas e Sangradores. (ROSENTHAL, 2001).

A regulamentação do exercício profissional da Odontologia data de 14 de maio de 1856, com o Decreto 1.764, mas o ensino formal só teve início com o Decreto 7.247 de 19 de abril de 1879. (FERNANDES NETO, 2002).

Contudo, a concretização de fato do período acadêmico ocorreu em 1884, no governo imperial, graças à interferência e atuação do Visconde de Sabóia, quando em 25 de outubro de 1884, através do Decreto 9311, foram oficial e simultaneamente, criados os dois primeiros Cursos de Odontologia de Nível Superior, nas Faculdades de Odontologia do Rio de Janeiro e da Bahia, com duração de 03 (três) anos.

Em 24 de julho de 1893, por meio do Decreto 1482, houve uma reforma no ensino odontológico no país, sendo denominada de “Reforma Alvarenga”. (SALLES CUNHA, 1952).

Em 05 de abril de 1911, por meio do Decreto 8.661, foi introduzida a cadeira de Técnica Odontológica, com ensino em manequins. (FERNANDES NETO, 2002).

Em 24 de outubro de 1919, por meio do Decreto 3830, se deu a autonomia dos Cursos transformando-os em “Faculdades de Odontologia”, quando o curso passou a ter 04 (quatro) anos de duração. Entretanto, em 1925, com a reforma denominada “João Luiz Alves” o curso voltou a ser ministrado em 03 (três) anos letivos. A autonomia, propriamente dita veio em 1933, com o Decreto 29512 de 28 de novembro de 1933.

Em 1961, com a Lei n 4.024, o Conselho Federal de Educação (CFE) passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores. (FERNANDES NETO, 2002).

Em 1962, o Conselho Federal de Educação, órgão do Ministério da Educação e Cultura, por meio do Parecer 299/62, fixou a duração do Curso de Odontologia em 04 (quatro) anos e dividiu o elenco de matérias em dois ciclos: um básico e outro profissionalizante.

A regulação da profissão iniciou em 1964 por meio da Lei nº. 4324/64 (CFO, 2006a) que instituía o Conselho Federal e Estaduais de Odontologia com a finalidade de “supervisionar a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente” (CFO, 2006a). A profissão foi oficialmente regulamentada, em 1966, por meio da Lei 5081/66 (CFO, 2006 b).

1.2.3 - PERÍODO HUMANÍSTICO (a partir de 1970)

O ensino está voltado mais para o “coletivo e social” onde o homem é valorizado em todos os seus aspectos.

Em 1970, o Conselho Federal de Educação re-estudou a matéria emitindo Parecer 840/70 do CFE, aprovado em 11 de novembro de 1970. Este parecer fixou em 3240 horas/aula o currículo mínimo do curso de graduação em Odontologia a serem cumpridas no mínimo em três anos e no máximo em cinco anos letivos.

Embora já existissem algumas recomendações, foi somente a partir de 1970, que vários grupos, Instituições, Associações e Organizações diretamente ligadas ao Ensino e interessadas no desempenho da Odontologia, enquanto uma Profissão de Saúde passaram a propor mudanças no chamado **“MODELO DE ENSINO TRADICIONAL”**, que tem como características: direcionado primordialmente para a patologia, com ênfase no curativo e reabilitador, com escassas atividades preventivas e coletivas,

descompromissado com a realidade da população, com atividades predominantemente intra-murais.

Diante dessa realidade, propuseram medidas que valorizassem os conhecimentos técnicos e científicos orientados para a Promoção de Saúde, em que a Prevenção das Doenças Bucais constituiria o enfoque principal, atuando de maneira Integrada, tanto no aspecto coletivo como individual, sendo o paciente sempre considerado um ser bio-psíquico-social, inserido em um meio ambiente biológico, físico, cultural e econômico.

Norteados por essas orientações, é que em 1982, o Conselho Federal de Educação, por meio da Resolução 04/82 de 03/09/82, fixou os conteúdos mínimos e a duração mínima do Curso de Odontologia de 3600 (três mil e seiscentas) horas, integralizadas no mínimo em oito semestres e no máximo em dezoito semestres letivos; introduziu a disciplina de Clínica Integrada tendo a orientação expressa de introdução das Ciências Sociais (Sociologia, Antropologia e Psicologia) e da Odontologia Social e Preventiva. Este currículo mínimo vigorou até de 20 de dezembro de 1996. (FERNANDES NETO, 2002).

1.3 - A ATUAL LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO E AS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES

1.3.1 - A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

Em 20 de dezembro de 1996 foi promulgada a Lei 9.394 que “Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”. O Projeto desta Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) foi encaminhado à Câmara Federal, pelo Deputado Octávio Elísio em 1988. No ano seguinte o Deputado Jorge Hage envia a Câmara um substitutivo ao Projeto e, em 1992, o Senador Darcy Ribeiro apresenta um novo Projeto que acaba por ser aprovado em dezembro de 1996, oito anos após o encaminhamento do Deputado Octávio Elísio. É a Lei que define as aplicações, na prática escolar, dos princípios

formulados na constituição nacional e que deve ser obedecida em todos os níveis e instituições da escolaridade.

A LDB define a Educação como:

"... processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais" (Lei 9.494/96 – Art. 1º).

Está fundamentada nos princípios de liberdade e ideais de solidariedade humana e tem como finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, prevendo a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; gestão democrática do ensino público e o aproveitamento formal de experiências extra-escolares, como carga curricular.

Estabelece que seja dever do Estado: o ensino fundamental universal e gratuito, em qualquer idade; o atendimento ao deficiente, preferencialmente na rede regular de ensino; a educação pré-escolar incluindo creches e pré-escolas (0 a 6 anos); - o ensino noturno; o ensino para jovens e adultos; o atendimento a necessidades específicas e a garantia de padrões mínimos de qualidade de ensino.

Como direito do cidadão estabelece: o direito a acionar o poder público, caso não tenha acesso à educação fundamental obrigatória; oferecer ensino privado, desde que tenha capacidade de autofinanciamento e para os pais o dever de matricular e manter os filhos no ensino fundamental a partir dos 7 anos.

Estabelece uma divisão de competências entre União, Estados e Municípios e determina os níveis de ensino, de acordo com:

QUADRO 1 – Divisão de competências entre união, estado e municípios de acordo com a atual LDB.

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
-elaboração do Plano Nacional de Educação - elaboração, junto com os Estados e Municípios, de competências e diretrizes para a educação infantil, fundamental e o ensino médio - assegurar processo nacional de avaliação no ensino fundamental, médio e superior - prestação de assistência técnica e financeira aos Estados e Municípios - ENSINO SUPERIOR: baixar normas gerais; assegurar processo nacional de avaliação; autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar os cursos das instituições de ensino superior.	- definir formas de participação no ensino fundamental, junto com os municípios; - participar da elaboração e execução das diretrizes e planos educacionais, em consonância com a União; - assegurar o ensino fundamental e oferecer com Prioridade o ensino médio.	- oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas e oferecer com prioridade o ensino fundamental; - baixar normas complementares para a sua rede de ensino.

QUADRO 2 – Níveis de ensino de acordo com a LDB atual

NÍVEL	CARACTERÍSTICAS
EDUCAÇÃO BÁSICA	Compreende educação infantil, ensino fundamental e ensino médio. - o objetivo da educação básica é fornecer ao educando meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores; - as escolas podem organizar grupos não seriados, com base na idade, na competência ou em outros critérios; - carga horária anual: 800 horas e 200 dias letivos; - possibilidade de organização diferenciada para a escola rural.
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS	Perde a denominação de ensino supletivo, de acordo com a obrigatoriedade para o Estado no oferecimento do ensino fundamental - Lei mais flexível, permite a oferta de ensino supletivo, ensino à distância, realização de exames. - Idade mínima se reduziu de 18 para 15 anos (Ensino Fundamental) e de 21 para 18 anos (Ensino Médio).
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	Excluída como característica obrigatória (formal) do Ensino Médio e como parte integrante do Ensino Fundamental, fica entregue as escolas técnicas e centros especializados. - Caracteriza-se como uma interface do pós-secundário, mas pode ser feito paralelamente ao Ensino Médio.
ENSINO SUPERIOR	Finalidades: - estimular a criação cultural e desenvolver o espírito científico; - formar diplomados aptos para a inserção em setores profissionais; - incentivar a pesquisa e investigação científica; - promover a divulgação dos conhecimentos que constituem patrimônio da humanidade, através do ensino, das publicações e outras formas de comunicação; - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e sua concretização; - estimular o conhecimento dos problemas do mundo atual; - promover a extensão cultural. Prevê um processo regular de avaliação das instituições do Ensino Superior, com a possibilidade de desativação de cursos e habilitações. O Poder Público Federal é que autoriza o oferecimento de cursos. - Ano letivo: 200 dias, excluído o tempo dos exames finais. - Os diplomas são registrados pelas próprias universidades, públicas ou particulares. - Deve articular-se com a legislação para o ensino médio. - Exigências mínimas: produção institucionalizada mediante estudo sistemático de temas e problemas; um terço do corpo docente de mestres e doutores; um terço do corpo docente em regime integral. - Pode-se abreviar o curso para alunos com excepcional aproveitamento de estudos, não para oferecer cursos de duração compacta. - As universidades ganham autonomia para decidir sobre sua organização administrativa. - Prevê a gestão democrática das universidades
EDUCAÇÃO ESPECIAL	Incluída pela primeira vez de forma mais extensa, numa L.D.B: "A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil." Prevê o oferecimento preferencial na rede regular de ensino: inserção do deficiente na rede regular de ensino. O atendimento em classes ou escolas especiais será feito apenas quando não for possível a integração em classe comum. Prevê "quando necessário" a existência de serviços de apoio especializado. O superdotado fica "pressuposto" entre os educandos com necessidades especiais.

*A educação básica está definida em níveis, quais sejam:

QUADRO 3 – definição da educação básica de acordo com a LDB atual

. EDUCAÇÃO INFANTIL	ENSINO FUNDAMENTAL	ENSINO MÉDIO
Definida em lei como "educação" - o grande avanço - Finalidade: desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. - Instituições: creches, até 3 anos e pré-escolas, de 4 a 6 anos.	Independente da idade. Finalidade: "formação básica do cidadão", com desenvolvimento da capacidade de aprender, incluindo a leitura, escrita e cálculo; "compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade"; fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca. - pode durar mais de 8 anos; - permite adoção de ciclos e da progressão continuada; - permite ensino à distância; - propõe adoção gradativa da escola de tempo integral.	Vinculado ao oferecimento de formação humanística e científica, desvinculando-se da profissionalização (característica da lei anterior). - Finalidades: "consolidação e aprofundamento dos estudos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos", "aprimoramento do educando como pessoa humana", "compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos dos processos produtivos, relacionando a teoria com a prática", "preparação básica para o trabalho e a cidadania (...) para continuar aprendendo". Só facultativamente a habilitação profissional poderá ser oferecida

Estabelece para os profissionais de Educação que a formação de docentes para atuarem na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena em universidades e institutos superiores de educação, admitida como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nas quatro primeiras séries do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal. A formação docente, exceto para a educação superior, incluirá prática de ensino de, no mínimo, trezentas horas. A preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado.

A LDB confere um maior grau de autonomia e liberdade de organização às Instituições de nível superior, trazendo importantes transformações para a estruturação da educação nacional. Enfatiza os processos de avaliação visando à melhoria da qualidade de ensino e, como recurso para regulação do setor, a acreditação de instituições e cursos. (INEP, 2004).

1.3.2 - AS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES

O Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior por meio da Resolução 3, de 19 de Fevereiro de 2002 (publicada no Diário Oficial da União em 04/03/2002) “Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia”, estabelecendo maior amplitude de definições gerais e de flexibilidade.

O perfil do profissional a ser formado é um Cirurgião-dentista, profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

A formação do C.D. tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais e específicas.

As competências e habilidades gerais envolvem:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma

integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e da bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo.

Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

Liderança: no trabalho em equipe multi profissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta

forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

As competências e habilidades específicas conjugadas com as gerais capacitam o C.D. executar os seus serviços, no melhor interesse do indivíduo ou da comunidade, dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e da bioética, atuando multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde, fundamentado em princípios científicos e de cidadania.

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

Ciências Biológicas e da Saúde: incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações de correntes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

Ciências Humanas e Sociais: incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Ciências Odontológicas: incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

- Propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de Patologia Bucal, Semiologia e Radiologia.
- Clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de Materiais Dentários, Oclusão, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prótese, Implantodontia, Cirurgia e Traumatologia bucomaxilo- faciais.
- Odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de Patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

A formação do cirurgião-dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob a supervisão do docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária mínima do curso de graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o curso de graduação em Odontologia e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou à distância. Podem ser reconhecidos:

- monitorias e estágios;
- programas de iniciação científica;
- programas de extensão;
- estudos complementares;
- cursos realizados em outras áreas afins.

O curso de graduação em Odontologia deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e

adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico deverão orientar o currículo do curso de graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do curso de graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para a conclusão do curso de graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A estrutura do curso de graduação em Odontologia deverá:

- estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva.

Deverá explicitar como objetivos gerais:

- definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:
- formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
- formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes;
- cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade;
- aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular;

- utilizar metodologias de ensino/aprendizagem que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem; é importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de Odontologia deverão ser acompanhados e permanente mente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O curso de graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação defini do pela IES à qual pertence.

1.4 - A EVOLUÇÃO DA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL E INSTITUCIONAL NO BRASIL

Historicamente, os processos de avaliação tanto Institucional quanto Educacional, sempre exerceram no âmbito das IES, certa inquietação, que na grande maioria das vezes, mobiliza um ou mais de um segmento, no sentido de atender as exigências ou quesitos que serão avaliados, podendo desencadear ações que envolvem a melhoria ou adequação espaço físico e equipamentos, acervo bibliográfico, contratação e/ou capacitação de docentes, técnicos e

peçoal administrativo, reformulação ou adequação do processo didático-pedagógico.

Até o início da década de 80, a produção acadêmica no âmbito da temática da Avaliação Institucional e da Avaliação da Educação Superior tinha pouco destaque. (INEP, 2004).

Foi em 1983 que surgiu a primeira proposta de avaliação da Educação Superior no País: O Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU). Constou na elaboração de questionários que foram respondidos por estudantes, dirigentes universitários e docentes. Teve como objetivo verificar o impacto da Lei 5.540/68 em relação à estrutura administrativa, à expansão de matrículas, a relação entre atividades de ensino, pesquisa e extensão e vinculação com a comunidade. (INEP, 2004).

Em 1985, surgiu no MEC uma proposta de avaliação da Educação superior vinda da comissão de Alto Nível: Grupo Executivo para a Reforma da Educação Superior (GERES). Utilizando uma concepção regulatória, apresentava a avaliação como contraponto à autonomia das IES, dando relevo às dimensões individuais, seja no alunado, seja dos cursos e instituições, embora se mantenha a preocupação com as dimensões institucionais. Os resultados da avaliação – como controle da qualidade das instituições (públicas e privadas) – implicariam a distribuição de recursos públicos que deveriam ser direcionados para os “Centros de Excelência” ou Instituições com padrões internacionais de produção acadêmica e de pesquisa. (INEP, 2004 e LOMBARDO, 1998).

Em 1993, surge o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB). Sustentado no princípio da adesão voluntária das universidades, o PAIUB concebia uma auto-avaliação como etapa inicial de um processo que, uma vez desencadeado, se estendia a toda a instituição e se completava com a avaliação externa. Embora tenha sido uma

experiência curta, conseguiu dar legitimidade à cultura da avaliação e promover mudanças visíveis na dinâmica universitária. O programa recebeu ampla adesão das universidades brasileiras, mas a sua implementação foi afetada pela interrupção do apoio do MEC, transformando-se em processo de avaliação meramente interno as instituições, com conseqüente impacto negativo sobre o seu desenvolvimento. (INEP, 2004 e LOMBARDO, 1988).

Em 1995, por meio da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, foi criado o novo Conselho Nacional de Educação estabelecendo a referida lei, entre outras coisas, que as instituições de educação superior, inclusive universidades, passariam por um processo periódico de re-credenciamento, com base em avaliações abrangentes. Segundo essa Lei, as avaliações incluíram exames nacionais dos cursos de graduação (ENC-Provão), sendo aplicados anualmente aos alunos concluintes desses cursos, e determinava que os exames fossem implantados gradativamente.

O curso de Odontologia teve a sua primeira avaliação a partir da segunda edição, ou seja, em 1997. (BRASIL, 1999).

Antes mesmo da realização do primeiro ENC-Provão (novembro de 1996), o Ministério da Educação definiu o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior, com avaliações mais abrangentes, conforme determinava a Lei nº 9.131/95, com a promulgação do Decreto nº 2.026, de 10 de outubro de 1996, que dispunha sobre o sistema de avaliação em que se inseria o Exame Nacional de Cursos. (BRASIL, 1999).

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394, em 20 de dezembro de 1996, foram reiterados os princípios do ENC-Provão.

O ENC tomou por base, entre outros, o pressuposto de que a avaliação pelo Exame tem função diagnóstica, com possibilidades de

proporcionar, ao longo dos anos, uma visão de um dos aspectos do ensino de graduação, e deve ser complementada por avaliações de outras variáveis desse nível de ensino. (BRASIL, 1999).

As instituições de educação superior são heterogêneas em relação a vários aspectos. Os diplomas oferecidos por essas instituições, em que pese sua heterogeneidade, entretanto, têm idêntica validade em todo o território nacional. O Exame, portanto, sendo uma avaliação de caráter nacional, é referenciado a normas e avalia as habilidades e os conhecimentos fundamentais exigidos em cada uma das áreas. (BRASIL, 1999).

Outro pressuposto básico para a avaliação dos cursos de graduação foi que o estabelecimento das normas para a realização do Exame em cada área incluía, necessariamente, a participação da comunidade acadêmica, daqueles que estão diretamente envolvidos com o ensino de graduação na sua respectiva área. Foram nomeadas, para esse fim, comissões de professores provenientes de diversas regiões do País e de instituições de educação superior subordinadas a diferentes dependências administrativas. Essas comissões foram subsidiadas por informações enviadas pelas próprias instituições sobre os projetos pedagógicos desenvolvidos nos seus cursos. A comunidade acadêmica estava envolvida também em todas as fases do processo de avaliação, desde a identificação dos alunos em condições de concluir o curso, que deveriam ser inscritos para o Exame, até a avaliação das provas aplicadas, com críticas e sugestões para seu aperfeiçoamento. (BRASIL, 1999).

A avaliação dos cursos de graduação foi complementada por outros processos, conforme preceituava o Decreto nº 2.026/96. Com esse objetivo, o Ministério da Educação colocou em prática, logo após a publicação dos resultados do primeiro Exame Nacional de Cursos, um novo instrumento, que consistiu em visitas às instituições de educação superior que ofereciam cursos que tinham participado do Exame. O objetivo dessas visitas era verificar a

qualidade do projeto pedagógico do curso, a qualificação de seu corpo docente e as condições de infra-estrutura oferecidas para o desenvolvimento das suas atividades didático-pedagógicas. (BRASIL, 1999).

Com relação ao cumprimento da determinação legal de promover a renovação periódica do reconhecimento dos cursos de graduação, o Ministério da Educação baixou a Portaria nº 755, de 11 de maio de 1999, que determinava a abertura de processo de renovação de reconhecimento para todos os cursos avaliados com conceito D ou E por três anos consecutivos no Exame Nacional de Cursos ou que tenham conceito CI (Condições Insuficientes) em pelo menos dois aspectos avaliados nas visitas feitas para verificação das condições de oferta. (BRASIL, 1999).

O ENC-Provão foi aplicado aos formandos no período de 1996 a 2003, tendo neste ano participado mais de 470 mil formandos de 6.500 cursos de 26 áreas. (FERNANDES NETO *et al*, 2006).

Em 2004, por meio da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), com o objetivo de assegurar processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes, nos termos do art. 9º, VI, VIII e IX, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (INEP, 2004).

O SINAES tem por finalidade a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional e efetividade acadêmica e social e, especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional. (INEP, 2004).

O sistema integra todos os instrumentos de avaliação da educação superior, tendo como enfoque central a instituição, isto é, leva em conta os pilares que sustentam a instituição e que, portanto, influenciam diretamente os seus cursos, departamentos, programas e atividades de ensino, pesquisa, extensão e administração. (SINAES-INEP, 2003).

Os indicadores da avaliação institucional são, dentre outros, os relacionados à missão institucional, à vocação, à política de seleção, contratação e capacitação do corpo docente e técnico, à política de aquisição de acervo bibliográfico, à inserção social e compromisso com a justiça, ao compromisso com o avanço das artes e das ciências, à infra-estrutura, enfim, à forma de conduzir os destinos da instituição. (SINAES-INEP, 2003).

A avaliação participativa, a integração, o rigor, a eficácia informativa, a flexibilidade e a institucionalidade. Com isso, a avaliação é mais completa e global, e não-pontual. O SINAES propõe ampliar as informações sobre instituições, cursos e programas e divulgará a sociedade com mais exatidão, com mais frequência, e de forma mais abrangente. Por meio dele, será possível orientar as instituições, informar adequadamente a sociedade e instrumentalizar as políticas públicas de forma mais eficaz, para que estas atendam melhor à necessidade da população. (SINAES-INEP, 2003).

A gestão do sistema é de responsabilidade da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), indicada pelo Ministério da Educação. A Comissão é composta por 12 integrantes nomeados pelo presidente da República, e os nomes devem ter reconhecimento nacional como especialistas na área de avaliação ou de gestão da educação superior. Esta Comissão coordenará todo o processo, garantindo maior uniformidade de orientação e procedimentos, e definirá também a política de recrutamento e capacitação dos avaliadores. (SINAES-INEP, 2003).

O SINAES tem quatro instrumentos de avaliação e cinco de informação.

1. Instrumentos de avaliação:

- 1.1 - Auto-avaliação institucional: Será feita pelos professores, alunos e demais profissionais da instituição com base em um roteiro mínimo, elaborada pela CONAES, que deve ser seguido por todas as IES. A auto-avaliação será realizada de forma permanente, como etapa preparatória para a avaliação externa. Os resultados podem ser publicados a qualquer tempo pela instituição e deverão fazer parte do relatório a ser submetido a cada três anos à CONAES.
- 1.2 - Avaliação institucional externa – Será realizada por uma comissão de avaliadores, com competência técnica em avaliação, especialmente capacitada pela CONAES. O seu objetivo será avaliar a instituição e verificar, *in loco*, a cada três anos, se a IES fez a auto-avaliação seguindo o roteiro mínimo estabelecido e de acordo com os princípios definidos pela CONAES. Dependendo da natureza ou do tamanho da instituição, a comissão fará a análise e a avaliação tanto da instituição quanto dos cursos.
- 1.3 Avaliação das condições de ensino (ACE) – Será aplicada aos cursos nos casos em que a comissão de avaliação institucional julgar necessária uma verificação *in loco*. A ACE também subsidiará os processos de reconhecimento de cursos novos. O reconhecimento acontecerá após três anos da autorização para funcionamento e coincidirá com o credenciamento da nova instituição. Os cursos novos de IES credenciados terão que ser avaliados para reconhecimento antes da primeira formatura.
- 1.4 Paideia (do grego, formação do homem) – É o Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área. Este instrumento subsidiará a auto-avaliação e a avaliação externa. O Paideia terá uma prova aplicada, por amostragem, aos alunos no meio e no final do curso. Para fins operacionais, os cursos serão distribuídos em quatro grandes áreas: ciências humanas, exatas,

tecnológicas e biológicas e da saúde. No primeiro ano, será avaliada uma área, no segundo, outra e a partir do terceiro ano, sempre duas áreas. A primeira avaliação ocorreu no ano de 2004. (SINAES-INEP, 2003).

2 - Instrumentos de informação:

2.1 - Censo da Educação Superior

2.2 - Cadastro das Instituições e Cursos

2.3 - Sistemas de Registro da Capes e da Secretaria da Educação Média e Tecnológica/MEC

2.4 - Plano de Desenvolvimento Institucional

2.5 - Projeto político-pedagógico do curso

QUADRO 4 - Comparativo entre o ENC/PROVÃO e o PAIDEIA/ENADE

ENC/Provão	PAIDEIA/Enade
É um exame de verificação	É um processo de avaliação da trajetória da área ao longo do tempo
Avalia o curso com base no pressuposto de que o desempenho dos alunos em uma prova é igual à qualidade do curso	Avalia os conhecimentos dos alunos, no meio e no final do curso
É obrigatório a todos os alunos	É realizado por amostragem
É aplicado apenas aos concluintes dos cursos	Cada área é avaliada de dois em dois anos
Atribuem conceitos que não permitem definir um padrão de qualidade para os cursos	Gera informações qualificadas que vão além dos conteúdos específicos da área profissionalizante

Fonte: Informativo INEP edição especial de 05 de setembro de 2003

A substituição do ENC-Provão pelo PAIDEIA-Enade, além dos motivos já expostos, na ótica de seus propositores, consideram que o Provão passa informações equivocadas à população. Por exemplo: Um conceito “A” não quer dizer excelente e um “E” não quer dizer péssimo. Um exemplo disso pode ser verificado nos resultados de 2002: a nota 41,3 em Administração é “A”, já a nota 48,6, em Odontologia, é “E”. Constata-se que os conceitos divulgados à população supostamente indicativos de qualidade, não

expressam a real qualidade dos cursos, gerando desinformação e desorientação da sociedade. O resultado do Provão também depende da postura do avaliado, o que impede, por exemplo, em caso de boicote ou de premiação, a mensuração da realidade. Além disso, o seu custo é muito elevado e sua abrangência é restrita. Em 2002, o Provão avaliou cerca de cinco mil cursos, mas existem hoje cerca de quatorze mil cursos de graduação no País. Na área de Engenharia, o Provão avaliou quatro habilitações (Engenharia Mecânica, Elétrica, Civil e Química). O Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia já classificou mais de 100 habilitações de Engenharia. Desta forma, o Provão não consegue avaliar a diversidade do sistema e o seu crescimento. O custo do Provão, no ano passado, foi de cerca de R\$ 35 milhões. Para conseguir abranger todo o sistema, os recursos financeiros teriam que ser muito superiores, com resultados que não correspondem ao investimento realizado. (SINAES-INEP, 2003)

1.5 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PROGRAMA DE SAÚDE FAMÍLIA E O BRASIL SORRIDENTE

1.5.1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº. 8.142/90. Os princípios constitucionais do SUS estão no Título VII. Da ordem social – Capítulo II, Da seguridade social, Seção II–Da saúde: artigos 196 a 200.

Nos estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde deve-se, segundo France (1997), distinguir dois tipos de reforma: *big bang* e incremental. As reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. As reformas incrementais, ao contrário, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos.

Desta forma, a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser considerada de tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse novo modelo definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos de regulamentação do sistema. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais, exigindo conseqüentemente, também uma mudança no sistema formador de recursos humanos para a saúde.

É importante ser destacado que o SUS estabelece um marco regulatório em relação ao Sistema Educacional para a Saúde, pois expressamente consta:

“Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento e a formação de recursos humanos na área de saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988. Art. 200, III e IV).

Sendo, portanto, um referencial extremamente importante de ser considerado, pois, trata-se hoje não só de um grande sistema de inclusão social, como também o mercado de trabalho com maior absorção de recursos humanos na área da saúde. (CAMPOS *et al*, 2003).

1.5.2 – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - (PSF)

O Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema *Saúde da Família*, convocada pelo então ministro da Saúde Henrique Santillo. Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde - expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais. (VIANA & DAL POZ, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994 e 1996).

O PSF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura - por família. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

Por isso, pode-se afirmar também que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado essa forma, ele não constituiu, então, apenas mais um programa vertical do Ministério da Saúde (uma ação paralela ao sistema de saúde). Foi também um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. Porque no momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos – como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se

tornou, sobretudo, um instrumento de (re) organização dos modelos locais de saúde. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

Esse processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Por último, cabe assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

O primeiro documento do PSF data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993 e foram citados ainda todos os participantes da reunião. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

Assinale-se que, a partir de 1996, o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1994 e 1996).

1.5.3 - BRASIL SORRIDENTE

Segundo Pucca Jr (2006), o Brasil Sorridente é a política nacional de saúde bucal e não uma política apenas do governo federal. É uma política que está sendo construída há muitos anos neste país por diversos setores da sociedade. Setores vinculados aos movimentos sociais da saúde pública, profissionais, entidades avançadas. O que o governo federal vem implantando

começou a ser desenhado desde o início da reforma sanitária brasileira., estando fundamentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Depois de sua estruturação e formatação, no Ministério da Saúde, foi discutido com o Conass, Conassem e com o Conselho Nacional de Saúde. O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde. (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000).

A organização deste modelo está fundamentada nas linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. Acima de tudo em que o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, conheça cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o bom funcionamento da equipe de trabalho é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas, precisando, para tanto. Alterar o processo de trabalho. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Para se adequar esse processo ao novo modelo são princípios básicos: primeiro, *interdisciplinaridade e multiprofissionalismo*; segundo, *integralidade da atenção*; terceiro, intersetorialidade; quarto, ampliação e qualificação da assistência e, por último, interação nas condições de trabalho. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

A política do Brasil Sorridente está, então, estruturada em grandes frentes de ação, dentro das quais estão sendo conduzidas suas atividades. A primeira delas foi a reorganização da atenção básica, tendo sido feita

preferencialmente pela estratégia de saúde da família. Aliado a isso, se faz necessário ampliar o número de profissionais para a atenção na rede básica, para as equipes de saúde bucal, de saúde da família, o que conseqüentemente aumentará as ações de promoção à saúde bucal, o leque de procedimentos clínicos que são ofertados na atenção básica, melhorando a resolutividade. Depois de reprogramada a atenção básica, avançou-se para a média complexidade. Aliás, esse é um gargalo importante do SUS, não apenas da saúde bucal. A população passa a ter acesso também a tratamento especializado na rede pública, por meio de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Esses estabelecimentos de saúde oferecem à população acesso à periodontia, endodontia, cirurgias orais, diagnóstico de câncer bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais. (PUCCA Jr, 2006).

Outra ação que está sendo conduzida dentro do Brasil Sorridente é a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Juntamente com as mortes por câncer de boca, o grande número de desdentados é um de nossos principais problemas de saúde bucal. Em todo o País, 75% dos idosos não têm um dente sequer na boca. Na faixa etária entre 30 e 44 anos, 30% dos adultos são desdentados. Desses, mais de 15% precisam de pelo menos uma dentadura. Entre os adolescentes há cinco mil desdentados, sem próteses na boca. Somente 10% dos idosos têm 20 ou mais dentes na boca. Entre os adultos, esse percentual sobe para 54%. Entre os jovens com idade entre 15 e 19 anos, apenas 55% têm todos os dentes. (BRASIL, 2002). E ainda, segundo números apurados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que, até o ano de 2003, quase 28 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. (IBGE, 2003).

Ainda de acordo com dados do SB Brasil verificou-se que a incidência de cárie é 49% maior nos municípios que não têm água fluoretada. Em virtude desse dado O Brasil Sorridente propõe o desenvolvimento de ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde

(Funasa), para que 100% dos municípios possam ter a fluoretação da água distribuída pelos sistemas de abastecimento público. (A fluoretação é estabelecida por lei federal de 1974). (BRASIL, 2002).

O Brasil Sorridente estabelece ainda a efetiva incorporação do pessoal auxiliar na equipe de saúde bucal, sendo absolutamente estratégico a adoção de um modelo com uma prática mais compartilhada. Assim, as equipes são formadas em duas modalidades: Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e por um auxiliar de consultório dentário, e modalidade II, que contam também com um técnico em higiene dental, acrescidos de dois consultórios odontológicos, para que CDs e THDs possam realizar atendimentos simultaneamente, recebendo incentivos proporcionais às modalidades. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Pucca Jr. (2006) relata que é importante destacar que os ganhos de uma política nacional de saúde bucal não são revertidos apenas para a população assistida, mas para os próprios profissionais da área de saúde bucal. O Brasil sorridente é mais um campo de trabalho importante para esses profissionais. Nossa previsão é de que as frentes de ação do programa sejam capazes de gerar pelo menos 25 mil empregos diretos para cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, protéticos e técnicos em higiene dental, sem contar com os novos postos na área administrativa.

2 – PARADIGMAS CONJUNTURAIS

2.1 - AS CONTRIBUIÇÕES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO NA EVOLUÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), desde 1956, quando da sua criação, vem exercendo um importante papel no impulsionamento das propostas inovadoras no ensino Odontológico. A ABENO integrou a Comissão mista composta pelo Serviço Especializado de Saúde Pública-SESP, a Internacional Cooperation Administration e com a participação de membros da Comissão Especial de Reforma do Ensino Odontológico, tendo a Associação implementado um programa de bolsas em convênio com a CAPES, para estágios de docentes nas Faculdades brasileiras e para estágios nos Estados Unidos. Na década de 80, a ABENO celebrou um convênio tripartite com a participação da CAPES e a Fundação Kellogg, quando então foi lançado o projeto CAPES/ABENO/KELLOGG-ODONTOLOGIA: docência e serviços, que visava dar condições para que as Escolas de Odontologia pudessem formar um Cirurgião-Dentista Clínico Geral, com uma filosofia social e preventiva, tendo sido selecionadas 16 Escolas. (CAPES, 1984 e FERNANDES NETO *et al*, 2006).

Na evolução dos vários aspectos pertinentes ao ensino odontológico, tais como: currículo mínimo, estrutura curricular, definição de áreas e estratégias de ensino para o ciclo básico, pré-clínico e clínico, adequação do perfil profissional, formação de recursos humanos em odontologia, a ABENO tem-se mostrado não só presente, mas fundamentalmente, oferecendo as diretrizes necessárias à orientação dos rumos da Odontologia Brasileira. (FERNANDES NETO, 1998).

Em 1961 propôs a ampliação do currículo odontológico mínimo para quatro anos, o agrupamento de disciplinas em departamentos para permitir o entrosamento de disciplinas afins e o “estudo orientado” com o objetivo de

aproveitar o tempo do estudante. Nos anos 70, a criação da disciplina de Clínica Integrada gerou intensas discussões, que catalisadas e articuladas pelo ABENO, finalmente é introduzida no currículo com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, que estabelecia ainda, a carga horária mínima de 3.600 horas e de 8 semestres a duração mínima do curso, como também incorporava a obrigatoriedade das ciências comportamentais e sociais no currículo, o que constituía-se em uma evolução na educação odontológica.(CAPES, 1984 e FERNANDES NETO *et al*, 2006).

Em 1993, na XXIX reunião da ABENO, realizada na cidade do Rio de Janeiro, a Comissão de Especialistas em Odontologia (SESu/MEC) apresentou os estudos preliminares sobre padrões de qualidade para o funcionamento de um Curso/Faculdade de Odontologia, com a finalidade de subsidiar as comissões a serem designadas, para analisar os pedidos de autorização de funcionamento e de reconhecimento de novos cursos, bem como para avaliar os cursos já existentes. O assunto foi debatido na plenária, tendo a Comissão colhido importante material para o prosseguimento do trabalho.

Em 1994, o documento intitulado “Padrão médio de um Curso de Odontologia” foi aprovado e submetido à apreciação da SESu/MEC (BARBOSA *et al*, 1994). Este documento foi a base da avaliação Institucional prevista na LDB de 1994, constituindo-se inicialmente na Avaliação das Condições de Oferta do Curso que posteriormente se transformou em Avaliação das Condições de Ensino: organização didática pedagógica, o corpo docente e as instalações dos cursos. (ACS, 2003)

A partir de 1997, um ano após a publicação da LDB, a Associação tem estimulado discussões sobre o Exame Nacional de Avaliação do Ensino Superior – PROVÃO, em que as escolas de odontologia passaram a ser avaliadas nas suas condições de oferta e também em relação ao seu corpo discente, além de outros temas como a construção de projetos pedagógicos,

Bioética e assuntos relacionados com as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para o curso. (XXXII REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, 1997).

O assunto das DCN foi abordado em todas as reuniões a partir de 1997, porém com foco na adaptação dos cursos à nova legislação vigente, mais do que um espaço de discussão e construção coletiva das mesmas. A ABENO participou do processo de elaboração das DCN por meio de reuniões realizadas no Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo - NUPES, que abriga o "Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia", constituído por representantes de universidades paulistas, com a participação especial da Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Nestas reuniões foram discutidos vários aspectos sobre o ensino da Odontologia e construídos alguns documentos de referência. (PERRI DE CARVALHO, 2001).

Numa primeira etapa, esse grupo discutiu o modelo e concepção do profissional a ser formado e algumas bases teóricas para o exercício da profissão. Em seguida, discutiu-se um projeto pedagógico de curso de odontologia, definidos pela Comissão de Especialistas de Ensino da Odontologia. (PERRI DE CARVALHO, 2001).

Em outras oportunidades, foi discutido o documento "Instrumento de Verificação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação em Odontologia", depois aprovado pela 32ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (XXXII REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, 1997) e pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC.

Discutiu-se e elaborou-se também o documento Projeto Pedagógico para Curso de Odontologia, aprovado pela 33ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (XXXIII REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO

BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, 1998), já incorporando as principais linhas do atual projeto de Diretrizes Curriculares. Nesta reunião ainda foram amplamente debatidos dois outros projetos. Um projeto - Aprendendo a Ensinar com os seguintes temas: Processo de aprendizagem no ensino superior e suas conseqüências para a docência universitária; Educação Problematicadora: Transformação Prática do Profissional de Saúde; Avaliação no Ensino Superior; e posteriormente e outro projeto com o tema oficial e terceiro projeto sobre Ensino e Pesquisa.

A proposta apresentada pela instituição reflete a síntese dos encontros citados, combinando textos e comentários apresentados por participantes das seguintes entidades: o grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo; Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO; Representantes de várias universidades brasileiras e a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - APCD; Representantes das Comissões de Especialistas de Ensino de Odontologia - SESu/MEC e do Exame Nacional de Cursos INEP/MEC. Posteriormente, o texto foi aprovado pela Comissão de Odontologia do Exame Nacional de Cursos - INEP/MEC, sendo incluído no texto final das Diretrizes Curriculares, distribuídas pelo INEP.

Foram encaminhadas ao MEC, em atendimento à solicitação do Edital sobre Diretrizes Curriculares, sugestões e propostas das seguintes instituições: Universidade Federal de Pernambuco - UFPe, Faculdade de Odontologia de Araraquara - Unesp, Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior do Estado de São Paulo - SEMESP, Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, Universidade Federal da Paraíba - UFPb, Universidade Federal do Paraná - UFPR, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Odontologia de São Paulo/USP, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP, Faculdade de Odontologia de Bauru/USP, UNICAMP, Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS,

Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Universidade Santa Cruz do Sul, Universidade Estadual de Londrina -UEL, Universidade Sagrado Coração - USC, Universidade de Guarulhos, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Universidade Federal do Maranhão - UFMa, Sociedade Caruarense de Ensino Superior e Universidade de Brasília. (FERNANDES NETO, 2002). Dessas, cinco contribuições confirmavam quase que na totalidade a proposta conjunta da ABENO/NUPES/ENC. As demais eram sugestões pontuais a respeito de estrutura curricular. E assim se deu a construção das DCN para a Odontologia.

Não há dúvidas que a ABENO, tem sido o maior fórum de discussão dos principais temas que permeiam o processo ensino-aprendizagem, tanto é que, corroborando com essa afirmativa, se tomarmos apenas uma fração de suas atividades, que é representada pela sua reunião anual, constatamos que, como temas centrais das últimas seis reuniões (2000 a 2005) foram abordados: Planejando o Ensino Odontológico, Para melhorar não basta avaliar - Provão, Gestão acadêmica-Complexidade e Integração, Mudanças no Ensino de Odontologia Frente às novas Diretrizes Curriculares-SUS-PSF e a responsabilidade da Universidade-Estágio Supervisionado, Ensino e Saúde: A Integração do Ensino para Atenção em Saúde e Universidade Promotora de Conhecimentos, saúde e prestadora de serviços.

Atualmente, após a capacitação de 39 professores, de várias partes do país, para atuarem como facilitadores, a ABENO deu início ao Projeto de Implementação de Oficinas de Diretrizes Curriculares Nacionais nas Faculdades e Cursos de Odontologia do Brasil.

O projeto é realizado em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde e tem como objetivo a realização de Oficinas em pelo menos 50 Instituições de Ensino Superior, tanto pública como privadas. (OFICINAS, 2006).

2.2 - EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE ENSINO ODONTOLÓGICO

De acordo com Perri de Carvalho (1995) desde a década de 60, algumas experiências inovadoras foram realizadas nas Faculdades de Diamantina (MG), Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte (MG), Curso de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp (SP) e Universidade Estadual de Maringá (PR).

A intensa relação entre a ABENO e a CAPES desencadeou movimentos de inovações curriculares, como o de Diamantina (MG), que influenciou diversas Faculdades. A experiência de Diamantina contava com forte apoio oficial do então governador de Minas Gerais, Juscelino Kubitschek, que ao paraninfar a primeira turma da referida Instituição se pronunciou em relação ao ensino odontológico dizendo que este tinha ainda muito a melhorar e que algo deveria ser feito com urgência para que isso ocorresse. (PERRI DE CARVALHO, 2001).

De Minas Gerais surgiram outras inovações no currículo, como no Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, tendo como premissa o conceito de integração. Ênfase foi dada ao ensino extra-muro e à pesquisa social, como o desenvolvimento de sistemas de trabalho e da produção de equipamentos simplificados. Surge aí a Odontologia Simplificada. Em muitas outras Universidades brasileiras o movimento de reforma curricular se fazia presente. Notadamente, na Faculdade de Odontologia de Bauru, teve ênfase a Odontologia Preventiva, com a atuação comunitária, o diagnóstico bucal, o ensino clínico-integrado, o estudo de oclusão, o emprego de pessoal auxiliar, entre outras mudanças. (PERRI DE CARVALHO, 1995).

Na Faculdade de Odontologia da Universidade de Campinas - UNICAMP, em Piracicaba, ocorreu uma profunda reestruturação com vistas à montagem de um curso harmônico, com esforço de integração e formando

blocos de ensino, divididos em dois grandes grupos: um de atividades pré-clínicas e outro, de atividades clínicas. Na passagem dos anos 70 para os 80, o Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior - PADES do MEC, apoiou alguns projetos inovadores, geralmente voltados à filosofia docente/assistencial. Em 1978, no Seminário sobre ensino Odontológico, promovido pelo MEC, por intermédio da CAPES e do PADES, o destaque foi dado para as propostas de inovação da Faculdade de Bauru e da Universidade Federal de Minas Gerais. (PERRI DE CARVALHO, 2001).

Em 1987 foi criado o curso de odontologia da Universidade Estadual de Maringá. Embora inicialmente com características tradicionais, em seguida foram propostas inovações curriculares avançadas. Em 1992, alguns aspectos hoje contemplados na Lei de Diretrizes e Bases, estavam presentes no projeto de implementação de um currículo integrado e inovador daquela instituição (CECCON, 2000). Esta situação colocou o curso de odontologia de Maringá em situação diferenciada dos demais cursos e adiantado nas mudanças que hoje ocorrem na odontologia do Brasil. (CONRADO, 1992).

Segundo Mendes (1980) um modelo inovado de ensino em odontologia deve ser constituído por um conjunto de características quanto ao processo global, ensino, serviços e pesquisa que diferem do “modelo tradicional” e passam a determinar mudanças substantivas na prática pedagógica. Dentro do “modelo inovador” há um compromisso com o social e uma determinância humanística, sendo o currículo definido a partir do estudo das necessidades, de análise de tarefas e objetivos comportamentais e implementados com integração multidisciplinar e interdisciplinar; a prestação de serviços é um instrumento de ensino e objeto de estudo para a elaboração de modelos reproduzíveis e a pesquisa é predominantemente social.

Mendes (1981) quando apresentou o Modelo Transicional de Ensino da Odontologia, do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais estabeleceu por meio de alguns elementos de análise, um quadro

comparativo entre os modelos de educação odontológica: Tradicional, Transicional e Inovado na América Latina.

QUADRO 5 – Comparativo dos modelos de educação odontológica na América Latina

ELEMENTO DE ANÁLISE	MODELO TRADICIONAL	MODELO TRANSICIONAL	MODELO INOVADO
1. Marco conceitual	Odontologia cientificista	Dual, com predominância da odontologia cientificista	Odontologia Integral
2. Integração das funções educacionais	Docência, serviço e pesquisa são totalmente isoladas	Integração parcial de docência e serviço em áreas de integração docente-assistencial	Docência, serviço e pesquisa são totalmente integrados
3. Definição do conteúdo de ensino	A partir do conhecimento existente e com critério de bom senso	A partir de análise de tarefas	A partir da realidade social e das práticas odontológicas
4. Estruturação de plano de curso	Microdisciplinas estruturadas por especialidades odontológicas	Macrodisciplinas estruturadas por problemas biológicos ou nosológicos	Módulos integrados por níveis de atenção
5. Quanto às relações de co-conhecimento	A teoria antecede à prática, o básico antecede ao clínico e grande ênfase na simulação	Dual, com predominância das relações tradicionais	A prática antecede à teoria, o básico é integrado ao clínico e a simulação é limitada a tarefas essenciais que ocorrem com baixa frequência clínica
6. Orientação geral do currículo	Dirigido para a doença ou lesão e com ênfase no curativo e reabilitador	Dirigido para a doença ou lesão e dual mas com ênfase no curativo e reabilitador	Dirigido para a manutenção da saúde
7. Espaço educacional	Dicotômico, com anulação do espaço externo. Ensino exclusivamente intra-mural	Dicotômico, com hegemonia do espaço interno. Ensino intra e extra-mural	Superação da dicotomia através de um processo educacional orgânico a diversos espaços sociais
8. Formação de recursos humanos	Formação uni-profissional	Formação multiprofissional de elementos da equipe odontológica	Formação multiprofissional de toda equipe odontológica
9. Uso de tecnologia	Ensino centrado em tecnologia sofisticada	Dual, com hegemonia da tecnologia sofisticada	Ensino centrado na tecnologia apropriada
10. Metodologia de ensino	Ensino centrado em aulas expositivas	Dual, aulas expositivas e técnicas de grupo	Ensino centrado em atividades de grupo
11. Estrutura física	Áreas intra-murais alocadas a disciplinas ou departamentos	Áreas intra e extra-murais alocadas a macrodisciplinas	Áreas físicas integradas segundo níveis de atenção
12. Planejamento educacional	Realizado exclusivamente pelos professores	Realizado por professores com participação restrita de alunos	Realizado conjuntamente por alunos, professores, funcionários e comunidade
13. Natureza do pessoal docente	Especializado por microdisciplina	Especializado por macrodisciplina	Docente generalista integrado em módulos de ensino
14. Relação professor-aluno	Autoritária ou paternalista	Dual	Pessoal e colaborativa
15. Natureza da pesquisa	Ênfase na pesquisa biológica	Dual, com predominância da pesquisa biológica	Pesquisa dirigida à solução de problemas odontológicos da população maioritária

FONTE: Modelo Transicional de Ensino da Odontologia-UCMG. Belo Horizonte, 1982

2.3 - AS INOVAÇÕES INTRODUZIDAS NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA NA VIGÊNCIA DO ACORDO CAPES/ABENO/KELLOGG

De acordo com Damis (1984) no relatório final do referido acordo, assim como CAPES (1984), as inovações e/ou concretizações de ações propostas no Projeto podem ser sintetizadas como se descreve a seguir.

O Curso de Odontologia teve sua Autorização de Funcionamento através do Decreto 66610, de 21 de Maio de 1970, sendo o primeiro Vestibular realizado em 10 de Junho de 1970 e á época apresentava um Currículo extremamente tradicional e elitista, com a abordagem de conteúdos, quase que exclusivamente, voltados para os processos Curativos e Reabilitadores com escassas ações direcionadas aos aspectos Sociais, Educativos e Preventivos. Esse currículo perdurou até 1975.

Para os ingressantes a partir de 1976, foram introduzidas alterações curriculares com objetivo de contemplar as ações Educativas, Sociais, e Preventivas e também dava início, no ciclo profissionalizante, a uma nova modalidade de abordagem de conteúdos, através das Unidades de Ensino (Organização por áreas do conhecimento).

As alterações introduzidas visavam tornar o Currículo mais próximo das reais necessidades de nosso país. Para época foram consideradas modificações Inovadoras e que desde já se enquadravam na Resolução 04/82 que seria editada pelo então, C.F.E. (Conselho Federal de Educação), em 03 de Setembro de 1982 - "Fixando um novo Currículo Mínimo de Odontologia".

Em julho de 1980, a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), a ABENO (Associação Brasileira de Ensino Odontológico) e Fundação Kellogg assinaram um Acordo, objetivando criar um plano de ação que introduzisse mudanças no Ensino Odontológico no país.

Como consequência deste acordo, surgiu o projeto CAPES/ABENO/KELLOGG-ODONTOLOGIA: docência e serviços, que visava dar condições para que as Escolas de Odontologia pudessem formar um Cirurgião-Dentista Clínico Geral, com uma filosofia social e preventiva. Diversos Cursos e Faculdades de Odontologia apresentaram seus projetos, tendo sido selecionadas 16 Escolas, entre elas, o Curso de Odontologia da UFU, com o Projeto: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO EFETIVA DO CURRÍCULO INOVADOR DO CURSO DE ODONTOLOGIA.

Este projeto tinha como objetivo geral: Repensar as atuais diretrizes filosóficas, didáticas e psico-pedagógicas do Curso de Odontologia-UFU e explicitá-las, para implementação de um currículo que atenda à formação de um profissional ajustado às necessidades sócio-econômico-culturais de nossa comunidade.

O Plano de Ação para atingir os objetivos propostos foi dividido em dois Subprojetos:

SB1-Análise e Reestruturação Curricular

SB2-Implantação efetiva de atividades extra-murais

Várias ações foram desenvolvidas dentro de cada subprojeto, tendo merecido destaque:

1 - O “Seminário sobre caracterização do perfil profissional” com participação de professores convidados, do corpo docente, discente e ex-alunos, debatendo os seguintes temas:

- A importância de traçar o perfil de um profissional a ser formado
- O perfil profissional proposto para o Curso de Odontologia-UFU
- A análise de cinco anos como clínico geral como egresso do Curso de Odontologia-UFU
- A especialidade como opção de escolha para o egresso do Curso de Odontologia-UFU
- Análise da atividade odontológica - Taxonomia de funções e tarefas

-Princípios de Simplificação em Odontologia.

2 - Visitas, Cursos e Seminários que alguns docentes do Curso de Odontologia-UFU realizaram em Instituições Nacionais e de outros países (Colômbia, Peru, Venezuela, México, Costa Rica, E.U.A.) com o objetivo de conhecer Novos Sistemas de Atenção em Odontologia e Experiências Inovadoras: Docente-Assistencial e de Desenvolvimento Curricular. O projeto teve uma duração aproximada de três anos (1981/4) e resultou em mudanças significativas no Curso de Odontologia.

Com relação aos aspectos curriculares, várias adequações, adaptações e mesmo alterações ocorreram no período de 1981 a 1985, visando à incorporação de conhecimentos que possibilitassem alcançar o Perfil Profissional que fora definido:

“Formar um Cirurgião-Dentista com conhecimentos, habilidades e destrezas que o caracterizem como um profissional tecnicamente capaz, cientificamente orientado e socialmente sensível para solucionar, com critério reflexivo e preventivo os problemas odontológicos mais prevalentes na região geo-educacional da Instituição e em programas de interesse nacional. Dominará os aspectos gerais da estomatologia, necessários à formação de um Cirurgião-Dentista Clínico Geral, proporcionando assim, um tratamento integral e adequado dentro do nível de atenção em que está atuando e mantendo-se integrado com as demais profissões da área de saúde”. (UFU, 1986).

Agora, com relação à Implantação efetiva de atividades extra-murais, o resultado foi muito além da meta explicitada no projeto. Pois, com uma visão mais ampla, através do conhecimento de outras realidades e dentro dos princípios da Integração Docente-Assistencial ou Docência-Serviços (BRASIL, 1981), foi proposta e criada, em 25 de março de 1982, através da Portaria F 07/82, da Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia, a Unidade Hospitalar de Odontologia, posteriormente Hospital Odontológico, tendo por finalidades principais: Propiciar aos Departamentos do Curso de Odontologia da UFU os meios necessários para consecução de seus objetivos, no que concerne a área clínica e Integrar programas de interesse acadêmico

com os de prestação de serviços odontológicos, para o aprimoramento na formação de recursos humanos, quer na graduação como na pós-graduação e conseqüentemente prestando a comunidade, na área geo-educacional de influência da Instituição, um atendimento qualificado.

Com o Hospital Odontológico, foram ampliados os serviços já existentes (Clínica de Diagnóstico Estomatológico, as Clínicas Integradas para pacientes Adultos e Infanto-juvenis) e outros foram criados, destacando-se:

1 - As Unidades Didáticas Avançadas (UDAs) - Quatro Unidades situadas em bairros periféricos, com grande concentração populacional, próximo a Rede Escolar, tendo atuação multiprofissional e disciplinar com o objetivo de integrar os serviços de Saúde, com a criação de uma Rede Básica de Cuidados Primários de Saúde, tendo como programa prioritário a Atenção à Saúde da Criança, através do Projeto de Ações Integradas de Saúde Escolar, com atividades Educativas, Preventivas e Curativas, com participação efetiva de docentes e discentes da Unidade de Odontologia Social e Preventiva. Para pacientes adultos, houve a descentralização de uma Clínica de Cirurgia (Sexto período) e uma Clínica de Prótese Total.

2 - O Pronto-Socorro Odontológico (PSO) - Local onde passou a desenvolver a disciplina de Emergência Estomatológica, em ambiente hospitalar juntamente com as especialidades médicas, e com plantões de 12 e 24 horas, com carga horária obrigatória de 180 horas, sendo 90 horas no sétimo período e 90 horas no oitavo período do Curso de Odontologia.

3 - Setor de Pacientes Especiais - Até então, eram atendimentos eventuais, passando o Setor ter um atendimento ambulatorial e no Centro Cirúrgico de caráter regular, a pacientes portadores de enfermidades sistêmicas (distúrbios endócrino-metabólicos, cardiovasculares, neurovegetativos e outros) e/ou de difícil condicionamento, tendo a participação de docentes e discentes da Unidade de Odontologia Infantil.

4 - Setor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Além do atendimento ambulatorial já existente, passou a contar com área própria para internação,

oferecendo aos alunos a oportunidade de participarem de forma mais próxima de uma rotina hospitalar.

Sem dúvida alguma, a Integração Docente-Assistencial, por meio dos serviços já existentes e que com os que foram implantados e implementados, contribuíram significativamente para alcançar o Perfil Profissional que fora previamente estabelecido para o futuro Cirurgião-Dentista egresso do Curso de Odontologia-UFU, por participar efetivamente no desenvolvimento dessas atividades, envolvendo os vários aspectos do exercício da Odontologia.

Neste Projeto Pedagógico, para alcançar o perfil profissional desejado, destaca-se concretamente os seguintes aspectos:

- 1 – Valorização dos fundamentos educativos, sociais e preventivos, com o desenvolvimento de programas e atividades clínicas específicas para tal fim.
- 2 – Abordagem de conteúdos na forma de Unidades de Ensino, no ciclo profissionalizante.
- 3 – Participação efetiva em atividades odontológicas hospitalares.
- 4 – Participação efetiva em atividades odontológicas de emergência em regime de plantão hospitalar.
- 5 – Participação em atividades, projetos e programas de extensão.
- 6 – Estudo clínico centrado no paciente:

-Nas Unidades Clínicas (UOI-Clínica Infantil e UCOEI-Clínica para pacientes Adultos, excetuando-se a Cirurgia) as atividades clínicas são Integradas e estão centradas no paciente, onde todas as disciplinas concorrerão de forma ordenada para o planejamento e a execução de um Tratamento capaz de devolver a saúde bucal do paciente, o que é designado de tratamento Integrado e Integral. Desta forma valoriza-se a saúde bucal do paciente como um todo, como também o aluno tem a oportunidade de realizar um tratamento completo e concluído, dando alta ao paciente e através de condutas Educativas e Preventivas faz-se a Proservação, para a manutenção da saúde bucal. Para tal, é necessário que seja realizada uma triagem para verificar as necessidades do paciente e determinar o grau de complexidade do tratamento, para o

encaminhamento de acordo com o quadro de tarefas que está especificado nas fichas de disciplina de cada período. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 1986).

Assim sendo, o desenvolvimento curricular atual é de forma híbrida, ou seja, no Ciclo Básico através de Disciplinas Isoladas e no Ciclo Profissionalizante através das Unidades de Ensino - Organização por áreas do conhecimento. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 1986).

Após 1986 até a presente data, o Currículo praticamente não teve nenhuma alteração de caráter estrutural, tendo, no entanto, sofrido algumas alterações e/ou inclusões de conteúdos teóricos e práticos, próprios do processo evolutivo de todas as ciências.

Lamentavelmente, no de 1999, por uma decisão meramente de caráter político, tivemos a desativação de três Unidades Didáticas, o que sem dúvida alguma, como cenário de prática, constituiu-se em um retrocesso na formação profissional e adequação ao Sistema Único de Saúde.

2.4 - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E DE SAÚDE BUCAL

A Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi instituída por meio da Lei 378 de 13/01/1937, na vigência do mandato Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas, com previsão de realização de uma reunião a cada dois anos. (ARCIERI,1997).

Até 2004, ano referente à última reunião, foram realizadas 12 Conferências. O objetivo primordial da CNS é de propiciar a sociedade brasileira, constituída e organizada, a oportunidade de avaliar a saúde do país e propor diretrizes para suas políticas. Sendo portanto, um balanço geral da situação de saúde, evidenciando erros e acertos e, sobretudo, alcançar um consenso sobre medidas e normas de ação que resultem na solução dos problemas que afligem a população. As Conferências constituem se em fóruns

de debate, contando sempre com ampla participação e aprovação de informes finais submetidos ao debate nacional. Foi nesse processo que a condução do “movimento sanitário” cresceu e ganhou consistência, avançando na produção de conhecimento, na crítica à saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população. Sua importância política foi reconhecida e suas propostas conquistaram espaço de expressão na melhoria da qualidade de vida da população. (SCARPONI, 2005)

A partir da VIII edição da CNS, a Saúde Bucal, passou a ser um evento específico, tendo sido realizada sempre após a CNS.

2.4.1 – I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília, após a VIII CNS (03/86), na vigência do mandato do Presidente José Sarney.

A realização da 1ª CNSB, de acordo com Costa, Chagas e Silvestre (2006) consagrou os princípios defendidos por todos aqueles se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo Hegemônico de assistência odontológica. Teve como coordenador o professor Volnei Garrafa, contou com 1000 (mil) participantes, sendo 286 (duzentos e oitenta e seis) delegados, resultado de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros por meio das pré-conferências, que contaram com significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica.

Retratou a posição dos participantes – CDs, THDs, ACDs, usuários e acadêmicos- representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, Conam, Contag, UNE e Uneo, o que permitiu a legitimação da posição e do compromisso do subsetor com a Reforma Sanitária Brasileira. Como resultado desse acontecimento, foi elaborado um documento de referência para as decisões e

as definições da assistência à saúde bucal em todo país. Zanetti (1996) comenta:

“Na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A POPULAÇÃO, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se.”

Quatro grandes temas centralizaram as discussões: A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no SUS e Financiamento do Setor Saúde Bucal.

As conclusões constituíram uma produção democrática e progressista sobre a saúde bucal, realizada pela odontologia e pela sociedade civil organizada do país. Tais conclusões apontaram para o início de amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos constatados em todo Brasil. Trouxeram ainda a questão das prioridades e do confronto entre a “nova” proposta contida no relatório final da 1ª CNSB, tendente à universalização, e a “antiga” forma de se planejar, definindo, apenas em bases epidemiológicas e a *priori*, pequenos segmentos da população como público a ser coberto pelos programas a serem implantados. O relatório propôs uma nova forma de planejar saúde bucal. Uma das falhas identificadas foi a relacionada à representatividade dos usuários, pois esta é formada, em grande parte, por cirurgiões-dentistas, o que manteve uma racionalidade técnica no documento. Assim, a 1ª CNSB marcou uma nova postura diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do SUS.

A coordenação da 1ª CNSB, professor Volnei Garrafa, no relatório final, assim expressou:

“Constituiu no que de mais democrático e progressista a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do país produziram até esta data sobre a Saúde Bucal”.
(CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004).

2.4.2 – II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Realizada de 25 a 27 de setembro de 1993, em Brasília, após a IX CNS (08/92), na vigência do mandato do Presidente Itamar Franco, sendo coordenada pelo CD. Swedenberger Barbosa .

Nesse evento participaram 792 (setecentos e noventa e dois) delegados, 388 representantes dos usuários e 404 dos demais segmentos (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço), escolhidos nas suas entidades nacionais e em 24 conferências estaduais, estas precedidas de centenas de conferências municipais. Além disso, mais de 300 (trezentos) outros participantes credenciados de todo o país também se juntaram aos delegados nas discussões de grupos e no plenário. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

O tema central foi: *A SAÚDE BUCAL COMO UM DIREITO DE CIDADANIA*.

De acordo com Costa, Chagas, Silvestre (2006), a partir da deliberação da 9ª CNS, a 2ª CNSB teve à frente entidades nacionais de odontologia, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e das representações nacional de usuários. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Durante o evento, delegados e participantes afirmaram sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida. Também entenderam que a Revisão Constitucional, em discussão no Congresso Nacional na época, caso concretizada, significaria um duro golpe

nas conquistas obtidas na Constituição vigente. Nessa conjuntura Nacional, foi cobrada a responsabilização do governo e seu compromisso social, em suas diferentes esferas de atuação, pela reversão do agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

As discussões permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal nos pais, levando em conta: a saúde bucal como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da saúde bucal no SUS teria a proposta de desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta. Dessa forma, foi aprovado que essa inserção se daria por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde) descentralizado e no qual se garantiria a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas as outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Os usuários, representantes da população organizada, deixaram claro que não abririam mão da sua cidadania em saúde bucal e que lutariam por ela. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Pode-se dizer que a 2ª CNSB foi uma resposta legítima da sociedade civil organizada de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz.

Os participantes da 2ª CNSB apresentaram suas conclusões à sociedade brasileira em geral, às autoridades de saúde, aos profissionais e aos servidores de saúde, aos dirigentes municipais, estaduais e federais, às diversas instituições do poder público no Brasil e aos diversos organismos

internacionais de saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

2.4.3 – III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Realizada de 29 de julho 01 de agosto de 2004, em Brasília, após a XII CNS (08/92), na vigência do mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, sendo coordenada pelo CD. Gilberto Alfredo Pucca Júnior.

Nesse evento participaram cerca de 90.000 (noventa mil) pessoas, em 2542 (duas mil, quinhentas e quarenta e duas) conferências municipais, 27 (vinte e sete) conferências estaduais, culminado na etapa nacional na qual participaram cerca de 1.200 (mil e duzentas) pessoas - entre usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

O tema central foi: *SAÚDE BUCAL: ACESSO E QUALIDADE, SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL*, tendo sido debatido a partir de quatro eixos temáticos: *-EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA, CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL, FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL e FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL*. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Também de acordo com Costa, Chagas, Silvestre (2006), no contexto em que se realizou a Conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes- requer políticas intersetoriais, a integração de

ações preventivas, curativas e de reabilitação e o enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo, como, aliás, determina com toda a clareza a Constituição da República.

Sendo assim, as condições de saúde bucal e o estado dos dentes considerados sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais. A partir dessas considerações, os participantes da 3ª CNSB tiveram como desafio identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal e encontrar meio e recursos voltados à definição de estratégias para superá-los. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

O documento-referência submetido ao debate na etapa nacional foi extraído do consolidado, e desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a política nacional de saúde bucal resultaram as proposições para orientar as decisões da sociedade e do Estado brasileiro, de modo que pudessem ser produzidas as mudanças necessárias para assegurar a todos acesso e serviços de saúde bucal com qualidade. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004 e COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

2.5 - O PROGRAMA UNI: UMA NOVA INICIATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE. PARA A AMÉRICA LATINA

2.5.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROGRAMA UNI

No início da década de 90, surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamentar e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade. Na América Latina tivemos a iniciativa da fundação W. K.

Kellogg que decidiu dar início a um novo programa denominado “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” - sinteticamente, Programa UNI. (MACHADO, CALDAS Jr., BORTONCELLO, 1997).

Conceitualmente, o Programa UNI representava Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde, em união com a Comunidade e com os Serviços. Esta iniciativa que se fortalecia com a experiência acumulada em três vertentes principais: (1) a Integração Docente-Assistencial (IDA) ou Integração Docência-Serviço (IDS); (2) o Trabalho Universitário nas Comunidades, e (3) a Estratégia de Atenção Primária de Saúde, que promove a participação comunitária nos Serviços. Reconhecendo as contribuições de cada uma destas vertentes, o Programa UNI propunha, como eixo conceitual e operacional para esta nova etapa de trabalho, a articulação dos três componentes essenciais do processo: Comunidade, Serviços e Universidade, em uma relação de sócios, a mais horizontal e simétrica possível. (IZQUIERDO, 1995).

De acordo com Machado, Caldas Jr., Bortoncello (1997) o Programa UNI articulava a implantação de uma prática pedagógica inovadora, na formação de profissionais de saúde pela Universidade, uma mudança da prática de atenção à saúde no âmbito dos Serviços Locais de Saúde (SILOS) e um novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida, significando, assim, uma nova etapa no desenvolvimento e nas relações entre os três componentes (Universidade, Sistema Local de Saúde e Comunidade) com os seguintes objetivos:

- a. promover os movimentos de progresso sincrônico na educação, na prestação de serviços de saúde e na comunidade;
- b. criar e difundir modelos, passíveis de replicação, referentes a estes três campos;
- c. apoiar modelos de Integração Docente Assistencial no âmbito do Sistema Local de Saúde, baseados no trabalho interdisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos;

- d. promover o aprimoramento da formação profissional dos graduandos na área de saúde, adequando-os à futura prática profissional e às necessidades de saúde da Comunidade;
- e. promover a participação comunitária nas decisões relativas ao setor de saúde;
- f. apoiar o desenvolvimento de lideranças na Universidade, nos Serviços de Saúde e na Comunidade.

O Programa UNI representava uma iniciativa de cooperação entre as instituições participantes dos projetos e de colaboração com a OPS/OMS e com o “Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences”. O Programa foi implantado em Universidades de vinte e três cidades da América Latina, a saber: Botucatu (SP, Brasil); Marília (SP-Brasil); Londrina (PR-Brasil); Natal (RN-Brasil); Brasília (DF-Brasil); Montevideo (Uruguai); Tucuman (Argentina); Temuco (Chile); Santiago (Chile); Sucre (Bolívia); Quito (Equador); Cali (Colômbia); Rio Negro (Colômbia); León (Nicarágua); México City (México); Colima (México); Monterrey (México); Mérida (México); Barranquilla (Colômbia); Maracaibo (Venezuela); Barquisimeto (Venezuela). Os vinte e três Projetos desenvolvidos em onze países envolviam: 103 Cursos Universitários, com predomínio de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Nutrição; 2.308 Professores; 21.077 Estudantes; 224 Unidades de Saúde, nos três níveis de atenção; 1.584 Profissionais de Saúde; 624 Organizações Comunitárias; 3.793.860 habitantes nas áreas de atenção dos SILOS. (MACHADO, CALDAS Jr., BORTONCELLO, 1997).

2.5.2 - A ODONTOLOGIA NO PROGRAMA UNI

Segundo Kisil & Chaves (1994), o desenvolvimento das carreiras profissionais do setor saúde, num sentido holístico, é uma orientação para o trabalho em equipe que deve fundamentar-se na manutenção e fortalecimento da individualidade de cada uma delas. O aprimoramento das características próprias de cada carreira é uma necessidade que decorre de sua obrigação de

dar resposta a uma necessidade social. Em outras palavras, o aprimoramento do ensino uniprofissional é uma condição primordial para que se possa desenvolver o ensino e o trabalho multi-profissionais nos termos propostos pelo ideário do Programa UNI.

Os projetos UNI representam uma evolução natural dos antigos projetos de "integração docente-assistencial" (IDA), bastante difundidos na América Latina, nas décadas de 70 e 80. Enquanto estes eram, com frequência, uniprofissionais e a participação comunitária era um apêndice da IDA, e muitas vezes a comunidade era até mesmo considerada como objeto de "intervenção", no UNI a comunidade é um sujeito que forja seu próprio destino, com dois parceiros de grande valia - a universidade e os serviços de saúde.

O componente acadêmico, sob o ponto de vista da Odontologia, e levando em conta as missões da universidade, deve ser analisado como tendo dois objetivos principais:

1. O desenvolvimento de um modelo pedagógico encaminhado para formação de um odontólogo capaz de exercer sua profissão com competência e, ao mesmo tempo, capaz de orientá-la a atuar para responder às necessidades sociais de melhor saúde bucal - em sincronismo e integralmente com as ações do setor saúde, para alcançar melhores níveis de saúde para a população em geral.
2. O desenvolvimento de um programa de investigações complementar ao das investigações básicas e clínicas, orientado no sentido de: subsidiar os objetivos pedagógicos antes mencionados, auxiliar os serviços odontológicos em seu processo de melhoramento contínuo; instruir a comunidade a adquirir e difundir práticas de auto-cuidado em saúde bucal, uso correto dos serviços odontológicos nos níveis apropriados e a colaboração, por seus líderes, na formulação, implementação e avaliação de programas de saúde bucal.

Comentaremos, a seguir e em forma breve, cada um dos aspectos do componente acadêmico.

Modelo Pedagógico

Reconhece-se que o currículo vigente é sempre o resultado de um longo processo envolvendo tradições, normas universitárias, cultura organizacional na universidade e no interior da própria faculdade, posicionamento de professores e alunos, possibilidades físicas (instalações e equipamento) e orçamentárias e, finalmente, aspirações e pressões de tipo corporativo. Por conseguinte, reconhece-se que a passagem de um modelo pedagógico tradicional para um modelo inovador deverá ser necessariamente gradual e progressiva. Nem tão depressa que crie resistências e conflitos, nem tão lenta a ponto de não se poderem observar diferenças no fim de cada ano.

O modelo pedagógico deverá incluir o maior número possível dos seguintes tópicos, sem pretender esgotar a lista:

1. Prioridades educacionais. Rever, em nível de faculdade, as prioridades em termos de formação de um dentista clínico geral, da aprendizagem de práticas preventivas, e de orientação para a prática em serviços da área social.
2. Competências profissionais. Procurar introduzir mais e mais, na área clínica, o ensino baseado na aquisição de competências e destrezas necessárias ao exercício profissional. E também a avaliação do aluno com base na sua execução de acordo com critérios predefinidos e de seu desempenho no diagnóstico, formulação de plano de tratamento e execução do mesmo, considerando o paciente como a unidade de tratamento.
3. Aprendizagem ativa. Procurar reduzir gradualmente a ênfase em aulas teóricas, incorporando uma aprendizagem individual ou em pequenos grupos de discussão, sobre temas de relevância e problemas da prática odontológica.

4. Integração entre as ciências básicas e a prática profissional. Considera-se hoje que os currículos horizontais, em que há uma separação quase completa entre as ciências básicas biológicas, e a parte técnica e clínica da profissão, não são a melhor forma de ensinar, nem têm um fundamento pedagógico que os justifique. A introdução de métodos de aprendizagem ativa, orientada para a solução de problemas, é um passo importante em qualquer processo inovador.

5. Preparação dos professores. Reconhece-se que a falta de preparação dos professores na área pedagógica é obstáculo a qualquer mudança. Há necessidade de um programa especial de atualização didática, baseado na aceitação de um conjunto de idéias e necessidades sociais que fundamentam a mudança. Os professores de maior hierarquia serão de preferência os avalistas do processo, colaborando na identificação e no estímulo aos docentes mais jovens para cursos de atualização pedagógica, sem se desviarem, obviamente, de seu plano de desenvolvimento acadêmico e profissional.

6. Promoção de saúde e prevenção de doenças. Quando falamos em prioridades educacionais, este tema ficou implícito. Merece contudo destaque especial. Os clássicos cinco níveis de prevenção de Leavell e Clark, da década de 50, continuam em plena vigência. Os avanços das técnicas preventivas, como medidas de massa, medidas domiciliares e medidas de consultório, estão mudando, no espaço de uma geração, o panorama da prática profissional nos países industrializados, e mesmo em segmentos de nível educacional e poder aquisitivo elevado de países da América Latina. É preciso familiarizar os odontólogos, que estão se formando agora, para uma prática no Século XXI, para uma visão clínico-epidemiológica do exercício profissional e sua base ética e, também, para a aplicação do conceito de risco na prática odontológica dirigida a grupos de população.

7. Ampliação dos locais de ensino-aprendizagem. A faculdade de odontologia tradicional é introvertida, encerrada dentro de si mesma, e basta-se a si própria. Para que as idéias do UNI se transformem em realidade, ela precisa abrir-se para o mundo. Isto significa passar do ensino em um simulador do

mundo real, que é a clínica intramuros, para o verdadeiro mundo real. Não se trata de escolher entre este e aquele, mas sim de usar os dois, diversificando os locais de aprendizagem clínica e de medidas coletivas, e incluindo serviços odontológicos do setor público e ambientes comunitários tais como escolas, creches, instituições para idosos, fábricas, etc. O importante é que o trabalho nesses locais seja em tempo curricular, com supervisão adequada, e para atingir objetivos instrucionais específicos, no tempo necessário para adquirir o nível de competência desejado.

8. Trabalho em equipe - O odontólogo, tradicionalmente, tem sido educado para o que chama a prática "solo", com uma ou duas auxiliares. No entanto, cada vez mais, o odontólogo, em sua vida profissional, estará participando de equipes de saúde, no 1º ou 2º nível de atenção, em que estará interagindo com médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde em um trabalho integrado, de equipe de saúde. Esta lacuna na educação dos profissionais de saúde está sendo gradualmente preenchida por esforços planejados de educação interprofissional, que estão ocorrendo principalmente na Europa. Constitui um objetivo importante do UNI, a preparação dos futuros profissionais de saúde, ainda em nível de faculdade e de curso de graduação, para o trabalho em equipe. A aprendizagem deverá ocorrer tanto na parte teórica universitária, abrangendo temas de bioética, organização e administração de serviços, base epidemiológica e sistemas de informação para a saúde, custo-efetividade, etc., como no que se refere aos dos serviços de saúde e da comunidade. Cuidado especial deve-se ter para não criar situações artificiais de colaboração interprofissional, e sim buscar as que realmente ocorrem na prática, pensando sempre em custo-efetividade.

Programa de Investigações

O programa que se visualiza para o UNI, e que é fundamental para sua credibilidade como programa acadêmico, e principalmente por sua relevância para a formação do profissional, para a comunidade e para os

serviços de saúde, pode e deve abranger, na medida do possível, quatro grandes áreas, a saber:

1. Investigação pedagógica - Este tipo de investigação é essencial para fundamentar a racionalidade das mudanças propostas pelo UNI. Incluirá linhas de trabalho, em geral de cunho avaliativo, tais como: seleção de alunos, métodos de ensino, ajustes curriculares, sistemas de informação para monitoramento da aprendizagem, ensino baseado em competências ou em solução de problemas, avaliação de desempenho clínico, e custo-efetividade das modificações introduzidas.

O potencial de disseminação do modelo pedagógico inovador dependerá não só dos resultados alcançados, mas também do modo como estes puderem ser documentados e divulgados.

2. Investigação clínico-epidemiológica - Esta área é de particular interesse para as grandes áreas clínicas da Odontologia, porque representa a ponte entre o individual e o coletivo. As investigações nesta área, envolverão sempre a idéia de "denominador", ou seja "população alvo", como a idéia de "risco", de resultados de métodos alternativos de prevenção e tratamento, de confiabilidade e custo de métodos diagnósticos, preventivos e curativos, culminando sempre em análises de custo-efetividade e de impacto.

3. Investigação de serviço de saúde - Esta área de serviço é essencial para os modelos de serviços e, por extensão, para que a aprendizagem dos alunos ocorra em bons serviços, em contínuo processo de auto-avaliação e aperfeiçoamento. Incluirá projetos conjuntos de pesquisa, envolvendo profissionais de serviços, professores e alunos, conforme o problema em estudo. Abrange inúmeras linhas de trabalho, incluindo investigações sobre:

- Produtividade, lay out, tipos de equipamento, instrumentos e materiais, módulos de trabalho envolvendo diferentes combinações de profissionais e auxiliares.

- Custo-efetividade de serviços, incluindo aspectos de duração de materiais empregados, técnicas utilizadas, tempos de profissional ou auxiliar, etc.
- Qualidade - Critérios para avaliação, padrões mínimos, métodos de supervisão e correção.
- Sistema de informação para monitoramento e avaliação.
- Satisfação dos pacientes.

4. Investigação comunitária - nesta área, de grande importância para os projetos UNI, é que se notará a diferença entre comunidade "sujeito" e comunidades "objetos". Nossas comunidades, por sorte, já estão saturadas de levantamentos, questionários, alguém que bate à porta, faz perguntas muitas vezes indiscretas, e some. O que é pior ainda, às vezes faz promessas de serviços e benefícios que nunca se concretizam.

O enfoque de investigação, que se propõe no ideário do Programa UNI, é o da chamada investigação participativa, investigação-ação. Ela é feita na, com e para a comunidade. A aprendizagem é conjunta. Os líderes ou pessoas da comunidade envolvidas e os participantes da academia e/ou serviços buscam informações e conhecimentos que permitam melhor atuação sobre os problemas locais. Isso pressupõe um compromisso entre os parceiros na investigação e também nas ações necessárias subsequêntes. Neste tipo de pesquisa, a ação é muitas vezes simultânea: a própria pesquisa já é parte da ação.

Nesta linha, com enfoque participativo, são justificados os levantamentos de conhecimentos sobre hábitos de higiene, práticas cotidianas, e sobre valores, atitudes e comportamentos em relação à saúde bucal. Tudo isto serve para fundamentar um programa efetivo, envolvendo auto-cuidado e serviços odontológicos.

Convém lembrar que se deve ter conhecimento sobre os vários aspectos comportamentais acima, quem sabe como um ponto de partida entre docentes e alunos de faculdades de odontologia. É preciso saber se se pode contar com valores humanísticos e atitudes genuínas do professorado e alunado, que favoreçam o trabalho comunitário, ou se é preciso ainda trabalhar internamente este aspecto, sob o ponto de vista da ética profissional.

O Programa UNI, em seu componente acadêmico odontológico e suas duas vertentes - o modelo pedagógico e o programa de investigações - encerra uma aparente, porém, falsa dicotomia. O programa de investigações é um instrumento necessário, fundamental para que os objetivos sejam alcançados, para que os projetos possam ser avaliados, e para que o modelo pedagógico possa ser descrito e disseminado. Serve também para reajustar o currículo com base na realidade.

O desenvolvimento uniprofissional é essencial para os projetos UNI. Ocorrendo ele sincronicamente nas várias carreiras participantes em cada projeto, assegura o movimento convergente multiprofissional que constitui a marca principal dos projetos UNI. No desenrolar dos projetos, alternar-se-ão os momentos de análise e síntese, de trabalho conjunto e trabalho específico de cada profissão, com estímulo mútuo de umas carreiras sobre as outras. Tudo isso redundará no benefício de alcançar os objetivos maiores dos projetos UNI e do Programa em seu conjunto.

2.6 - AS PROPOSIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL PARA O SÉCULO XXI.

Para a incorporação e aplicação dos avanços Humanísticos, Sociais, Éticos, Científicos e Tecnológicos das Ciências da Saúde, a Organização Mundial de Saúde propõe para os Cursos de Graduação em Odontologia, a formação de um Profissional de Saúde Bucal para o Século XXI, segundo Perri de Carvalho (1998), que seja capaz de:

Demonstrar Conhecimento e Compreensão sobre:

- 1 – Terminologia básica corrente da Odontologia e de áreas correlatas;
- 2 – Aplicação, integração e relevância dos princípios gerais das ciências médicas e correlatas para a saúde bucal;
- 3 – Características comuns dos distúrbios buco-maxilo-faciais e doenças;
- 4 – Características das doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais incomuns que têm conseqüências potencialmente sérias;
- 5 – Interrelações entre doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e aquelas que afetam outras partes do corpo;
- 6 – Características das doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais que podem ter especial significância para comunidades específicas;
- 7 – Interrelação entre os efeitos de tratamentos médicos e odontológicos;
- 8 – As principais aplicações de especialidades médicas e técnicas com relação à saúde bucal;
- 9 – Regras potenciais de odontologia e de pessoal para cuidados de saúde na comunidade e suas responsabilidades éticas e médico-legais;
- 10 – A relevância para, e o impacto sobre a saúde bucal, de políticas sociais, ambientais e de saúde;
- 11 – O processo de investigação científica

No nível de Habilidades deverá capaz de desenvolver as seguintes ações:

- 1 – Identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para sua investigação, prevenção e controle;
- 2 – Cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- 3 – Promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- 4 – Comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área de saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;

- 5 – Obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- 6 – Aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e comunidade;
- 7 – Analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- 8 – Organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente.

No nível de Atitudes, deverá ser capaz de apresentar as seguintes condições, sendo o Profissional de Saúde Bucal estimulado a:

- 1 – Aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- 2 - Participar em educação continuada relativa à saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- 3 – Participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- 4 – Buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- 5 – Manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- 6 – Estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- 7 – Reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais.

2.7 - A CONTRIBUIÇÃO DA REDE UNIDA PARA AS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE.

A Rede UNIDA, fundada em 1985, reúne pessoas, projetos e instituições comprometidas com a mudança da formação profissionais de saúde. Atualmente é conformada por aproximadamente 70 instituições com experiência acumulada na articulação entre serviços, universidade e organizações comunitárias. (REDE UNIDA, 2006).

Diante do convite da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério de Educação e Desportos (MEC), feito através do Edital 04/97, a REDE UNIDA apresentou a sua contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde, sendo o produto do trabalho de dezenas de pessoas, inseridas ou não em instituições de ensino superior, que acreditam na disposição das Comissões de Especialistas da SESu e da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) em repensar e renovar a educação dos profissionais de saúde no nosso país.

2.7.1 - DIRETRIZES GERAIS PARA A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI

A diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. No entanto, todos os profissionais deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo a saúde para todos. Resumimos abaixo estas competências:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto ao nível individual, quanto coletivo. Cada profissional deve buscar assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro

dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida), tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo;

- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Devem também estar capacitados a interagir e articular-se com outros profissionais de saúde. Devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e Gerenciamento:** os profissionais devem estar preparados a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar preparados para serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação Permanente:** Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática profissional. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja

benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Para que os profissionais de saúde tenham as competências acima citadas, é fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde contemplem os seguintes princípios:

- currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem;
- integração de conteúdos básicos e profissionalizantes;
- relação de equilíbrio entre teoria e prática;
- diversificação dos cenários de aprendizagem;
- pesquisa integrada ao ensino, com a participação de profissionais dos serviços e da comunidade;
- educação orientada aos problemas mais relevantes da sociedade;
- seleção de conteúdos essenciais em bases epidemiológicas;
- currículos flexíveis, com atividades eletivas;
- terminalidade dos cursos, garantindo a formação geral do profissional;
- educação centrada no aluno, visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem;
- avaliação formativa do aluno, baseada nas competências cognitivas, afetivas e psicomotoras;

Quanto aos conteúdos comuns, os currículos dos cursos da área da saúde devem proporcionar:

- conhecimentos de técnicas de comunicação e relacionamento pessoal, que permitam a adequada relação com o paciente, com a comunidade e sua atuação em equipe multiprofissional de saúde;
- conhecimentos para participar no gerenciamento das ações de saúde, levando em conta o processo de trabalho, a relação custo-efetividade, visando à equidade e a melhoria do sistema de saúde;
- conhecimentos sobre políticas de saúde e abrangência das ações de saúde, segundo o enfoque de vigilância à saúde;
- conhecimentos do processo saúde-doença, das condições de vida e do perfil epidemiológico da população;

- conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes que possibilitem o exercício profissional baseado nos princípios da Ética e da Bioética;

Os currículos devem estar organizados de forma integrada, em complexidade crescente, não havendo em nenhuma hipótese a separação entre os ciclos básico e profissionalizante. O tempo mínimo de duração dependerá da especificidade de cada curso. A carga horária semanal de atividades acadêmicas obrigatórias não deve exceder 30 horas, organizada de tal forma que apresente manhãs ou tardes inteiras sem atividades obrigatórias, de forma a favorecer a aprendizagem ativa e a participação do aluno em outras atividades acadêmicas.

O estágio deve ser uma atividade curricular desenvolvida ao longo de toda a formação acadêmica, com carga horária e complexidade crescente. Cada curso deve destinar aos estágios um percentual não inferior a 15% da sua carga horária total. Devem-se propiciar condições para que o aluno entre, o mais cedo possível, em contato com a realidade social e dos serviços de saúde, pela observação e pelo desenvolvimento de atividades que lhe dêem condições para superar a dicotomia entre estudo e trabalho.

- Perfil do Dentista a ser Graduado

O dentista deve:

- ser não só um profissional com sólida formação técnico-científica, mas também um agente de saúde dotado de espírito crítico e consciente de suas responsabilidades face à realidade do meio social onde atua;
- levar em conta que as reflexões éticas devem ser as determinantes dos seus comportamentos e decisões;
- ser um educador para a saúde, apto para a comunicação em saúde e relações inter-pessoais;
- ter como missão promover e preservar a saúde da sociedade, atuando individualmente ou em associação com seus pares e demais profissionais de saúde.

- Competências e Habilidades

A educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, tendo o professor como facilitador e orientador do processo.

Considerando que os anos da graduação restringem-se a um máximo de cinco anos e que a vida profissional pode estender-se por três décadas ou mais, e considerando-se também que os conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas do profissional modificam-se rapidamente, temos que um dos objetivos de aprendizagem fundamental do curso de graduação é o de aprender a aprender.

Aprender a aprender envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo a advinda de sua própria experiência profissional.

Além disso, algumas premissas devem ser destacadas para a graduação de um bom profissional:

- planejamento, execução e avaliação de serviços de saúde comunitária;
- trabalho em equipe de saúde
- aptidão a promover a saúde, a biossegurança e a bioética.

Partindo de tais premissas, os cursos de odontologia devem ter como objetivo educacional a formação de dentistas gerais com visão social, orientados para uma realidade concreta e capazes de:

- estabelecer cientificamente e tecnicamente um diagnóstico do estado de saúde bucal de cada indivíduo e de sua coletividade;
- participar da formulação, execução e avaliação de programas de saúde

bucal:

- com atitudes e valores que enfatizem a saúde e não apenas o tratamento da doença;
- atuando individualmente ou em equipe, tanto no setor público como no privado, com técnicas de racionalização do trabalho e delegação de funções, que possibilitem o aumento de produtividade sem prejuízo da qualidade;
- identificando as falhas porventura existentes no sistema de saúde e contribuindo para sua correção.
- lidar com o ser humano como um todo bio-psico-sócio-cultural e estabelecer com ele uma relação adequada – e também na família, na sociedade e nos órgãos de classe – valorizando-o e compreendendo suas necessidades e conflitos.
- assumir uma postura crítica permanente à política sanitária da região e do país, oferecendo alternativas concretas para responder às demandas sociais na área.
- estar atento aos novos conhecimentos e tecnologias que forem sendo desenvolvidos, incorporando-os criticamente aos seus repertórios profissional e intelectual através da educação permanente.

. Organização e Conteúdos Curriculares

O Curso de Odontologia deve ter um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, privilegiando o aprendizado baseado em problemas e orientado para a comunidade.

A pedagogia da interação supera com vantagens a pedagogia da transmissão passiva de conhecimentos, utilizada nos métodos tradicionais de ensino, possibilitando o aperfeiçoamento contínuo de atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes. Facilita o desenvolvimento do seu próprio método de estudo, possibilitando que aprenda a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados, a trabalhar em equipe e a aprender a aprender.

O segundo conceito chave do modelo pedagógico deve ser o de aprender fazendo, que propõe a mudança da seqüência clássica teoria/prática para o processo de produção do conhecimento que ocorre de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação.

Na realidade, pretende-se conjugar o enfoque pedagógico que melhor desenvolve os aspectos cognitivos da educação (aprender a aprender), com o enfoque que permite o melhor desenvolvimento das habilidades psicomotoras e de atitudes (aprender fazendo).

Enfim, o modelo pedagógico do curso deverá ser fundamentado nos princípios da pedagogia interativa, de natureza democrática e pluralista, com um eixo metodológico firmemente estabelecido e que priorize metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

A Prática Baseada em Evidências deve nortear o cotidiano clínico de diagnose e terapêutica, buscando sempre indicar quais são procedimentos mais seguros e eficazes para os pacientes. Desta forma, faz-se necessário valorizar em todos os momentos do currículo o questionamento: qual é a melhor evidência em defesa desta argumentação, hipótese ou conduta?

- Estrutura Modular

É preciso buscar integrar as dimensões biológica e social (psicológica, populacional, etc.) ao longo de todo o curso de graduação. Para tanto ele deverá ser organizado através de módulos. Eles poderiam orientar-se em sua construção por sistemas orgânicos, ciclos de vida ou apresentações clínicas, integrando um conjunto nuclear de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos como objetivos educacionais.

Em cada módulo estão embutidos os conteúdos das disciplinas necessários para contemplar e completar seus enunciados. As disciplinas, então,

passam a cumprir seu verdadeiro papel que é o de áreas de conhecimento.

Assim, proporíamos integrar as seguintes matérias: Ciências Morfológicas; Fisiológicas; Patológicas e Sociais; Propedêutica Clínica; Clínica Odontológica; Odontologia Pediátrica; Odontologia Social e Clínica Integrada.

A operacionalização dos conteúdos modulares podem se dar através de problemas relacionados ao processo saúde-doença, com base nas respectivas árvores temáticas.

- Estágios e Atividades Complementares

A inserção precoce dos estudantes na realidade é fator decisivo para que o olhar de cada estudante detenha-se no exame da realidade que o circunda. Assim devemos criar múltiplas oportunidades de interação na, com e para a comunidade, centrando a atenção de cada estudante da graduação para uma área de abrangência dos serviços ao longo dos anos de graduação, permitindo um enraizamento que legitime a atuação do estudante em um local de referência.

Desta forma, propomos o desenvolvimento de um módulo interdisciplinar que percorra os anos de graduação com o propósito de interagir com a comunidade: identificando problemas e objetivos comuns, buscando soluções, desenvolvendo uma parceria.

- Avaliação do Estudante e Avaliação do Programa

A avaliação não deve restringir-se à avaliação do estudante, ou do produto, e sim fazer parte da avaliação do programa como um todo, ou melhor dizendo, do processo de formação profissional.

Deve-se considerar a avaliação formativa como eixo central da avaliação dos estudantes, permitindo que cada estudante tenha a possibilidade de resgatar conhecimentos, habilidades ou atitudes não adquiridas ao final de cada módulo ou unidade educacional, possibilitando uma recuperação em casos

de insucesso, não marginalizando, mas integrando, cooptando.

A preocupação fundamental deve ser com a formação de cada estudante, e não somente com a avaliação somativa, de seus pontos e médias, por vezes meramente punitiva ou comparativa.

Duração do Curso

O curso de odontologia terá a duração mínima de dez e máximo de dezoito semestres letivos.

- Considerações finais

Mudar a universidade, ampliar seus vínculos e sua responsabilidade social, torná-la capaz de dar as respostas necessárias aos impasses colocados pelas transformações na esfera do trabalho e das comunicações são desafios colocados na ordem do dia. A mudança do processo de formação dos profissionais deve ser encarada dentro dessa perspectiva.

Na área da saúde a implantação do SUS e a construção de um novo modelo de atenção enfrentam grandes dificuldades por não estarem sendo acompanhadas de mudanças no perfil e nas competências dos profissionais que estão sendo formados.

A transformação da universidade não vai ser produto exclusivo da iniciativa de seus professores e estudantes. A abertura para a discussão e a interação com outros segmentos da sociedade vai ser fundamental para ajudar a iluminar o caminho e a construção de alternativas para a situação atual.

Romper as barreiras dos muros da universidade desde o momento da definição do perfil do profissional a ser formado é fundamental. Imbricar o processo de formação desde os primeiros anos com a prática em terreno, com a realidade da vida das pessoas e da organização e trabalho dos serviços de saúde também.

Comprometer a universidade com o processo de educação permanente dos profissionais de saúde, integrar esse processo com a participação desses profissionais nas atividades práticas da graduação e introduzir nesses dois momentos novas concepções pedagógicas, metodologias ativas de ensino-aprendizagem e uma nova ética profissional são elementos essenciais de uma estratégia de mudança.

2.8 - O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE - PRÓ-SAÚDE.

O Pró-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 2101 de 03 de novembro de 2005, consolidado por uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Ministério da Educação por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e o Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Tem origem a partir do PROMED, que foi dirigido às escolas de médicas, incentivando e mantendo processos de transformações em 19 escolas médicas brasileiras. A construção do Pró-Saúde contou também com a participação de representantes do CONASEMS, OPAS, CFM, CFO, COFEN, ABEM, ABENO, ABEn, DENEN, DENEIO, ABO e das IES que fazem do PROMED. (BRASIL, 2005).

Segundo a Portaria nº. 2530, de 22 de dezembro de 2005, o PRÓ-SAÚDE contemplou 90 cursos, sendo 25 de odontologia, 38 de medicina e 27 de enfermagem. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde apresenta os seguintes objetivos:

Geral:

Incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença. (BRASIL, 2005).

Específicos:

- I – reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- II – estabelecer mecanismos de cooperação entre gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- III – incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a abordagem integral do processo saúde-doença e promoção de saúde;
- IV – ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2005).

Para almejar a situação desejada propõe-se uma intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação, hoje, centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas, por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde, e que a educação dos profissionais seja entendida como processo permanente. (BRASIL, 2005).

A reorientação da pesquisa, sendo fundamentada nas necessidades da comunidade, na organização e financiamento dos serviços de saúde, na incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção, buscando uma interação e integração de gestores do Sistema Educacional e do Sistema Único de Saúde, para a efetiva construção da Integração Docente-Assistencial. (BRASIL, 2005).

PROPOSIÇÃO

A proposta deste estudo foi construir um modelo curricular para o curso de graduação em Odontologia, de acordo com os paradigmas contemporâneos estruturais e conjunturais brasileiros, tendo por finalidade a formação de um Profissional de Saúde, capaz e competente, que atuará como um Cirurgião-Dentista Generalista, apto a inserir-se de forma natural e produtiva nos diversos sistemas prestadores de serviços à saúde, particularmente no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

O trabalho consistiu em um estudo do tipo retrospectivo e prospectivo, por meio de levantamento bibliográfico e experiências vivenciadas, em relação aos paradigmas contemporâneos, que hoje norteiam a construção de um modelo curricular para o curso de Graduação em Odontologia.

DISCUSSÃO

Da construção curricular

Considerando que vivemos em um **Meio Ambiente:** físico, biológico, social, econômico e cultural em constante evolução e transformação e sendo o Projeto Pedagógico um produto concreto da atividade dos homens no âmbito das Instituições de Ensino, tem o mesmo a finalidade precípua de estabelecer um vínculo com as reais necessidades da sociedade, permitindo de forma ágil e desburocratizada a inclusão dos avanços sócio-culturais, humanísticos, educacionais, científicos e tecnológicos.

Uma das características básicas do projeto, é que deve ser um instrumento, que para ter legitimidade e que seja exeqüível no âmbito das IES, tem que ser concebido coletivamente (FORGRAD, 1999); e acrescentamos que isto é particularmente válido, quando se tratar de um Projeto de Reestruturação. Entende-se que a Construção Coletiva se dá quando diversos atores, não apenas atores individuais, mas também atores coletivos chegam a um consenso sobre determinada situação. Então a construção coletiva é um termo que conota toda a intenção democrática na idealização dos processos.

Dentro da arquitetura do Projeto Pedagógico, uma das etapas essenciais é a construção do currículo. Conceitualmente, Paula & Bezerra (2003) relatam que o currículo constitui a programação norteadora da formação acadêmica, executada mediante o processo educacional inerente à aplicação de conteúdos e práticas, com a meta primordial de preparar técnica, científica, moral, ética, social e intelectualmente os futuros profissionais das diferentes áreas do conhecimento.

Lemos (2004), afirma que o currículo deve ser visto como uma práxis, uma realidade dialética, construída e superada continuamente por seus diferentes atores: alunos, professores, coordenadores. Sua natureza social e

dinâmica implica que é uma realidade passível de verdadeiras mudanças, dando-nos a possibilidade real de pensar e construir currículos diferentes dos existentes.

Assim, a construção ou uma reforma curricular não deve ter um caráter simplista ou menor, orientando-se apenas em reorganizar conteúdos, renomear disciplinas, redistribuir cargas horárias e determinar os prazos para integralização do curso. A intencionalidade deve ter precedência, sendo necessário para isto, uma profunda reflexão sobre os referenciais ou paradigmas estruturais e conjunturais que consistirão nos alicerces da construção ou da reforma curricular.

Desta forma o conceito de mudança ou reforma deverá estar fundamentado na conceituação adotada por Kisil (1998) em que diz que mudança é um rompimento, mesmo que de forma gradual, com o *status quo* organizacional. A mudança pode ser consequência natural dos acontecimentos históricos e dos fatores que incidem sobre a organização, mas pode ser decorrente de adaptações às mudanças que ocorrem nos ambientes.

Fato relevante a ser considerado, é que a história tem demonstrado que as mudanças pedagógicas não se fazem por decretos, normas e portarias. Elas são processuais e se constituem no tempo, pela dinâmica da articulação entre a subjetividade que é a vontade de mudar e a objetividade que são as condições objetivas favoráveis para que as mudanças ocorram. (FORGRAD, 1999).

Cunha *apud* Foresti (2001) relatou que qualquer proposta curricular que pretenda a articulação em torno de um projeto de curso exige a condição do trabalho coletivo, requer um professor que dialogue com seus pares, que planeje em conjunto, que exponha suas condições de ensino, que discuta a aprendizagem dos alunos e a sua própria formação, que transgrida as

fronteiras de sua disciplina, interprete a cultura e reconheça o contexto em que se dá seu ensino e onde sua produção acontece.

Da integralidade da atenção ou cuidado

Por ser a **Integralidade** um dos pressupostos básicos para a formação do profissional generalista da área saúde, torna-se necessário a compreender que não significa a **Totalidade** das ações, pois se assim fosse, estaríamos *desprezando-se a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir*. (CECCIN & FEUERWERKER, 2004).

Na **Integralidade**, o desenvolvimento da atenção se dirige à *produção da saúde* e não só ao tratamento. (CECCIN, 1998/1999).

Quanto maiores forem os índices de interdisciplinaridade e as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados forem os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa no ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde. (FEUERWERKER & SENA, 1999 e FEUERWERKER, 2003).

Da evolução do Ensino da Odontologia no Brasil

De acordo com o exposto por Chaves (1977) no período de 1500 a 1850, dito de artesanato ou vocacional, sendo o ensino empírico, havia muito mais uma preocupação cartorial para o exercício da Odontologia do que propriamente uma preparação formal. No segundo período de 1850 a 1970, dito acadêmico, inicia a preparação formal, mas o ensino está fundamentado principalmente nos aspectos tecnológicos e direcionado para a doença. No terceiro período a partir de 1970, dito humanista, o ensino diz ser direcionado para o social e coletivo, mas que na realidade somente em 1982, passa a ser

exigido a introdução das disciplinas de Ciências Sociais e de Odontologia Social e Preventiva, o que até hoje, infelizmente, teve baixo impacto na formação dos profissionais de saúde bucal.

Contribuindo com essa constatação, Weine (2003) relatou que o currículo dos cursos de Odontologia sempre privilegiou o paradigma curativo, sendo essa filosofia norteadora das Universidades, cujo ensino não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população.

Volschan (2002) afirmou que o modelo sempre foi voltado para a prática liberal, em que o preconizado era, e ainda é, a necessidade de aperfeiçoamento e especialização em áreas exclusivamente técnicas.

Pinto (2000) relatou que as profissões de saúde devem ser medidas primeiro pelo nível de saúde da população que depende de seus serviços e não pela complexidade da preparação científica e tecnológica dos seus profissionais.

Desta forma o que se observou no ensino superior das profissões da saúde, ao longo dos anos, foi uma profunda dissociação entre a sua dinâmica e as necessidades da maioria da população, um verdadeiro divórcio entre o que se ensina e o que a comunidade necessita. (TORTAMANO, 1994).

Das experiências inovadoras

Não há dúvidas que as experiências inovadoras, também cada uma há seu tempo, contribuíram para as sucessivas aproximações do processo Educacional com o nosso Sistema de Saúde.

Segundo Informe CAPES/ABENO/Kellogg (1984), corroborando com essa afirmação, quando da reunião final do Projeto Capes/Odontologia: Docência e Serviços, após quatro anos de duração (1980-1984), das dezesseis

Escolas selecionadas, sete permaneceram no projeto por três anos e nove por quatro anos, sendo que estas apresentaram em um Seminário realizado no Departamento de Odontologia da PUC/MG, os resultados alcançados, as limitações e os aspectos facilitadores ocorridos na execução de seus projetos. Embora o conceito de “inovação” varie de escola para escola, dependendo do estágio em que se encontra, constatou-se que em onze das dezesseis escolas foram introduzidas mudanças em seu currículo e nas estratégias de ensino.

Em análise parcial das experiências vivenciadas no projeto UNI (Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), no período de 1992 a 2002, Feuerwerker & Sena (2002), apresentaram uma avaliação, tendo sido observadas características essenciais das propostas inovadoras de formação, como: currículos integrados, organizados em módulos temáticos baseados em problemas relevantes da realidade, metodologias ativas de ensino-aprendizagem que tomam estudantes como sujeitos; práticas nos cenários dos serviços e da comunidade desde o início da carreira; avaliação formativa e somativa ao longo do processo. Concluíram que as mudanças estão ainda em construção: as lutas entre o novo e o velho estão em plena vigência. Assim como na construção das novas práticas de saúde, essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem respostas, mas afirmam que os projetos que conseguiram construir processos coletivos de mudança e propiciar a constituição de uma massa crítica de sujeitos deram alguns passos seguros em direção à utopia que buscamos na Saúde.

Lamentavelmente, o que se tem observado, de um modo geral, é que todos os esforços prévios de integração do processo ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, e mesmo estando institucionalizadas, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. (CAMPOS *et al.*, 2001). As atividades de ensino-aprendizagem, extra-murais,

sempre dependeram mais da voluntariedade dos professores que as coordenavam do que do apoio institucional e da participação do quadro docente como um todo. (MORITA & KRIGER, 2003). Fatos que concordamos plenamente, uma vez que a experiência vivenciada no Curso de Graduação em Odontologia da FOUFU, com as Unidades Didáticas Avançadas, como já fora dito anteriormente, foram desativadas meramente por questões de caráter político, representando um retrocesso no processo de formação profissional nas áreas médico-odontológicas.

Apesar de todos os contratempos, internos ou externos às IES, a articulação política é essencial para o prosseguimento das experiências inovadoras para o aprimoramento, a adequação e a coerência dos Sistemas: Educação-Saúde.

Da atual Lei das Diretrizes e Bases da Educacional, as Novas Diretrizes Curriculares, as contribuições da ABENO e da Rede Unida

A LDB preconiza a integração entre as várias modalidades do Ensino superior, a autonomia acadêmica, a avaliação institucional e uma nova concepção de postura pedagógica, ao priorizar não só os conteúdos universais, mas também o desenvolvimento de competências e habilidades, na busca do aperfeiçoamento da formação cultural, técnica e científica do cidadão. Para que estas questões se efetivem, fazem-se necessárias mudanças paradigmáticas no contexto acadêmico, a fim de que se estabeleça uma política holística, humanizada e ecológica. Esse novo paradigma do processo ensino-aprendizagem, deve estar voltado para a cidadania. As iniciativas requeridas por parte da IES devem englobar a análise das novas demandas da sociedade contemporânea, buscando identificar fatores que favoreçam as mudanças pretendidas e que devem ser incrementados e aspectos que bloqueiam estas mesmas transformações e que devem ser criteriosamente observados (FORGRad, 1999).

De um modo geral, as Diretrizes expressam o compromisso dos movimentos por mudanças na formação dos profissionais de Saúde com compreensão ampla do que significa currículo, considerando que ela deva expressar posicionamento da universidade diante de seu papel social dos conceitos de saúde e educação. Não por outra razão aparece explícita a necessidade da formação estar claramente comprometida e direcionada à concentração dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS. (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2003).

Temos pela frente grandes desafios, para trabalharmos dentro do binômio liberdade-responsabilidade, pois ao ser abolido o "currículo mínimo" obrigatório, abrem espaços para reestruturações curriculares diferenciadas e para inovações didáticas pedagógicas que conduzam à formação de um profissional de saúde bucal capaz e comprometido com as reais condições brasileiras. Corroborando com a questão da responsabilidade, em artigo da ABENO (2003) relatou que as diretrizes são tão abertas e flexíveis que podem gerar preocupações sobre a utilização desse mecanismo, em um país de dimensões continentais.

Os conteúdos deverão estar articulados entre si e quanto à sua natureza deverão ser oferecidos na forma de componentes curriculares: obrigatórios, optativos e atividades complementares ou estudos independentes.

Os componentes curriculares obrigatórios são aqueles indicados na organização curricular como imprescindíveis para propiciar, ao profissional em formação os conhecimentos, competência habilidades requeridas. A obrigatoriedade destes componentes deve incidir sobre os conteúdos básicos e profissionais.

Os componentes curriculares optativos são aqueles passíveis de escolha do aluno, entre os ofertados mediante planejamento acadêmico, devendo ser estipulada uma carga horária mínima a ser cumprida neste

componente.

Os componentes curriculares por meio das atividades complementares ou estudos independentes também são passíveis de escolha do aluno e tem por finalidade o desenvolvimento de uma trajetória autônoma e particular, através da criatividade e iniciativa dos alunos, que passam a ser responsáveis pela organização e execução de uma parte de estrutura curricular. Estas atividades poderão ser desenvolvidas no âmbito da instituição ou externamente, devendo ser definido o percentual mínimo da carga horária total do curso, as modalidades admitidas, os mecanismos de avaliação e registro.

A estruturação da proposta curricular, independentemente dos eixos de organização requer uma articulação dos distintos componente curriculares em dois sentidos: no sentido vertical ou diacrônica, para estabelecer as seqüências de conteúdos a serem veiculados ou construídos em componentes curriculares, com crescente grau de complexidade, ao longo do curso e No sentido horizontal ou sincrônica, para estabelecer conexões programáticas entre os componentes ofertados num mesmo semestre. (PENTEADO FILHO *et al*, 1999).

Com relação à ordem do aprendizado, estudos mais recentes no campo da epistemologia vêm mostrando que não existe uma única ordem pelas quais os sujeitos podem adquirir certos conhecimentos teóricos e práticos. E isto contradiz argumentos em favor da conservação de uma estrutura curricular engessada por conteúdos obrigatórios, ordenados em seqüência também obrigatória.

Por outro lado, esse novo entendimento não descarta a necessidade de se dar precedência ao domínio de certas noções e conhecimentos básicos, que viabilizem o acesso do estudante a outros raciocínios e procedimentos. (PENTEADO FILHO *et al*, 1999).

Assim é necessário que seja procedida uma cuidadosa revisão dos pré-requisitos, contemplando certa flexibilidade e autonomia de escolha por parte do aluno e preservando-se aqueles indispensáveis para garantir certa consistência programática dos conteúdos propostos e a preparação adequada para cada etapa do Curso. (PERALTA *et al.*, 2000).

Ainda na ordem do aprendizado deve-se abrir espaço, para que de forma consensual, os conteúdos relativos à formação específica possam estar presentes logo no início do Curso, assim como os conteúdos hoje considerados do ciclo básico possam integrar o profissionalizante, possibilitando uma melhor integração, favorecendo a compreensão e a sua aplicação. (PERALTA *et al.*, 2000).

Entendendo que a Graduação deve ser considerada como etapa inicial e formal, devendo se constituir na base para o permanente e indispensável processo de Educação Continuada, o nível de complexidade do conhecimento deverá ser criteriosamente elaborado para garantir uma sólida formação para o futuro C.D. Clínico Geral, evitando-se o aprofundamento precoce de conteúdos, em detrimento à consolidação dos fundamentos essenciais.

Neste sentido reforça-se cada vez mais, a estimulação da competência para aprender a aprender, sendo absolutamente necessário ao profissional que atuará numa realidade dinâmica, estar apto a enfrentar novas situações e propor soluções fundamentadas em princípios técnicos e científicos e de acordo com o momento sócio-cultural e econômico do indivíduo ou da comunidade. (PERALTA *et al.*, 2000).

As formas ou níveis de construção do conhecimento passam a ter extrema relevância dentro da organização curricular, sendo um dos aspectos que, realmente irão sinalizar o grau de inovação pretendido pelo Curso. Assim sendo, torna-se necessário o perfeito entendimento dos níveis de construção

do conhecimento, para que dentro da realidade vivenciada em cada Instituição, possa implementar aquela que efetivamente contribuirá na formação do Cirurgião-Dentista pretendido.

Assim, segundo Jantsch *apud* Santomé (1998) temos: Multidisciplinar, as disciplinas aparecem justapostas, com uma temática comum, porém sem integração entre as mesmas; o Interdisciplinar, que pressupõe integração entre disciplinas e entre os ministrantes, a partir de um método de trabalho compartilhado e o mais abrangente de todos, o Transdisciplinar, no qual não há necessariamente disciplinas, mas eixos integradores das áreas de conhecimento. Não há hierarquia entre essas áreas. O trabalho baseia-se no planejamento coletivo dos programas e em experimentos educacionais, que dão suporte a essa integração. (PERALTA *et al.*, 2000).

Claro está que existe uma relação direta entre o grau de Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade com o processo de Formação Integrada, pois quanto maior forem os primeiros, também maior será o segundo. Depara-se então que, o quanto for possível, deve-se propor que os conteúdos sejam desenvolvidos dentro dos referidos níveis do conhecimento, para que se tenha uma formação mais Integral e Integrada.

Com relação às tendências teóricas que subsidiam a prática pedagógica multi, inter e transdisciplinar, Santomé (1998) expõe diversos modelos que estão em funcionamento no panorama internacional, como: a interdisciplinaridade complementar, o ensino centrado ou baseado em evidências, na resolução de problemas ou baseados em projetos. São metodologias de aprendizagens dinâmicas, ainda hoje inovadoras e que contrapõem à educação bancária tradicional (CASAGRANDE, 1998).

Abaixo apresentamos alguns critérios estabelecendo uma comparação entre dois modelos:

QUADRO 6 – Comparativo entre a educação bancária tradicional e a educação conscientizadora.

CRITÉRIOS	EDUCAÇÃO BANCÁRIA	EDUCAÇÃO CONSCIENTIZADORA
PREMISSA BÁSICA	Conhecimentos (ou idéias, informações, teorias, técnicas e procedimentos) são os aspectos mais importantes. → “depósitos” na mente do educando	O importante é o processo de “conscientização” → conhecimento da situação (circunstâncias) para intervir sobre ela, na direção da liberdade, cooperação → transformação, ação ↔ reflexão = “práxis”.
EXPERIÊNCIA	Experiência fundamental a ser vivida pelo aprendiz é a de receber o que o educador lhe oferece “página em branco”	Experiência fundamental a ser vivida pelo educando é a de problematizar a realidade circundante → fazer perguntas relevantes para detectar problemas reais e resolvê-los, utilizando os recursos disponíveis, criando-os organizando formas de ação coletiva para consegui-lo.
OBJETIVO PRINCIPAL	Aquisição do conhecimento e sua reprodução acrítica, manutenção do status quo. → educação conservadora	Objeto principal: desenvolvimento da consciência crítica → educação transformadora
MÉTODO ENSINO	Narração, fala sobre as coisas, exposição	Diálogo, baseado no respeito mútuo, naquilo que o educando já sabe (experiência anterior)
RELAÇÃO EDUCADOR EDUCANDO	Vertical	Horizontal

FONTE: Educação Problematizadora: Transformação Prática do Profissional de Saúde. Casagrande, 1998.

Casagrande (1998) afirmava que a utilização da Educação Conscientizadora ou também denominada de Metodologia da Problematização, na prática docente, poderia dinamizar o processo educativo, no sentido de propiciar uma reflexão mais crítica da ação do professor, possibilitando mudança em sua atuação, pois amplia os horizontes de sua intervenção consciente na atual situação do ensino na área da saúde.

Segundo Berbel (1998), a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas são duas propostas que se desenvolvem a partir de visões teóricas distintas, tendo pontos comuns e pontos diferentes. O comum é que em ambas, o ensino e aprendizagem ocorrem a partir de problemas. Na metodologia da Problematização os problemas são extraídos da realidade pela observação dos alunos. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os

conhecimentos essenciais do currículo.

Ainda, segundo Berbel (1998) o conhecimento das características de cada uma não permite confundi-las, mas, com certeza, torná-las como alternativas inspiradoras de um ensino inovador que ultrapasse a abordagem tradicional.

As etapas para elaboração do modelo curricular, segundo Perri de Carvalho (2003) podem ser sintetizadas, respeitando-se alguns passos:

- 1ª) Diagnóstico do Perfil do Profissional, das expectativas e necessidades dos alunos, da população quanto à saúde bucal;
- 2ª) Definição de metas e objetivos que se pretendem alcançar e estabelecimento de diretrizes gerais que nortearão os vários semestres e várias disciplinas do curso;
- 3ª) Planejar ações que permitam atingir as metas desejadas. Este planejamento terá como ponto de convergência os objetivos e metas concretas para o curso como um todo, respeitando as especificidades das disciplinas e atividades a serem planejadas;
- 4ª) Organizar o processo de acompanhamento e avaliação do projeto para seguir o desencadeamento das ações, perceberem seus resultados e redirecionar os rumos do projeto em andamento, quando necessário. Ao término de cada ação do projeto, realiza-se a avaliação para se verificar até que ponto os objetivos foram atingidos. Ao longo do caminho, o emprego do tempo, o calendário, a divisão de tarefas ou as próprias ações e suas metas podem se mostrar inadequadas, exigindo redefinição, reorientações e re-planejamento.

Mendes (1980) ressalta a importância de se estabelecer uma criteriosa análise de tarefas e dos objetivos comportamentais. Assim sendo, dentro dos Níveis da Aprendizagem, quais sejam: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação, os conteúdos necessários à formação das competências, atitudes e habilidades, que fundamentarão as condutas, tarefas ou procedimentos que serão executados

pelo Cirurgião-Dentista Clínico Geral, poderão ser orientados, de forma sintética a partir:

QUADRO 7 – Níveis da aprendizagem

NÍVEIS	CATEGORIAS	C O N C E I T O	TERMOS COMPORTAMENTAIS
PRIMEIRO	CONHECIMENTO	É a recordação ou lembrança da informação apropriada	Define, descreve, lista, identifica, nomeia, esboça, reproduz, conceitua
SEGUNDO	COMPREENSÃO	É a capacidade de aprender o significado de um conteúdo	Converte, justifica, distingue, explica, exemplifica, sumaria
TERCEIRO	APLICAÇÃO	É a capacidade de usar o conteúdo aprendido em situações novas e concretas	Modifica, demonstra, descobre, manipula, opera, prepara, produz, relaciona, resolve, usa
QUARTO	ANÁLISE	É a decomposição do conteúdo apropriado	Decompõe, diagrama, diferencia, discrimina, distingue, ilustra, infere, esboça, seleciona, separa, subdivide
QUINTO	SÍNTESE	É a combinação do conteúdo aprendido para formar um novo todo	Categoriza, combina, compila, compõe, cria, planeja, produz, modifica, projeta, integra, recombina, reconstrói, reorganiza, reescreve
SEXTO	AVALIAÇÃO	É a capacidade de julgar o valor do que foi realizado a partir de critérios definidos	Julga, aprecia, compara, conclui, contrasta, justifica, critica

Fonte: GROUNDLUND, NE. Formulação de objetivos comportamentais para as aulas.

No processo de construção das Diretrizes Curriculares fica evidente a notória e intensa participação da ABENO, como entidade que representa o ensino de odontologia no país e da Rede Unida, como representante dos movimentos sociais pelas mudanças nas graduações da área da saúde. (MELO, 2004).

Ainda de acordo com Melo (2004) a ABENO contribuiu de modo significativo, porém ainda muito conservador e centrado nas habilidades específicas da profissão, restringindo a atuação nas capacitações pedagógicas, ao invés de aprofundar as discussões sobre as políticas de saúde do País, bem como as prioridades epidemiológicas da população. Porém, acentua que a

ABENO tem assumido um poder relevante nos cursos de odontologia do país e isso influencia fortemente os processos de mudanças no interior dos cursos.

Quanto a Rede Unida, Melo (2004) afirmou que também teve um importante papel na construção das DCN, não se restringindo ao envio de propostas, mas também articulando com o CNS e outros importantes atores do cenário de construção das DCN e também da Reforma Sanitária.

Da evolução da Avaliação Educacional e Institucional no Brasil

O processo de avaliação Educacional e institucional no Brasil é relativamente recente, pois somente a partir de 1980 foi introduzido nas Universidades Brasileiras (ACS, 2003).

O grande impacto desse processo iniciou no ano de 1996, quando pela primeira vez foi realizada uma avaliação nacional de alunos de três cursos: Administração, Direito e Engenharia Civil, por meio do Exame Nacional de Cursos-Provão. (BRASIL, 1999). Como já estava previsto na lei, a inclusão dos demais cursos seria gradativa. No ano seguinte, ou seja, 1997, além da avaliação discente, o MEC começou a implantar a parte Institucional, por meio da Avaliação das Condições de Oferta - ACO, que posteriormente transformou-se em Avaliação das Condições de Ensino - ACE. (ACS, 2003).

Segundo Fernandes Neto *et al* (2006), em 1998 todos os cursos de Odontologia do Brasil foram visitados por Comissões Verificadoras para se realizar a avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação.

De acordo com o Relatório-Síntese do ano de 1999 (BRASIL, 1999) relativo a quatro anos (1996 a 1999) de aplicação do ENC e ACE, verificou-se houveram notáveis mudanças ocorridas no ensino de graduação. Discute-se avaliação em encontros por todo o País. Amplia-se o debate sobre a auto-avaliação institucional. Buscam-se formas de utilizar os resultados das

avaliações dentro das instituições de educação superior para promover a melhoria dos cursos. Qualifica-se melhor o corpo docente. Modernizam-se laboratórios e bibliotecas. ***Elaboram-se projetos pedagógicos mais compatíveis com as exigências da educação atual.*** Toda essa movimentação leva a crer que o Exame Nacional de Cursos já está atingindo o principal objetivo para o qual foi criado: contribuir para melhorar a qualidade do ensino ofertado nos cursos de graduação brasileiros.

Outro aspecto relevante que os dois instrumentos (ENC e ACE) tiveram, foi o mérito de disseminar no País a cultura da avaliação, e apesar da prova aplicada aos alunos, ser apenas um dos elementos de avaliação, a sociedade passou a considerá-la como suficiente. (ACS, 2003).

Por terem sido tratados como instrumentos isolados, O ENC e o ACE deixaram de construir uma visão sistêmica da avaliação, que combinasse os resultados de ambos. Assim, segundo a Assessoria de comunicação Social do Ministério da Educação (ACS, 2003), uma nova sistemática de avaliação do ensino superior brasileiro, se impõe para que possa captar as características do ensino em toda a sua complexidade. Acrescente-se a isto, a possibilidade de passar informações equivocadas à sociedade (a nota de um curso “A” ser igual ou menor a um curso “E”), o custo elevado e abrangência restrita (SINAES, 2003).

Fundamentado nessas premissas, em 2004, por meio da Lei 10.861 é criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), estando atualmente em fase gradativa de implementação.

Do Sistema Único de Saúde, Conferências de Saúde e o PRÓ-SAÚDE.

Apesar da Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080/90, determinarem ao SUS o ordenamento da formação de Recursos Humanos para a saúde e vários outros referenciais, aqui entendidos como conjunturais,

por serem contributórios, indicativos, sinalizadores, indutores para o aprimoramento e adequação do processo educacional ao sistema de saúde, por proporcionarem uma reflexão crítica acerca dos atuais modelos, predominantes na formação profissional, verifica-se que há um significativo atraso, no sentido de enquadrar-se nos fundamentos e princípios dos contextos da Integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Campos *et al* (2001) afirmavam que a desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e Educação, contribuía para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto contratados, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área da saúde.

No estágio atual, embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia, principalmente com inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, este fato ainda não tem sido suficiente para produzir o impacto esperado sobre o ensino de graduação. (MORITA & KRIGER, 2003).

Viana & Dal Poz (2005) relataram que um dos problemas mais relevantes para a implantação do PSF é a carência de recursos humanos, principalmente na área médica.

Campos & Belisário (2001) relataram que hoje é consensual que a mudança deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança de cenários nos quais se realizam as ações educativas para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional.

Campos *et al* (2001) afirmaram que é necessário assumir que não se pode ficar à mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. A saúde, como único setor do Estado que vem sofrendo uma reforma realmente democrática, apoiada na mobilização de expressivos setores da sociedade (Campos *et al apud* Noronha & Levicovitz, 1994; Mendes, 1994) tem recursos estratégicos para intervir ativamente no cenário de formação profissional. Assim é extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Isso vai possibilitar que se dê direcionalidade ao processo de mudança nas escolas, facilitando que a formação profissional se aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade.

Corroborando com a afirmação de Campos *et al.* (2001) em relação à forma democrática apoiada na mobilização de expressivos setores da sociedade, verifica-se que a participação e o interesse da sociedade civil organizada nas Conferências de Saúde: Municipais, Estaduais e a Nacional tem sido crescente. Se tomarmos com exemplo as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, temos que na 1ª CNSB, tivemos a presença de cerca de 1.000 participantes; na 2ª CNSB, tivemos a presença de 1.092 participantes, mais Conferências Municipais e 24 Conferências Estaduais e na 3ª CNSB, tivemos a presença de 1.183 participantes, 2.542 Conferências Municipais e 27 Conferências Estaduais, totalizando aproximadamente 90.000 participantes. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004). Outras formas oficiais de participações populares, sendo paritárias, são nos Conselhos Municipais, Estaduais e o Nacional de Saúde, que são órgãos de caráter deliberativos.

Segundo proposta de Regulamentação da Emenda Constitucional 29 (2001), tais participações, sem sombras de dúvidas, têm sido importantes instrumentos indutores e promotores do cumprimento dos preceitos constitucionais, especificamente em relação à saúde com reflexos diretos na

formação profissional, sendo doutrinariamente denominados de direitos progressivos, ou seja, depende de ações positivas do Estado, mas, sobretudo da sociedade civil organizada para a sua plena realização.

Com relação a recursos estratégicos para intervir ativamente no cenário de formação profissional, temos dois Programas governamentais propondo intervenções nos processos de formação profissional. Um está em fase final de encerramento, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED) e o outro, que a partir das experiências vivenciadas neste, está sendo estendido também à Odontologia e à Enfermagem, que é o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Recursos Humanos para a Saúde (PRÓ-SAÚDE) já tendo sido selecionadas as IES, estando programado o seu início para agosto de 2006.

Com relação ao PROMED, os incentivos fizeram com que grande parte dos cursos de medicina se mobilizasse para de fato implantar mudanças que pudessem responder ao programa do Ministério da Saúde para o fortalecimento do SUS (MELO, 2004 *apud* PROMED, 2003).

Os objetivos que são propostos pelo PRÓ-SAÚDE, visam o prosseguimento ampliado das experiências vivenciadas e aprimoradas do PROMED, tendo um importante papel indutor, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança, em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade, reafirmando o preceito constitucional, em seu Art. 200, que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área de saúde. Neste sentido a IES atuará em conjunto com o serviço público de saúde, sendo a proposta, obrigatoriamente, em comum acordo, para estabelecer as responsabilidades de cada segmento e principalmente garantir a continuidade do programa, diminuindo a vulnerabilidade política. (BRASIL, 2005).

CONCLUSÃO

Com base na análise e discussão dos paradigmas contemporâneos, constatamos que os referenciais estruturais, mais do que simplesmente fornecerem os dispositivos legais na orientação da formação profissional em consonância com as reais necessidades da população brasileira, confere um grau de liberdade e flexibilidade na organização do processo educacional e na estruturação dos serviços de saúde.

Por outro lado, fica bem evidente também que ainda há uma nítida inadequação entre os sistemas: Educacional e de Saúde, gerando a formação de profissionais não qualificados para as novas propostas do setor saúde, comprometendo a consolidação do sistema de saúde do país.

Com relação aos referenciais conjunturais todos, há seu tempo, ofereceram contribuições que de certa forma tiveram grande importância no aprimoramento e evolução do processo ensino-aprendizagem, assim como proporcionaram uma base sólida de reivindicações sociais e/ou da necessidade de reorientação na formação profissional.

Diante do exposto e no sentido de contribuir na direcionalidade do processo ensino-aprendizagem, em sintonia com os paradigmas contemporâneos estruturais e conjunturais, apresentamos um modelo de construção curricular que efetivamente possa estabelecer uma verdadeira Integração Docência-Serviço-Pesquisa, inserindo o futuro Cirurgião-Dentista Clínico Geral, de forma compromissada, responsável, natural e produtiva nos diversos nos diversos sistemas prestadores de serviços à saúde, particularmente no Sistema Único de Saúde, estando desta forma estruturado:

1) As etapas essenciais que deverão orientar a construção do modelo curricular podem ser assim resumidas:

QUADRO 8 – Etapas essenciais para a construção do modelo curricular

ETAPAS	PROCEDIMENTOS
PRIMEIRA	Identificar as características e necessidades loco-regionais, coletivas e individuais, tanto públicas quanto privadas.
SEGUNDA	Determinar o perfil profissional desejado adequado à realidade loco-regional identificada
TERCEIRA	Determinar as atitudes, competências e habilidades necessárias para alcançar o perfil desejado
QUARTA	Determinar os conteúdos necessários para a formação das atitudes, competências e habilidades do profissional desejado
QUINTA	Agrupar os conteúdos em Unidades de Ensino, dentro dos conceitos da Interdisciplinaridade, com os possíveis eixos para a Transdisciplinaridade dos componentes curriculares obrigatórios mínimos, incluindo a metodologia de avaliação
SEXTA	Estabelecer as demais atividades dos componentes curriculares optativos, complementares ou estudos independentes mínimos, incluindo a metodologia de avaliação
SÉTIMA	Estabelecer a carga horária necessária para a preparação, a execução e avaliação de todos os componentes curriculares mínimos
OITAVA	Estabelecer a ordem de oferecimento das Unidades de ensino e todas as demais atividades, estabelecendo os pré-requisitos contemplando certa flexibilidade e autonomia de escolha por parte do aluno e preservando-se os imprescindíveis (execução de procedimentos que exijam conhecimento e prática anteriores com risco de provocarem danos irreversíveis ao paciente)
NONA	Estabelecer de acordo com a forma de oferecimento do curso (semestral/anual) e o número de semanas letivas proposto pela IES, a carga horária semanal do aluno, não sendo recomendado que ultrapasse a 30 horas/semana. Neste momento teremos dados concretos para definir o tempo mínimo para a integralização curricular (4, 4 ½ ou 5 anos). De acordo com Parecer CNE/CES 329/2004 de 11/11/2004 a Carga Horária Total Mínima de 4.000 horas
DÉCIMA	Estabelecer, de forma explícita, os instrumentos e a metodologia de acompanhamento e avaliação periódica da interação dos agentes com os componentes curriculares, como ferramentas construtivas capazes de retroalimentarem o sistema educacional, identificando possíveis falhas e proporcionando dados concretos para tomada de decisões, visando a melhoria ou redefinição ou reorganização do processo ensino-aprendizagem, que estará em permanente construção.

2) O perfil profissional, de um modo geral, pode ser assim expresso:

*O Curso de Graduação em Odontologia tem por objetivo formar um **profissional de saúde** com conhecimentos, habilidades e destrezas que o caracterize como um **Cirurgião-Dentista Clínico Geral** tecnicamente capaz, cientificamente orientado, social e humanisticamente sensível para **promover saúde** e solucionar com critério reflexivo, educativo, preventivo e reabilitador, os problemas odontológicos mais prevalentes na região geo-educacional da Instituição e em Programas de interesse nacional. Dominará os aspectos gerais das especialidades odontológicas, capacitando-o a produzir um tratamento integral e adequado, dentro do nível de atenção em que está atuando, mantendo-se integrado com as demais profissões da área de saúde e consciente da necessidade de estar permanentemente atualizado, através do processo de Educação Continuada".*

3) Compatível com este Perfil Profissional e dentro dos Níveis da Aprendizagem, quais sejam: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação, os conteúdos necessários à formação das competências, atitudes e habilidades, para a execução das condutas, tarefas ou procedimentos que serão executados pelo Cirurgião-Dentista Clínico Geral, serão propostos dentro das seguintes categorias.

QUADRO 9 – Proposição das categorias dos níveis da aprendizagem para a formação das condutas/tarefas e procedimentos do CD clínico geral

CONDUTAS/TAREFAS/PROCEDIMENTOS	PROPOSTAS NA CATEGORIA
Sócio-econômicas, culturais e humanísticas	Mínimo de Aplicação
Educativos, Preventivos e de Cuidados ou de Atenção Básica à Saúde	Mínimo de Avaliação
Diagnóstico de Doenças ou Situações mais prevalentes	Mínimo de Avaliação
Curativos e Reabilitadores	de acordo com a complexidade de cada procedimento ou tarefa, assim como a preparação adequada para sua execução, compatível com o generalista que se pretende formar.

4) Os conteúdos serão agrupados nas seguintes Unidades de Ensino:

QUADRO 10 – Unidades de ensino com conteúdos sugeridos para a formação do CD clínico geral.

UNIDADES	SIGLAS	CONTEÚDOS SUGERIDOS
UNIDADE DE MORFOLOGIA HUMANA MACROSCÓPICA	U.M.H.Ma	Anatomia Humana Geral Aplicada à Estomatologia e Anatomia Humana Buco-maxilo-facial
UNIDADE DE MORFOLOGIA HUMANA MICROSCÓPICA	U.M.H.Mi	Citologia, Histologia Geral Aplicada à Estomatologia e Histologia e Embriologia Buco-maxilo-facial
UNIDADE MORFO-FUNCIONAL APLICADA	U.M.F.A.	Genética e Bioquímica aplicada à Estomatologia
UNIDADE DE FISIOLOGIA HUMANA APLICADA	U.F.H.A.	Fisiologia Humana Geral aplicada à Estomatologia e Fisiologia do aparelho Estomatognático
UNIDADE BÁSICA DE FARMACOLOGIA APLICADA	U.B.F.A.	Fundamentos Básicos da Farmacologia Aplicados à Estomatologia
UNIDADE DE MECANISMOS DE AGRESSÃO E DEFESA	U.M.A.D.	Microbiologia, Imunologia e Parasitologia Geral Aplicadas à Estomatologia e Microbiologia Buco-dental
UNIDADE INTEGRADA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	U.I.A.B.S	Saúde e Sistema em Odontologia, História da Saúde Pública, O Sistema Único de Saúde, A Atenção Básica de Saúde geral/bucal, O Programa de Saúde da Família, Educação em/para Saúde, A Equipe Multiprofissional de Saúde, Epidemiologia Geral e Específica Aplicada à Odontologia, Gestão de Saúde e Serviços, Planejamento e Gerenciamento em Serviços de Saúde Bucal, Odontologia Baseada em Evidências, Integralidade da Atenção a Família – Interdisciplinaridade-Multidisciplinaridade-Transdisciplinaridade e Atividades Clínicas em programas Coletivos.
UNIDADE INTRODUTÓRIA ÀS ATIVIDADES CLÍNICAS	U.I.A.C.	Fundamentos Básicos da Odontologia, Equipe de Saúde Bucal, As Especialidades Odontológicas, Ergonomia e Biossegurança
UNIDADE BÁSICA DE METODOLOGIA CIENTÍFICA E DA PESQUISA	U.B.M.C.P.	Metodologia do Trabalho Científico, Bioestatística Aplicada, Informática Aplicada à Saúde, Bioética, Inglês instrumental (tradução de textos)
UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO ÉTICO E DA CIDADANIA	U.D.E.C.	Determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, tanto individuais quanto coletivos envolvidos no processo saúde-doença, desenvolvimento de projetos em saúde coletiva: política, prevenção e promoção de saúde.

UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS	U.D.P.A.S.	Processos de tomada de decisões e formação de liderança, meios de comunicação em saúde, Administração e gestão do trabalho
UNIDADE INTEGRADA DE PATOLOGIA E PROPEDEÚTICA CLÍNICA	U.I.P.P.C.	Patologia Geral, Semiologia, Patologia Buco-Dental e Imageologia
UNIDADE INTEGRADA DE TERAPÊUTICA ODONTOLÓGICA	U.I.T.O.	Anestesiologia, Farmacologia Aplicada, Sedação Consciente: Técnicas e uso de óxido nitroso em clínica odontológica
UNIDADE INTEGRADA DE ODONTOLOGIA CLÍNICA	U.I.O.C.	Materiais Dentários, Oclusão, Dentística, endodontia, periodontia, prótese, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e implantodontia
UNIDADE INTEGRADA DE ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA	U.I.O.P	Patologia pediátrica, clínica odontopediátrica, ortodontia, ortopedia preventiva e pacientes com necessidades especiais
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	E.S.P.S.S.	Atenção e Cuidados Básicos de Saúde/PSF Atendimento Educativo/Preventivo/Reabilitador em serviços de saúde público próprio e/ou da rede conveniada e/ou em programas ou projetos de extensão Atendimento de urgência em regime de plantão.

5) O desenvolvimento curricular deve ser fundamentado, principalmente, na **Interdisciplinaridade**, por meio das referidas Unidades de Ensino, devendo proporcionar, desde a Promoção da Saúde à Reabilitação, situações favoráveis à **transdisciplinaridade**, com a implantação dos **Eixos Integradores do Conhecimento**, visando a proposição, discussão e resolução de situações concretas. Os **Eixos Integradores do Conhecimento** devem ocorrer em todos os períodos do curso de graduação, com a programação de atividades que sejam desenvolvidas dentro da metodologia problematizadora ou na aprendizagem baseada em problemas, estabelecendo as necessárias integrações horizontais e verticais do conhecimento. Contribuirá também para o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência e habilidade da comunicação verbal, da escrita e da metodologia científica, pois deverá ser feita apresentação oral e um relatório de caso da atividade vivenciada;

6) A **Integralidade** das práticas em saúde deverá ser buscada por meio de ações de Interdisciplinaridade e de pactuações interinstitucionais, diversificando os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos

alunos às reais situações de serviços, especialmente públicos. Contribuirá também para o desenvolvimento de habilidades e atitudes relativas à Liderança, Gestão em Saúde. O **Estágio Supervisionado**, sob a supervisão docente, será parte fundamental para alcançar a **Integralidade**, sendo desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação, tendo por objetivo a consolidação de conhecimentos através de práticas efetivas que contribuam para a Promoção de Saúde dos indivíduos ou da população. Assim sendo, as Clínicas Integradas, o Atendimento Emergencial e os Serviços Específicos, preferencialmente com incorporação efetiva do pessoal auxiliar na equipe de saúde bucal, poderão compor as atividades do estágio supervisionado, sendo realizadas no âmbito da Instituição e por meio de acordos interinstitucionais, especialmente dentro do Sistema Único de Saúde. A carga horária mínima de atividades destinadas ao cumprimento do Estágio Supervisionado deverá ser de 20% em relação à carga horária total do curso.

7) O **Trabalho de Conclusão de Curso**, de caráter obrigatório, será desenvolvido pelo aluno constando de um trabalho, sob orientação docente, tendo por objetivo a consolidação dos conhecimentos da metodologia científica aplicada à Odontologia, assim como incentivar a continuidade da produção científica após a graduação. Este trabalho poderá ser apresentado em diversas modalidades, como: monografia de conclusão de curso, relatório de trabalho de iniciação científica, trabalho publicado ou resumo publicado em anais de evento científico, onde o aluno é o primeiro autor. Caberá ao Colegiado do Curso de Graduação ou órgão similar, definir as modalidades que serão admitidas, para que sejam devidamente regulamentadas e que acima de tudo possam garantir, de uma forma bem clara e transparente, que foi um trabalho elaborado com a efetiva participação do aluno. O trabalho será apresentado oralmente, com a presença mínima de dois docentes, sendo um deles o orientador do trabalho. Esta apresentação visa reforçar as competências e habilidades na comunicação verbal, da escrita e da metodologia científica referente ao trabalho desenvolvido.

8) As **Atividades Flexibilizadas** serão por meio do aproveitamento de conhecimentos escolhidos e adquiridos pelo aluno, envolvendo os **estudos e práticas independentes**, presenciais e/ou à distância, desde que seja atendida a regulamentação aprovada pelo Colegiado do curso ou órgão similar, e dentro do prazo estabelecido para a conclusão do curso. Para que haja uma diversidade desses estudos e práticas independentes, deverá ser estabelecido um percentual máximo em cada uma das atividades recomendadas. Podem ser reconhecidos como tal: Monitorias, Programas de iniciação científica, Programas de Extensão, Estudos Complementares para formação artística, social, humanística e tecnológica, Cursos realizados em áreas afins (medicina, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, fisioterapia).

9) As **Disciplinas e/ou Atividades Optativas** não devem ter uma carga horária elevada, também justamente para possibilitar uma maior diversidade na formação, sendo conteúdos e/ou atividades sugeridas pelo corpo docente, discente, técnico-administrativo e serviços de saúde).

10) A Pesquisa na Graduação, hoje, eminentemente direcionada à área tecnológica, deverá ter uma reorientação no sentido de contemplar e incentivar a investigação das necessidades da comunidade; pois com a inserção dos alunos em cenários de práticas que refletem com precisão a atual situação do sistema de saúde, vários dados, elementos ou situações poderão ser obtidos, estimulando-os a uma investigação epidemiológica e em desenvolvimento de modelos de atenção à saúde, contribuindo não só para a formação na Graduação, mas também com possíveis soluções e/ou melhorias no sistema de saúde vigente.

11) **A avaliação do processo educacional** deve ser de caráter contínuo, para que possa estar sempre atualizado e, principalmente orientando uma formação sinalizada para o futuro. A avaliação permanente é de fundamental importância dentro do Projeto Pedagógico, particularmente, em um de seus componentes, que é a Estrutura Curricular, por representar um

processo de reflexão sistemática sobre as experiências vivenciadas, os conhecimentos disseminados ao longo do processo de formação profissional e a interação entre o curso e o contexto loco-regional e nacional. Em sua essência, a avaliação permanente buscará estabelecer a coerência interna entre os elementos constituintes do Projeto Pedagógico, a pertinência da estrutura curricular em relação ao perfil desejado, a melhor inserção e desempenho social do egresso, com objetivo de viabilizar as mudanças necessárias, de forma gradual, porém constante e abrangente.

Na fase de implementação, particularmente, em se tratando de reestruturação curricular, é recomendável que haja uma representatividade ampliada do colegiado responsável pelo acompanhamento didático-pedagógico do curso, sem contudo descaracterizar a validação dos atos que lhes são pertinentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais iluminadas que sejam as idéias e por mais inovador que seja um currículo, se não for amplamente discutido e absorvido pelos que irão implementá-lo e se não estiver embasado em serviços que funcionem adequadamente, as chances de fracasso serão muito grandes, comprometendo-se, a partir daí, até mesmo a filosofia inovadora. Há uma grande inércia que só poderá ser alterada de forma persistente e gradual. São preferíveis, pequenos avanços, feitos de forma consciente e consistente, a inovações abruptas, sem infra-estrutura e adesão dos que irão implementá-lo. (MACHADO, CALDAS Jr. & BORTONCELLO 1997).

A sugestão aqui apresentada, em relação às Unidades de Ensino, sem sombras de dúvidas, poderá ter um agrupamento maior de conteúdos, estando condicionado a aplicabilidade dentro da estruturação acadêmica de cada Escola, Faculdade ou Curso de Odontologia. Quanto maior for a possibilidade de agrupamento, de desenvolvimento e de interação de conteúdos, associados à diversificação de cenários de aprendizado, maior também poderá ser a possibilidade de alcançar a Integralidade.

No que se refere à construção do conhecimento, acreditamos que se nos prepararmos para exercermos bem a **Interdisciplinaridade** será uma condição mais segura e particularmente mais factível, ficando a **transdisciplinaridade** para ser aplicada de forma gradual e sempre crescente nos Eixos Integradores do Conhecimento, porém em todas as etapas do curso de graduação. Como se sabe, para trabalharmos exclusivamente dentro do conceito da transdisciplinaridade algumas condições são essenciais, tais como: formação adequada de professores, construção dos eixos e integração entre eles, disponibilidade e flexibilidade de horários dos docentes, estrutura acadêmica favorável para a aplicação dos eixos e adaptação do aluno egresso de um sistema tradicional incorporar-se a um currículo transdisciplinar.

Com relação à formação adequada de professores constata-se que uma significativa parcela de docentes ainda não estão convenientemente preparados no aspecto didático-pedagógico e que de pronto, não estariam capacitados para construir e aplicarem de forma correta e produtiva metodologias de ensino-aprendizagem possibilitando alcançar o pretendido grau de interação e integração de conteúdos que caracterizam a transdisciplinaridade.

Para a construção e aplicação dos eixos integradores do conhecimento é de fundamental importância a disponibilidade dos docentes e a flexibilidade de seus horários. Quanto à disponibilidade, o ideal é que o docente possa ter uma dedicação em tempo integral para trabalhar na construção, aplicação e avaliação dos referidos eixos, sendo um processo de construção permanente. Quanto à flexibilidade de horários, trata-se também de uma condição importante, especialmente na fase de aplicação, pois não há como se manter um horário fixo ou rígido do corpo docente, tendo participações em dias e horários que poderão variar semanalmente.

A estruturação acadêmica é também um aspecto importante que deve ser considerado na aplicação da transdisciplinaridade em todos os períodos (ou anos) do curso, particularmente, nas IES onde os conteúdos que compõem o ciclo básico ou mesmo outras disciplinas, são ministrados por Institutos ou Departamentos que não estão diretamente vinculados ou subordinados à Faculdade de Odontologia, tendo inclusive o corpo docente uma formação diversificada e ministrando disciplinas para vários cursos. Portanto, para a sua plena aplicação será também necessária uma reestruturação acadêmica, o que convenhamos, nem sempre é fácil de se fazer.

Com certeza, dentro das condições essenciais para se adotar a construção do conhecimento por meio da transdisciplinaridade a adaptação do aluno egresso de um sistema tradicional, em nosso entendimento, é a mais fácil de ser solucionada. Pois, embora o aluno tenha vindo, na maioria das

vezes, de sistemas tradicionais de ensino (educação bancária), com um tempo mínimo de onze anos de estudos, se o docente estiver convenientemente preparado e os eixos integradores bem estruturados a adaptação far-se-á de um modo relativamente rápido.

Entendemos ainda que seja absolutamente necessário contar com um núcleo de apoio didático-pedagógico para a devida preparação tanto dos docentes quanto discentes, para a implantação, implementação, acompanhamento e avaliação de metodologias dinâmicas do aprendizado e dos eixos transdisciplinares do conhecimento.

Portanto, temos vários obstáculos para serem superados, alguns mais fáceis e outros mais difíceis, porém nenhum deles intransponível. Assim, resta-nos não só acreditarmos, mas fundamentalmente trabalharmos no sentido mobilizar, convencer e conquistar os diversos segmentos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, para que coletivamente possamos construir um modelo curricular que seja mais do que transdisciplinar, seja o adequado às reais condições sócio-econômicas, culturais, humanísticas, éticas, bioéticas de nosso país.

REFERÊNCIAS

ANÁLISE sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia. **Rev. ABENO**. v.2, n. 1, p.35-38, 2003.

ARCIERI, R.M. SUS - Evolução do Sistema de Saúde. In: GOMES, D.C.R. (org) **Interdisciplinaridade em saúde: um princípio a ser resgatado**. Uberlândia: Edufu, 1997. cap. 2, p.67-96.

ARCIERI, R.M. SUS - Evolução do Sistema de Saúde. In: GOMES, D.C.R. (org) **Interdisciplinaridade em saúde: um princípio a ser resgatado**. Uberlândia: Edufu, 1997. cap. 3, p.253-280.

ASSESSORIA de Comunicação Social (ACS) - Ministério da Educação. Sistema Nacional de Avaliação e Progresso da Educação Superior: uma nova sistemática de avaliação do ensino superior brasileiro. **Rev. ABENO**, v.3, n.1, p.52-57, 2003.

BARBOSA *et al.* **Padrão Médio de um Curso de Odontologia**. Brasília: MEC/SESu, 1994. p. 64.

BERBEL, N.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v.2, n.2, p.139-153, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de integração docente-assistencial**. Brasília, DF, 1981. p.32.

BRASIL, Constituição Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei 8080, 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**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso em 20 mai 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 1995. Seção 1, p. 19-257. Disponível em: <http://www.pen.uem.br/legislacao/LEI_9131-95_CNE.htm>. Acesso em 07 jun. 2006.

BRASIL, Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Institui a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf>> Acesso em 18 jul. 2006.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 2026, de 10 de outubro de 1996. Estabelece procedimentos para o processo e avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. **Presidência da República.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D2026.htm>. Acesso em 07 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, DF. 1996.

BRASIL, Ministério da Educação Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Exame Nacional de Cursos: o relatório-síntese 1999/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais.** Brasília, DF. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB-2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira.** Brasília, DF. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. **Institui O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2004/Lei/L10.861.htm>. Acesso em 05 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 80 p.

BRASIL. Portaria n. 2.530, de 22 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União.** Brasília, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 102 -103. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Edital_selecionadas.pdf>. Acesso em 26 jan. 2006.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, A.S. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada.** 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates1.pdf>>. Acesso em 30 abr.2006.

CAMPOS, F.E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de Profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Rev. Bras. Educação Médica,** Rio de Janeiro, v.25, n.2, 2001.p.53-9, maio-ago, 2001.

CASAGRANDE, L.D.R. Educação Problematicadora: transformação prática do profissional de saúde. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

ENSINO ODONTOLÓGICO, XXXIII, 1998, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: ABENO, 1998.

CECCIM, R.B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde – Revista do Nipesc**, v.3, n.4, p. 59-77, 1998/1999.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1400–1410, 01 out. 2004.

CECCON, M. F. A Odontologia em prova. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 54, n.5, p. 353-63, set./out. 2000.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. Rio de Janeiro: Labor, 1977.

COELHO, N.N. **Texto escrito em julho de 2001 por ocasião da comemoração do 80 aniversário de Edgar Morin**. Unesco - Paris. Disponível em: <<http://www.edgarmorin.sescsp.org.br/arquivo/default.asp>>. Acesso em 25 jun. 2006.

COELHO, N.N. Edgar Morin: **A Ótica da Complexidade e a Articulação dos Saberes**. 2002. Disponível em: <<http://www.edgarmorin.sescsp.org.br/arquivo/default.asp>>. Acesso em 25 jun. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3, 2004, Brasília. **Acesso e Qualidade Superando a Exclusão**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONRADO, C. A.; GOMES, G, S. Um currículo inovador. **Jornal da APCD Vila Mariana**, São Paulo, v. 1, n.3, p.5-6, mar. 1992.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Lei 4324/64. **Institui o Conselho Federal de Odontologia e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/legislação>>. Acesso em 18 de julho de 2006a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Lei 5081/66. **Regulamenta o Conselho Federal de Odontologia e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/legislação>>. Acesso em 18 de julho de 2006b.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Projeto CAPES/Odontologia**: docência e serviços. Brasília, 1984, 8 p. Informe CAPES/ABENO/Kellogg, v. 3, n.3, dez., 1984.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (orgs). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DAMIS, A. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **ODONTOLOGIA: docência e serviços**. Uberlândia, 1984. 51p. Relatório Final do Acordo CAPES/ABENO/Kellogg-Projeto CAPES/ Curso de Odontologia-UFU.

DELORS, J. *et al.* **Educação - um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1999. p.89-102.

FERNANDES NETO, A.J. A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil. Brasília: **Rev. ABENO**, v.2 , n.1, p.55-56. 2002.

FERNANDES NETO, A.J. *et al.* Odontologia. In: HADDAD, A.E. *et al* (org). **A Trajetória dos Cursos de Graduação na saúde**: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

FERREIRA, J.R. Avaliação prospectiva da educação médica. **Educ. Med. Salud.** v.20, n.1, 1986.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.A. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida, M.J.; Feuerwerker, L.C.M.; Llanos, M.A. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. p 47-83.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.A. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências. **UNI. Interface-Comunic, Saúde, Educ.** v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v.10, n.3, p. 21-26, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev. ABENO**. v.4, n. 1, p.14-6, 2003.

FORESTI, M.C.P.P. Ação Docente e Desenvolvimento curricular: aproximações ao tema. **Rev. ABENO**, v.1, n. 1, p.13-6, 2001.

FORGRAD - Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. **Do pessimismo da razão para o otimismo da vontade: referências para construção dos projetos pedagógicos nas IES brasileiras**. Curitiba, 1999. 13 p.

FRANCE, G. Introduzione. La Sanità in trasformazione. L' Assistenza Sociale. **Rivista Trimestrale sulle Prospettive del Welfare**. Roma, s/p, 1997.

GROUNLUND, N.E. **Formulação de objetivos comportamentais para as aulas**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id_pagina=1>. Acesso em 09 jun. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior**: bases para uma nova proposta de avaliação de educação superior. Brasília, 2004. 140 p.

IZQUIERDO, J. **Primeira Reunião do Componente Profissional Odontologia dos Projetos UNI: Significado e Perspectivas**. Disponível em: <<http://www.ibiblio.org/taft/cedros/portugues/newsletter/n4/firstmee.html>>. Acesso em 05 jun. 2006.

KISIL, M; CHAVES, M. Programa UNI: uma nova iniciativa dos profissionais de saúde. **Battle Creek**: Fundação W. K. Kellogg, 1994.

KISIL, M. (org). Processos de mudanças: bases conceituais. In: **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KRIGER, L. O diferente é formar o generalista. Curitiba: **Rev. Clin. Pesq. Odontol.**, v.1, n.4, abr./jun., p. 7-8, 2005.

LEMO, C.L.S. A Implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. **Rev. ABENO**. v.5, n.1, p. 80-85, 2004.

LOMBARDO, I.A. Avaliação do ensino superior. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, XXXIII. 1998. Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, 1998.

LOMBARDO, I.A.; RANALI, J. **Projeto Pedagógico**: manual de orientação. Uberlândia: ABENO, 1999.

MELO, M.M. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia**: processo de construção e perspectivas de implementação. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

MENDES, E.V. Modelo inovado de ensino da odontologia. **Rev. Gaúcha de Odontol.**, v.28, n.3, p.176, jul/set.,1980 .

MENDES, E.V. **Modelo Transicional de Ensino da Odontologia**. Belo Horizonte: FINEP/ucmg, Departamento de Odontologia, 1981.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos Cursos de Odontologia e interação com o SUS. **Rev. ABENO**. v.4, n.1, p. 17-21, 2003.

MOYSÉS, S.T. *et al.* Humanizando a educação em Odontologia. **Rev. ABENO** v.3, n.1, p.58-64, 2004.

MORRIS,A.L.; BOHANNAN, H.M. **Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General**. 2 ed. Barcelona: Editorial Labor. 1976.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal. In: KRIGER, L. (org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. Cap. 19, p. 448-463.

OFICINAS de Trabalho sobre Diretrizes Curriculares. **ABENO**. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br/>>. Acesso em 03 jun-2006.

PAULA , L.M.; BEZERRA, A.C.B. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. **Rev. ABENO**. v.3, n.1, p7-14, 2003.

PENTEADO FILHO *et al.* **Política de Reestruturação dos Currículos dos Cursos de Graduação da UFBA**. Câmara de Ensino de Graduação. Salvador: UFBA, 1999.52p. Disponível em: <<http://www.cpa.ufba.br/prograd2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

PERALTA, C. H. G. *et al.* **Projetos Pedagógicos e Reformas Curriculares**: texto para reflexão. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande. 2000. 14p.

PERRI DE CARVALHO, A.C. **Educação e Saúde em Odontologia**: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Editora Santos, 1995.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Projeto Pedagógico. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, XXXIII, 1998. Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: ABENO, 1998.

PERRI DE CARVALHO, A.C.; FERNANDES NETO, A.J.; MADEIRA, M.C. Diretrizes curriculares e projeto pedagógico para o curso de odontologia. **Série Documentos de Trabalho**. São Paulo: Nupes/Usp. 1998.

PERRI DE CARVALHO, A..C. **Ensino de odontologia em tempos de LDB**. Canoas: Ed. ULBRA, 2001.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Planejamento do Curso de Graduação de Odontologia. **Rev. ABENO**. v.4, n.1, p. 7-13, 2003.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.

PUCCA Jr., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cien. Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.243-246, jan/mar, 2006.

REDE UNIDA. **Contribuição da Rede Unida para as novas diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação da área da saúde**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br>>. Acesso em 05 jul 2006.

REGULAMENTAÇÃO Emenda Constitucional 29. **Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29**. 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Parametros_Consensuais_EC_21jun01.doc>. Acesso em 03 nov. 2004.

Resolução CNE/CES nº3 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. p.10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/0302Odontologia>DOU04/03/2002_Secção_1>. Acesso em 10 mai. 2006.

SALLES CUNHA, E. **História da Odontologia no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952.

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade** - o currículo Integrado, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SÁTIRO, A. O Pensamento Complexo de Edgar Morin e sua Ecologia da Ação. **Rev. Linha Direta**. Seção Hipertexto. Ano 5, n. 57, 2002. Disponível em: <<http://www.edgarmorin.sescsp.org.br/arquivo/default.asp>>. Acesso em 25 jun. 2006.

SCARPONI, F.G. **Um processo de democratization de lãs propostas para el sector salud**: las conferencias nacionales de salud em Brasil. Disponível em : <<http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque52.doc>>. Acesso em 02 jul. 2006.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. [online]. jun. 2000, v.34, n.3 [citado 16 Julho 2006], p.316-319. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20 jul. 2006.

SINAES. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior**. Informativo INEP. Edição Especial, 5 set- 2003. Disponível em: <<http://www.proad.ufla.br/camaradeavaliacao.doc>>. Acesso em 30 jun. 2006.

TORTAMANO, N. O papel da Universidade. **Rev. ABO Nac.**, v.2, n.4, p. 219, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **A UNESCO e o futuro do ensino superior.** Documentos da Conferência Mundial sobre educação superior. Curitiba: UFPR - Imprensa Universitária, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia:** currículo pleno, 1986.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, **Physis**, v.15, suppl.0. 2005.

VOLSCHAN, B.C.G., SOARES, E.L., CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontol.**, v.59, n.5, p. 314-316, 2002.

ZANETTI, C.H.G. *et al.* Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Revista divulgação saúde em debate**, n. 13, p.18-35, 1996.