

Implantação das
Diretrizes Curriculares Nacionais em

Odontologia



Maria Celeste Morita
Léo Kriger
Antonio Cesar Perri de Carvalho
Ana Estela Haddad

Implantação das
Diretrizes Curriculares Nacionais em

Odontologia

Projeto de Cooperação Técnica
ABENO/OPAS/MS

Maringá
Dental Press Editora
2007

© 2007 by Maria Celeste Morita, Léo Kriger, Antonio Cesar Perri de Carvalho, Ana Estela Haddad

Direitos desta edição reservados aos autores. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, guardada pelo sistema "retrieval" ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, seja este eletrônico, mecânico, ou de fotocópia, de gravação ou outros, sem prévia autorização, por meio escrito dos autores.

Editor:

Carlos Alexandre Venancio

Arte da Capa:

Junior Bianchi

Revisão Final:

Profa. Dra. Maria Celeste Morita

Impressão:

Gráfica Midiograf

Dental Press Editora Ltda.
Av. Euclides da Cunha, 1718 - Zona 5 - CEP 87015-180
Maringá - Paraná - Fone/Fax: (44) 3031-9818
E-mail: dental@dentalpress.com.br
www.dentalpress.com.br

Acordo de Cooperação Técnica: ABENO / OPAS / MS



Dados Internacionais para Catalogação-na-Publicação (CIP)

I34 Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia / Maria Celeste Morita ...[et.al.], - Maringá : Dental Press: ABENO: OPAS: MS, 2007.

160 p. : il.; 21 cm.

ISBN 978-85-88020-49-8

I. Diretrizes Curriculares – Odontologia. I. Morita, Maria Celeste.
II. Kriger, Léo. III. Carvalho, Antonio César Perri de. IV. Haddad, Ana Estela. V. Título.

CDD 21 ed. 617.60011

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO

DIRETORIA DA ABENO 2002-2006

Presidente: Antonio César Perri de Carvalho
Vice Presidente: Eduardo Gomes Seabra
Secretário Geral: Ana Cristina Barreto Bezerra
1ª Secretária: Maria Celeste Morita
Tesoureiro Geral: Sérgio de Freitas Pedrosa
1ª Tesoureira: Lílian Marly de Paula

DIRETORIA DA ABENO 2006-2010

Presidente: Alfredo Júlio Fernandes Neto
Vice Presidente: Orlando Ayrton de Toledo
Secretário Geral: Odorico Coelho da Costa Neto
1º Secretário: Vanderlei Luis Gomes
Tesoureiro Geral: Ricardo Alves Prado
1º Tesoureiro: Sérgio de Freitas Pedrosa



Autores

MARIA CELESTE MORITA Professora Associada da
Universidade Estadual de Londrina
e Chefe do Departamento de
Medicina Oral e Odontologia
Infantil, UEL

LÉO KRIGER Professor Titular Aposentado da
Universidade Federal do Paraná
Professor da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná e
Universidade TUIUTI

ANTONIO CÉSAR PERRI DE CARVALHO Professor Titular aposentado da
Universidade Estadual Paulista e
Ex-presidente da ABENO

ANA ESTELA HADDAD Professora Doutora da Universidade de
São Paulo e
Diretora do Departamento de Gestão da
Educação na Saúde do Ministério da Saúde



Sumário

1 INTRODUÇÃO	11
2 A PROPOSTA	15
“Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia”	
3 OFICINA DE PLANEJAMENTO	25
TERMO DE REFERÊNCIA	
4 METODOLOGIA DE AÇÃO E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS	35
4.1. Termo de Referência	
4.2 Material didático sobre Bases Legais das DCN	
4.3 Material de apoio para o Diagnóstico do grau de Inovação	
4.4 Roteiro para elaboração do Plano de ações e Metas	
4.5 Proposta de Oficina – Passo a Passo	
4.6. Modelo de Relatório Técnico	
5 FACILITADORES DAS OFICINAS.....	51
6 OFICINAS DE TRABALHO REALIZADAS.....	53
7 RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DO GRAU DE INOVAÇÃO.....	61
7.1 Diretrizes curriculares nacionais: elementos e dados para uma reflexão crítica	
8 ANÁLISE DOS NÓS CRÍTICOS DAS COMPETÊNCIAS GERAIS	83
8.1 Competência: atenção à saúde	
8.2 Competência: tomada de decisões	
8.3 Competência: comunicação	
8.4 Competências: liderança, administração e gerenciamento	
8.5 Competência: educação permanente	

9 OUTRO ESPAÇO PARA DEBATE	147
SEMÍNÁRIO “Políticas Públicas para Educação e Saúde em Odontologia”	
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
11 ANEXOS.....	153
BRASIL. Parecer CNE/CES 1300/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de dezembro de 2001. Seção 1, p. 25.	
BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.	

1 Introdução

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) teve atuação relacionada com as *Diretrizes Curriculares Nacionais* (DCN) desde os momentos da discussão de projetos para as mesmas. Entre 1998 e 1999 foram realizadas diversas reuniões da Comissão de Ensino da ABENO em conjunto com o Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do NUPES/USP, em São Paulo, subsidiando discussões da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC e de tema na 34ª Reunião da ABENO, em Canela (RS).

Face à aprovação das *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia* (Parecer CES/CNE 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001 e a Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro 2002, publicada no Diário Oficial da União de 4 de março de 2002), foram iniciadas algumas providências para se apoiar os Cursos de Odontologia na reflexão e na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

A discussão sobre a implantação das Diretrizes Curriculares passa então a ser pautada em diversos fóruns de discussão, entre eles o Congresso da Rede Unida, ocorrido em Londrina (PR), em 2003. Nesse evento, com a participação de representantes da ABENO, ocorreu uma Oficina de Trabalho sobre as DCN cujo Termo de Referência e experiência serviram de base para iniciativas que se seguiram.

No mesmo ano, a 38ª Reunião da ABENO e 29º Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia, efetivadas em Curitiba (PR), de 5 a 9/8/2003, teve como tema central: “Mudanças no Ensino da Odontologia frente às Novas Diretrizes Curriculares”. Neste evento realizou-se uma Oficina de Trabalho com os diretores e integrantes das comissões da ABENO, propondo-se a realização de Oficinas de Trabalho sobre as DCN diretamente nos Cursos de Odontologia interessados.

Desde a 38ª Reunião da ABENO (2003), a Diretoria da ABENO informou que colocava à disposição dos Cursos de Graduação de Odontologia, uma “Oficina de Trabalho sobre Implementação das Diretrizes Curriculares”. Cada Oficina teria 8 horas de duração e contaria com dois docentes designados pela Diretoria da ABENO para atuarem como facilitadores. No segundo semestre de 2003 se efetivaram as primeiras Oficinas de Trabalho sobre DCN.

Sob os auspícios da ABENO Oficinas dessa natureza foram então desenvolvidas com os dirigentes, coordenadores, professores e alunos na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, na Universidade Estadual de Londrina, em Londrina, na Faculdade São Lucas, em Porto Velho, na Universidade de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, na Universidade Federal de Juiz de Fora, com um grupo de coordenadores e professores de 14 das 19 Faculdades de Odontologia do Rio de Janeiro, tendo por local a Universidade Federal Fluminense, em Niterói, e na Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte.

Logo em seguida, a Diretoria e a Comissão de Ensino da ABENO passaram a discutir e planejar um Projeto de Oficinas de Trabalho sobre DCN e a propô-lo ao Departamento de Gestão de Educação na Saúde (DEGES) do Ministério da Saúde. Em agosto de 2004, o

DEGES convida as Associações de Ensino a apresentarem propostas de parceria para apoiar a implantação das DCN, em consonância com um conjunto de ações na Educação Superior na área da saúde.

Todavia, o Convênio com o Ministério da Saúde somente se concretizou em agosto de 2005. Na Assembléia Geral Ordinária efetivada na 40ª Reunião da ABENO, no dia 20/08/2005, o presidente da ABENO informou a aprovação de um Acordo de Cooperação Técnica entre a ABENO, a Organização Pan Americana de Saúde e o Departamento de Gestão de Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

A ação inicial dessa foi a realização de uma Oficina de Planejamento em Brasília, nos dias 20 e 21/09/2005, como atividade preparatória para a realização das “Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia” que passariam a ocorrer em todo Brasil a partir de outubro de 2005 e até junho de 2006.

A partir daí, a ABENO se lançou à concretização promovendo, entre o 2º semestre de 2005 e o 1º semestre de 2006, em convênio com o Ministério da Saúde e a OPAS, a maior concentração de Oficinas de Trabalho. Ante os bons resultados do Projeto em andamento, o Acordo foi prorrogado para se atender demandas pendentes e também para se ter condições da divulgação adequada de um Relatório. Assim, foram realizadas algumas outras Oficinas de Trabalho entre o 2º Semestre de 2006 e 1º Semestre de 2007.

No total, foram 63 Oficinas de Trabalho efetivadas diretamente em Cursos de Odontologia sendo que algumas destas tiveram um público ampliado como no Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo em janeiro de 2006 e no Seminário no Núcleo de Pesquisas sobre Políticas Públicas da USP, em abril de 2006. No nível regional, foram realizadas Oficinas nas Seções Estaduais da ABENO,

e, ainda, com os Coordenadores de Cursos de Odontologia da Região Norte do país em julho de 2006.

O objetivo dessas Oficinas de Trabalho e encontros foi criar condições para que, individualmente e *in loco*, estes cursos realizassem reflexão, auto-avaliação identificando os nós críticos e estabelecessem um plano de ação com vistas à implementação das *Diretrizes Curriculares Nacionais*. Este projeto representa o maior esforço organizado da ABENO, até o momento, para estímulo às adequações e inovações de projetos pedagógicos de cursos de graduação de odontologia.

Brasília, junho de 2007.

*Antonio Cesar Perri de Carvalho,
Léo Kriger e Maria Celeste Morita*

Coordenadores do Projeto

2 A proposta

“Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia”

Proposta da ABENO para a realização de Oficinas sobre Diretrizes Curriculares Nacionais com dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos Cursos de Odontologia do Brasil, atendendo a convocação de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde/Secretaria do Trabalho e Gestão da Educação na Saúde/DEGES e Associações de Ensino.¹

A formação em Odontologia sempre esteve pautada principalmente no exercício privado da profissão. A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e o anúncio da prioridade dada pelo governo federal ao programa “Brasil Sorridente” fazem com que os serviços públicos constituam um significativo mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia, entretanto, estes fatos não têm sido suficientes para produzirem impacto sobre o ensino de graduação.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família tem como uma de suas prioridades a atenção básica à saúde. Tal

¹ Enquadramento: Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança.

Responsável: Antonio César Perri de Carvalho – presidente da ABENO (2002-2006).

Coordenadores: Maria Celeste Morita e Léo Kriger.

proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais de saúde, dotada de visão humanística e preparada para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Na superação desse obstáculo, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas devem empreender esforços para melhorar esta situação.

É necessário assumir que não se pode esperar uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. Assim, é extremamente 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 das escolas, facilitando que a formação profissional se aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade

A apresentação da política do Ministério da Saúde, acenando para a diminuição do distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS levaram a ABENO a definir uma estratégia de trabalho, que visa principalmente à integração da Odontologia às demais áreas da saúde, pensando na integralidade da atenção à saúde individual e coletiva. A ABENO se propõe a atuar através de Oficinas de trabalho que favoreçam a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, pois estas indicam a necessidade de mudanças importantes nos projetos pedagógicos, nos ambientes de prática, nas relações com os serviços de saúde e com as comunidades.

Como se pode concluir das questões anteriormente abordadas, o momento atual é particularmente oportuno para se propor um projeto-guia de incentivo às instituições acadêmicas de odontologia que se disponham a adequar a formação profissional que oferecem às

necessidades do SUS, configurando-se como uma ação destinada a redirecionar a formação dos profissionais de saúde.

Desta forma espera-se cooperar para que as instituições de ensino odontológico possam se tornar mais abertas à influência externa na definição do perfil profissional a ser formado para o mercado, em especial para o SUS, e na integração efetiva, com suas clínicas tornando-se potencialmente referência secundária e terciária regional para o Sistema Único de Saúde. Essa ação, evidentemente, deverá estar em consonância com a ação dos Pólos de Educação Permanente, em implantação na grande maioria das capitais e das cidades com mais de 100 mil habitantes, funcionando como sua extensão para o interior da academia.

O que se busca com o presente projeto é a intervenção no processo formativo, para que os programas de graduação em odontologia possam deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual, restrita a clínica privada, para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Coerente com as novas diretrizes curriculares, os cursos devem capacitar os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população brasileira.

2 Contextualização

Embora aprovadas desde 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais ainda não estão adequadamente compreendidas por grande número de dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos cursos de Odontologia do Brasil. Diante disso, sua implantação e utilização

vêm sendo retardadas, prejudicando as tentativas de revisão das estruturas curriculares das instituições de ensino e o próprio desenvolvimento dos cursos para a formação de um profissional compatível com a realidade das demandas sociais do país.

Inúmeros são os aspectos apontados para a não implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de Odontologia. Contudo, o principal fator parece ser o desconhecimento de sua importância como um imperativo legal e a dificuldade de compreensão de sua dinâmica.

A ABENO, através de sua Diretoria e da Comissão de Ensino, elaborou uma Oficina sobre Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia, com uma dinâmica adequada para ser desenvolvida com a direção, e os corpos docente e discente dos cursos de Odontologia em seu próprio local de trabalho.

A análise do compromisso do ensino da Odontologia com o sistema de saúde do país e sua consolidação, feita pelos participantes do Aprender SUS (evento organizado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2004), evidenciou a necessidade de um repasse das discussões do referido Fórum para o maior número possível de docentes e discentes. A capilaridade do processo é um nó estrangulador, que pode ser superado pela ação direta das Associações de Ensino, como a ABENO, pela credibilidade conquistada junto as Instituições de Ensino Superior (IES) e principalmente porque tem pautado esta discussão em praticamente todas as suas reuniões nos últimos anos.

3 Objetivos

3.1 Geral

Contribuir para as mudanças na educação dos profissionais de Odontologia, propiciando as condições para que sejam mais capacita-

dos a enfrentar os problemas prevalentes de saúde, apoiando a implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de graduação de Odontologia.

3.2 Específicos

- Estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre a ABENO, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, os gestores municipais e estaduais do SUS e os cursos de Odontologia, públicos e privados, existentes no país.
- Deslocar o eixo central do ensino da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- Propiciar a ampliação dos cenários de ensino-aprendizagem e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;
- Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência.

Em síntese, as Oficinas sobre Diretrizes Curriculares pretendem se constituir como espaço privilegiado para informar, analisar e discutir com os dirigentes, coordenadores, docentes e discentes dos cursos de Odontologia a sistemática de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, bem como estabelecer um diálogo interno na IES visando às modificações necessárias de sua estrutura curricular e desenvolvimento didático-pedagógico.

4 Metas

- 4.1 Formar 30 instrutores para atuarem como lideranças regionais capazes de multiplicar em um prazo máximo de 24 meses o processo de apoio à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia.
- 4.2 Realizar 50 Oficinas, em IES públicas e privadas de todo o Brasil, com a previsão de trabalhar com quatro mil docentes e um mil discentes.
- 4.3 Pautar em pelo menos 50 IES de Odontologia a discussão sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o engajamento das IES no desenvolvimento do SUS.

5 Operacionalização

A experiência acumulada pela ABENO com as Oficinas já realizadas, permite estabelecer algumas prerrogativas importantes para o desenvolvimento do trabalho. A capacitação de instrutores para a calibração de conceitos e definição de estratégias de abordagem, deve ser o ponto de partida do trabalho. A ABENO selecionará representantes das IES, agrupadas segundo sua localização regional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e perfil de atuação. A formação de instrutores de diferentes regiões brasileiras, além de baratear o custo das etapas subsequentes, permitirá o avanço mais rápido da proposta e o estabelecimento de lideranças regionais.

5.1 Padronização de instrumentos e capacitação de Instrutores

A Oficina de Capacitação tem uma carga horária de 12 horas, com a simulação de situações e o embasamento teórico necessário para o bom desempenho dos instrutores. O local de realização da oficina deve priorizar uma cidade com boa equidistância para os inscritos,

com diminuição de gastos de deslocamento e hospedagem. Para que se consiga atingir a meta proposta, está prevista a capacitação de 30 instrutores, que trabalharão em duplas.

5.2 Oficinas de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia

As Oficinas propriamente ditas serão realizadas a pedido das IES, com o compromisso do envolvimento de sua direção, coordenação, de todo o seu quadro docente e adequada representação discente. A proposta prevê a leitura prévia de termo de referência, a distribuição de textos de apoio, alternando momentos de socialização e trabalho em grupo, e tem como produto esperado a elaboração de um Plano de Ações e Metas pelos participantes a ser desenvolvido na Instituição receptora. Os instrutores atuarão como facilitadores, garantindo que aspectos relevantes sejam aprofundados permitindo a evolução da consciência crítica dos partícipes e objetivando o processo de construção coletiva. A carga horária será de 8 horas, utilizando-se a metodologia da problematização.

5.3 Gestão do projeto

A execução, o acompanhamento e a avaliação das atividades do projeto serão coordenados pela ABENO. A estrutura de gestão conta com:

- 1) Coordenação geral: a coordenação geral, a distribuição de recursos e a prestação de contas ficarão a cargo da ABENO;
- 2) Coordenação operacional: a definição do cronograma de ação, da logística operacional, dos instrumentos de capacitação e de acompanhamento e avaliação e a elaboração de relatório Final serão de responsabilidade da Comissão de Ensino da ABENO;

- 3) Instrutores regionais: serão responsáveis pela implementação das Oficinas de Diretrizes Curriculares em suas respectivas regiões e pelo acompanhamento e avaliação da execução das oficinas. Os Instrutores trabalharão em rede de cooperação, através da internet, de forma a aperfeiçoar continuamente o trabalho das Oficinas.

5.4 Acompanhamento e Avaliação

O acompanhamento e avaliação da implementação do projeto se dará em dois níveis, regional e nacional, por meio de relatórios síntese, estabelecimento de redes na WEB e visitas periódicas aos atores regionais.

5.4.1 Nível regional

Os Instrutores Regionais são os responsáveis pela coleta e registro das informações geradas durante a implementação das oficinas de Diretrizes, pela supervisão da elaboração do respectivo Plano de Ações e Metas, consolidado por IES, e pelo envio de relatório síntese à coordenação operacional. O relatório síntese deverá contemplar: identificação da oficina, avaliação quantitativa e qualitativa de sua implementação e cópia dos Planos de Ações e Metas elaborados.

5.4.2 Nível nacional

A Coordenação Operacional é a responsável pela supervisão das ações desenvolvidas regionalmente, pela identificação de dificuldades na operacionalização e proposição de soluções, pela consolidação das informações recebidas e pela elaboração/disponibilização dos instrumentos operacionais:

- termos de referência das oficinas,
- modelo de relatório-síntese;
- instrumento de diagnóstico de necessidades para a elaboração do Plano de Ação e Metas,
- roteiro para a estruturação do Plano de Ação e Metas,

A Coordenação Operacional também será responsável pela realização de visitas regionais de acompanhamento, de forma a garantir a implementação simultânea das ações do projeto no plano nacional.



3 Oficina de planejamento

Para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de odontologia

A ação inicial do Acordo de Cooperação Técnica ABENO/OPAS/DEGES-MS foi a realização de uma Oficina de Planejamento em Brasília, nos dias 20 e 21/09/2005, como atividade preparatória para a realização das “Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia” que passariam a ocorrer em todo Brasil a partir de outubro de 2005 e até junho de 2006. Esta Oficina foi aberta pelo presidente da ABENO Antonio Cesar Perri de Carvalho e foi coordenada pelos professores Léo Kriger e Maria Celeste Morita e freqüentada por 38 docentes das várias regiões do país. O DEGES/Ministério da Saúde foi representado pela Profa. Ana Estela Haddad e a SESu/MEC pelo Prof. Orlando Pilati.

O produto final da Oficina de Planejamento foi a elaboração de um Plano de Ação e Metas, modelo a ser produzido em cada uma das cinquenta Oficinas que a ABENO/OPAS/DEGES-MS pretendiam realizar.

As Faculdades de Odontologia interessadas em sediar uma das Oficinas citadas deveriam entrar em contato com a ABENO.

TERMO DE REFERÊNCIA¹

Facilitadores: Léo Kriger e Maria Celeste Morita

1 Contextualização

Embora aprovadas desde 4 de março de 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais ainda não estão adequadamente compreendidas por grande número de dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos cursos de Odontologia do Brasil. Diante disso, sua implantação e utilização vêm sendo retardadas, prejudicando as tentativas de revisão das estruturas curriculares das instituições de ensino e o próprio desenvolvimento dos cursos para a formação de um profissional compatível com a realidade das demandas sociais do país.

Inúmeros são os aspectos apontados para a não implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de Odontologia. Contudo, o principal fator parece ser o desconhecimento de sua importância como um imperativo legal e a dificuldade de compreensão de sua dinâmica.

A ABENO elaborou uma Oficina sobre Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia, com uma dinâmica adequada para ser desenvolvida com a direção, e os corpos docente e discente dos cursos de Odontologia em seu próprio local de trabalho.

Oficinas desta natureza já foram desenvolvidas com os dirigentes, coordenadores, professores e alunos na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, na Universidade Estadual de Londrina, em Londrina, na Faculdade São Lucas, em Porto Velho, na Universidade de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, na

1 Texto elaborado por Maria Celeste Morita e Léo Kriger para a Oficina sobre Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia, Brasília, dias 20 e 21 de setembro de 2005, que reproduz parte do projeto original.

Universidade Federal de Juiz de Fora, com um grupo de coordenadores e professores de 14 das 19 Faculdades de Odontologia do Rio de Janeiro, tendo por local a Universidade Federal Fluminense, em Niterói, e na Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte.

A experiência acumulada pelos instrutores nas Oficinas já realizadas, mostrou a necessidade desta Oficina de Planejamento para a padronização das ações, não só sob o ponto de vista do conhecimento da metodologia a ser adotada, mas principalmente em relação a postura, a ética e a resolução de problemas. O manejo diante de situações onde interesses individuais ou de grupos não podem prevalecer sobre os do coletivo, merecerá atenção especial nesta Oficina.

2 Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da Saúde, estabelecidas como resultado das novas conjunturas previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 e pela Constituição Federal (Reforma Sanitária), trazem à evidência dois aspectos fundamentais: a flexibilização na organização dos currículos pelas IES e a existência de uma base comum para os cursos da saúde. Além disso, as DCN sinalizaram para a necessidade de maior interação entre ensino, serviço e comunidade.

As “Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia”, em sintonia com aquelas para os cursos de Graduação em Saúde, ganham em amplitude de definições gerais e de flexibilidade, mas, em comparação com a proposta original coordenada pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia SESu/MEC, geram preocupações de mecanismo tão aberto e flexível, em um país de dimensões continentais (PERRI DE CARVALHO, 2001).

Ao contrário do currículo mínimo, adotado até então, que

inibia a inovação e a criatividade das instituições formadoras com o excessivo detalhamento de conteúdos obrigatórios, engessando o currículo de estudos, as DCN ensejam a flexibilidade curricular e a liberdade das instituições elaborarem seus projetos político-pedagógicos para cada realidade local e regional, adequando-o às demandas sociais e aos avanços científicos e tecnológicos. Esta autonomia tem permitido avanços significativos em várias instituições brasileiras, com a implantação de projetos pedagógicos modernos, com grande ênfase na promoção de saúde e na qualidade de vida das pessoas (KRIGER, MOYSÉS, MOYSÉS, 2005).

Entretanto, uma leitura menos atenta pode dar a impressão de que as DCN são discursivas e redundantes (ou abstratas), apontando para atividades que já estão presentes nos projetos pedagógicos tradicionais dos cursos de Odontologia. Esta, porém, é uma visão equivocada, sendo muito importante compreender que a implantação das DCN deve significar, freqüentemente, uma operação delicada, mas substantiva, de transformação dos projetos pedagógicos e não uma acomodação de situações existentes (MORITA, KRIGER, 2004).

Ao definir o perfil profissional desejado para os egressos dos Cursos de Odontologia, as DCN parecem contemplar uma nova prática profissional, que pode ser realizada para além dos limites do consultório. A formação de um profissional generalista procura romper com a dicotomia preventivo-curativa, público-privado, com a valorização precoce da micro especialização e com a falta de integração com outras áreas da saúde que tem caracterizado o exercício da profissão.

As mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, as novas práticas baseadas em evidências científicas e, principalmente, a promoção de saúde no seu conceito ampliado, exigem a formação de um profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibili-

dade social. As DCN valorizam, além da excelente técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida, isto implica a formação de profissionais capazes de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população (MORITA, KRIGER, 2004).

As habilidades e competências propostas nas Diretrizes permitem uma reflexão sobre a formação voltada para a prática clínica tradicional, enfatizando a visão holística da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos.

As Oficinas sobre Diretrizes Curriculares pretendem se constituir como espaço privilegiado para informar, analisar e discutir com os dirigentes, coordenadores, docentes e discentes dos cursos de Odontologia a sistemática de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, bem como estabelecer um diálogo interno nas IES visando às modificações necessárias de sua estrutura curricular e desenvolvimento didático-pedagógico.

O momento é favorável às mudanças. As diretrizes curriculares norteiam a formação de novos profissionais da Saúde. Existe um potencial de colaboração governamental para viabilizar recursos que favoreçam e incentivem as mudanças da formação em saúde. Identificar parcerias e estabelecer estratégias conjuntas é um caminho. A ABENO, oportunamente, abre espaço para novos atores, consolidando maior legitimidade e conquistando mais força no cenário das políticas de saúde e de educação do país.

3 Objetivos

3.1 Geral

Contribuir para as mudanças na educação dos profissionais de Odontologia, propiciando as condições para que sejam mais capacitados

a enfrentar os problemas prevalentes de saúde, apoiando a implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de graduação de Odontologia.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Analisar o conteúdo das Diretrizes Curriculares para os cursos de odontologia;
- 3.2.2 Identificar experiências de implantação das diretrizes, suas dificuldades, avanços e estratégias adotadas;
- 3.2.3 Auxiliar a capacitação de novos sujeitos para contribuir para a implantação das diretrizes nos cursos de Odontologia, buscando a calibração de conceitos e definição de estratégias de abordagem;
- 3.2.4 Contribuir para o aprimoramento da capacidade dos seus participantes em analisar as conjunturas políticas de saúde e de educação, principalmente dos conteúdos relacionados ao desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde;
- 3.2.5 Construir coletivamente um Plano de Ações e Metas que possa ser utilizado como parâmetro nas Oficinas a serem desenvolvidas nas IES brasileiras.

4 Conteúdos

- 4.1 Histórico da Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde e em Odontologia;
- 4.2 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia: aspectos relevantes e as mudanças que se quer implantar;

- 4.3 Avaliação do estágio de implantação das DCN dos participantes da Oficina;
- 4.4 Plano de Ações e Metas para as Oficinas de DCN
- 4.5 Trabalho em equipe. Integração curricular. Interdisciplinaridade. Integralidade da atenção.

5 Público Alvo

Professores de diferentes áreas de conhecimento e IES participantes da ABENO, selecionados segundo seu perfil de atuação e distribuição regional.

6 Produtos Esperados

- Identificar experiências que possam colaborar para os processos de reforma curriculares, buscando favorecer a formação de competências necessárias para a prática da Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde;
- Criação de uma rede, de comunicação pela *web* coordenada pela ABENO, com a participação de docentes capacitados para a troca permanente de experiências sobre a implantação das DCN nas IES e para atuarem como lideranças locais regionais.
- Padronização de procedimentos para utilização de instrumentos de apoio ao processo e elaboração de relatórios técnicos das Oficinas de Implantação das DCN nas IES.

7 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

1º DIA – 20 de setembro de 2005

HORÁRIO	TEMA
14h00	Abertura
14h30min	Apresentação do aparato legal e histórico
15h00	Avanços implementados nos cursos, a partir das Diretrizes Curriculares
15h15min	Leitura orientada das DCN
16h00	Café
16h15min	Apresentação da síntese do grupo
17: 00	Diagnóstico do estágio de implantação das DCN
17h30min	Nós críticos para implantação das DCNS
18h30min	Apresentação dos relatores

2º DIA – 21 de setembro de 2005

HORÁRIO	TEMA
08h30min	Plano de Ação e Metas
09h30 mim	Apresentação
10h00	Café
10h20min	Fundamentos: Trabalho em equipe, integração curricular, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, integralidade da atenção etc.
11h20min	Informações Técnicas sobre o projeto de cooperação

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. *Diretrizes da ABENO para a definição do estágio supervisionado nos cursos de Odontologia*. Disponível em: <http://www.abeno.org.br>. Acesso em 30/06/2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. *Revisão da carga horária do curso*. Disponível em: [http://www.abeno.org.br/Abeno News](http://www.abeno.org.br/Abeno%20News). Acesso em 30/06/2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1.300/2001 de 06 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 2001. Seção 1, p. 25.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10

KRIGER, L.; MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T. Humanização e formação profissional. *Cadernos da ABOPREV*, Rio de Janeiro, n.1, maio de 2005. 8p.

GARBELINI, C.D.; MORITA, M.C.; TERADA, R. Estratégias para a implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de odontologia. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 4, p. 14-17, 2003.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, v. 4, n. 1, p.17-21. Disponível em: <http://www.abeno.org.br>. Acesso em 30/06/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. A new medical school for a new health system: Ministries of Health and Education are launching plan to change the medical curriculum. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-378, jun. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de humanização - marco conceitual e diretrizes políticas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso em 30/06/2007.

PERRI DE CARVALHO, A.C. *Ensino de Odontologia em tempos de LDB*. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. 96p.

PERRI DE CARVALHO, A.C.; FERNANDES NETO, A.J. *Recomendações sobre a implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Odontologia*. ABENO: Uberlândia, 2001.

4 Metodologia

Ação e instrumentos operacionais

Para dar início aos trabalhos das Oficinas, um Ofício Circular dirigido a todas os cursos de Odontologia brasileiros foi distribuído. Neste ofício, comunicou-se o prazo de execução do projeto e os critérios a serem preenchidos pelas IES para solicitações de Oficinas, sendo:

- 1) Estar em fase de estudos de implantação das Diretrizes Curriculares.
- 2) Estar em fase de estudos de mudança da estrutura curricular.
- 3) Capacidade de reunir, pelo menos 80% do corpo docente e representação discente (20% do total de professores da IES inscritos na Oficina).
- 4) Disponibilidade de apoio logístico.

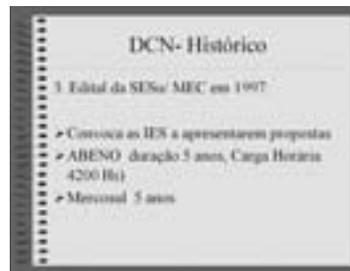
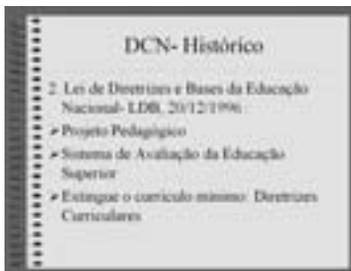
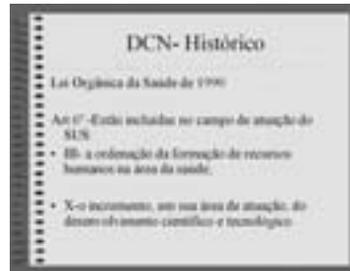
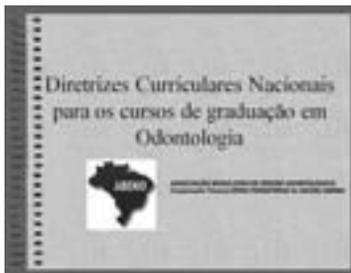
4.1 Termo de Referência

O Termo de Referência de cada Oficina foi elaborado conforme o documento apresentado anteriormente, utilizado na Capacitação dos Facilitadores.

Uma vez desencadeado o processo, a IES recebia e distribuía o termo de referência do evento, antecipando aos participantes os objetivos e a programação a ser desenvolvida. Dentro das possibilidades de agenda, dois facilitadores eram então escalados, tendo-se o cuidado de

garantir a participação de docentes de áreas clínicas e da área de saúde coletiva. No desenvolvimento da Oficina os seguintes materiais e instrumentos de apoio foram utilizados:

4.2 Material didático sobre as bases legais das DCN



Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia

- Aprovadas em 19/02/2002

O SUS e a Formação do Iir
Currículo como articulação de saberes segundo o SUS

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral de saúde no sistema regulamentar e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Resolução CEBRAME nº 01 - DCN/Odontologia)

19 de fevereiro de 2002

Implementação das Diretrizes Curriculares

- estratégia essencial para as mudanças na graduação, buscando formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e do SUS

DCN-Princípios

- seleção de conteúdos essenciais com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde;
- metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Propostas de mudança: onde se quer chegar

- profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade
- universidade aberta às demandas, capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde

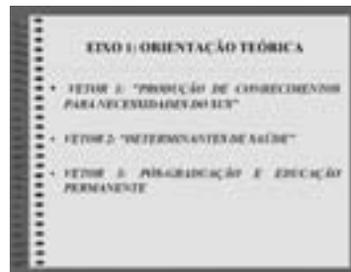
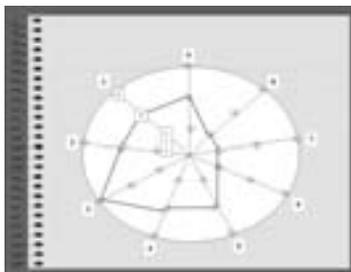
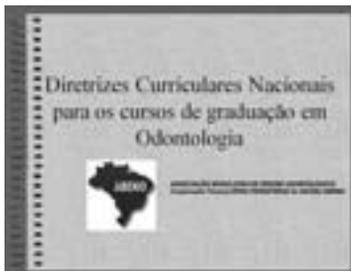
Interdisciplinaridade da Saúde com a Educação

- instituição do trabalho interdisciplinar entre os Ministérios da Saúde e da Educação para orientar programas conjuntos e decisões relacionadas à formação dos profissionais de saúde;
- as decisões relativas à formação dos profissionais de saúde passavam a ser tomadas de maneira conjunta pelos dois órgãos setoriais.

- As DCN e as diretrizes do SUS constituem-se em referência para propor o perfil do profissional a ser formado

4.3 Material didático de apoio ao Diagnóstico do estágio de implantação das DCN.

A descrição detalhada do modelo de diagnóstico empregado, os créditos de fonte e origem são apresentados no capítulo 7.



EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA
VEI001 - FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

- Exemplo 1: "Introdução" composta em definição de objeto de estudo de abordagem epistemológica e metodológica e descrição de objeto de investigação de área de atuação básica e de abrangência gerencial ou profissional de nível SCS.
- Exemplo 2: Caracterização introdutória de que faz referência para o objeto de estudo gerencial, educacional e acadêmico profissional, partindo com que tem afinidade ao perfil de atuação e de atuação, que respondem a fazer documento.
- Exemplo 3: A busca de objeto de investigação educacional de gerencialidade é descrita em relação gerencialidade com os aspectos de SCS, em nível de atuação de gerencialidade e de qualidade de formação de acordo com as características acadêmicas.

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

- VEI004 - ESTRUTURA CURRICULAR
- VEI005 - AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA-PEDAGÓGICA
- VEI006 - AMPLIAÇÃO PROGRAMÁTICA

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA
VEI004 - ESTRUTURA CURRICULAR

- Exemplo 1: Carga curricular e horas complementares superiores a regulamentar em disciplinas fragmentadas.
- Exemplo 2: A estrutura de disciplinas atividades integradas em tempo de primeira aula, mais atividades de organização por disciplinas e a separação entre conteúdos básicos e avançados.
- Exemplo 3: Carga não superdimensionada integrada, com os conteúdos organizados em módulos. Os temas são abordados de modo que se possa fazer um fechamento como última hora e suficiente para a fazer de conclusão para a solução de problemas.

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA
VEI005 - AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA-PEDAGÓGICA

- Exemplo 1: Carga curricular no processo realizado por meio de aulas expositivas para grande grupo de estudantes e com processo de avaliação baseada em testes e provas.
- Exemplo 2: Carga realizada em projetos grupos de no máximo 11 estudantes atendido entre estratégias de ensino e processo de avaliação baseado em testes e provas e testes de carga básica.
- Exemplo 3: Aprendizagem ativa com contextualização gerencial, descontextualizada em múltiplas condições e utilizando estratégias de avaliação, como as habilidades, a contextualização, os níveis de processamento de aprendizagem de nível, as habilidades disciplinares e o conteúdo de testes em aspectos de processo de avaliação contextualizada, testes e habilidades.

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA
VEI006 - AMPLIAÇÃO PROGRAMÁTICA

- Exemplo 1: A carga curricular e prática baseada em aulas práticas nos seus aspectos e alguns práticas base em laboratório básico com um objetivo de ensino, independentemente de necessidade de aprendizagem.
- Exemplo 2: Atividades práticas e presenciais de teoria básica e prática em algumas disciplinas são desenvolvidas atividades práticas contextualizadas em competências básicas, baseadas em testes e formação de teoria.
- Exemplo 3: Cargas baseadas no planejamento em conteúdos de problemas, em grupos pequenos, com ênfase na realidade de saúde, habilidades técnicas e não apenas conceituais.

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

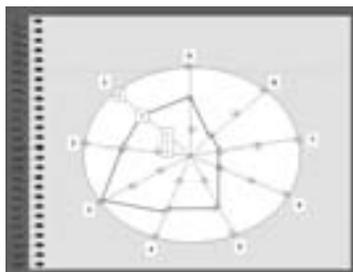
- VEI007 - "INTERFECÇÃO DE CENÁRIOS DE ENFERMAGEM APRENDIZAGEM"
- VEI008 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS
- VEI009 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS
VEI007 - "INTERFECÇÃO DE CENÁRIOS DE ENFERMAGEM APRENDIZAGEM"

- Exemplo 1: As atividades práticas durante os dois primeiros anos de curso são baseadas nos laboratórios de área básica. Carga profissionalizante com práticas realizadas majoritariamente em situações de atuação de especialidade.
- Exemplo 2: Atividades extracurriculares multiprofissionais em unidades do SUS durante os primeiros anos de curso, com a participação de professores de áreas de saúde coletiva correspondendo a menos de 10% de carga básica. Carga profissionalizante majoritariamente baseada em serviços pertencentes à instituição de ensino, ou em serviços contratados após autorização seja quando da gestão de nível de SCS.

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS
VEI008 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS

- Exemplo 1: Atividades extracurriculares em unidades do SUS, equipamentos acadêmicos e de comunidade ao longo de toda a carreira, com grande ênfase na complexidade. Durante os primeiros anos de graduação, desenvolvem-se atividades extracurriculares multiprofissionais com ênfase na integração em laboratórios de profissionalização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em pelo menos 20% de carga básica.



Assessoria	Estratégia	Sub-áreas
10,00	100,00	10
10,00	100,00	10
10,00	100,00	10
10,00	100,00	10
10,00	100,00	10

4.4 Roteiro para elaboração do Plano de ações e Metas

Com o objetivo de facilitar a organização das ações a serem empreendidas para a implantação das DCN, um roteiro foi preenchido por cada IES participante das Oficinas. Os campos preenchidos no exemplo a seguir, não têm a pretensão de se constituir em um modelo a ser adotado, apenas reflete uma parte das contribuições realizadas.

PLANO DE AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN DE ODONTOLOGIA

PLANO DE AÇÕES E METAS

Eixo temático: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Resultado esperado: Integração Curricular (elaboração de currículo integrado)

Aprendizagem ativa/Educação Permanente

Metas a serem ATINGIDAS	Ações a serem desenvolvidas	Período de De (mês)	execução A (mês)	Recursos necessários
1. ESTRUTURA CURRICULAR				
Integração Curricular	Construção coletiva do projeto político pedagógico			
	Existência de núcleo (grupo, comissão) com docentes e alunos em atividade de mudança curricular			Capacitação do grupo gestor
	Estratégias de integração entre disciplinas, entre especialidades, entre profissões da saúde (equipe multiprofissional)			

	Integração teoria/prática, integração ensino-pesquisa-extensão-assistência, integração básico-clínico, integração entre área clínica e social			
	Relevância social dos conteúdos			
Meios de verificação:	<p>Existência de projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão; Participação de alunos de cursos diferentes em atividades comuns sistemáticas; Grupo de acompanhamento e avaliação de ensino-aprendizagem e competências desejáveis (DCN) Currículo Integrado, sem disciplinas isoladas, sistema de avaliação integrado</p>			

2. MUDANÇA DIDÁTICO- PEDAGÓGICA				
Metodologias Ativas-Educação Permanente	Incorporação de práticas inovadoras de ensino-aprendizagem e avaliação			
	Utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno.			
	Ensino-aprendizagem centrado nos problemas mais prevalentes de saúde da comunidade em que a instituição está inserida			
	Uso da problematização como metodologia para desenvolvimento do raciocínio crítico			
	Trabalhar com aprendizagem ativa com orientação tutorial permanente			
	Utilização da avaliação formativa e somativa como um processo			
Meios de verificação:	Existência de cursos de capacitação pedagógica para docentes Realização de seminários de integração, com participação de docentes e discentes e trabalhadores de saúde Existência de grupo tutorial			

PLANO DE AÇÕES E METAS
Eixo temático: CENÁRIO DE PRÁTICAS - Resultado esperado: integração com o SUS

Metas a serem ATINGIDAS	Ações a serem desenvolvidas	Período de De (mês)	Execução A (mês)	Recursos necessários
1.DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM				
Locais de prática	Estabelecimento de convênios com o gestor local para atuação permanente nas UBS			
	Treinamento de preceptores das UBS para o estabelecimento da metodologia de trabalho			
	Incorporação de todas as áreas de conhecimento, com complexidade crescente, no atendimento às necessidades do SUS			
	Utilização de diferentes espaços do SUS (gestão, vigilância sanitária, epidemiológica, controladoria, conselho de saúde etc.).			
	Utilização das UBS como geradoras de informações para pesquisas epidemiológicas, clínicas e sociais			
	Estímulo aos discentes para a utilização de dados para a realização de TCC			
Meios de verificação:	Existência de convenio com o gestor local; Existência de cursos de capacitação para preceptores oriundos das UBS Protocolos conjuntos de atuação (UBS-IES) Análise dos protocolos de pesquisas Análise dos TCC			

2.SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS				
Serviços integrados ao SUS	Análise do perfil epidemiológico da população e definição das prioridades em conjunto com o gestor local			
	Participação efetiva da IES na Estratégia da Saúde da Família			
	Definição do papel da IES na referência e contra referência dos procedimentos especializados			
	Estabelecer uma lógica de ensino-aprendizagem para que ações comunitárias e clínicas formem um processo integrado			
Meios de verificação:	<p>Agenda de trabalho permanente entre o gestor e a IES; Existência de um fluxo contínuo de referência e contra-referência; Existência de um projeto para o atendimento em um território (ou territórios) na Estratégia da Saúde da Família;</p>			

Eixo temático: ORIENTAÇÃO TEÓRICA
Resultado esperado: Articulação com o SUS e Mudar o enfoque da formação para promoção de saúde, prevenção e cura

Metas a serem ATINGIDAS	Ações a serem desenvolvidas	Período de De (mês)	Execução A (mês)	Recursos necessários
1.PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS				
Produzir para a realidade social	Linhas de pesquisa voltadas para a solução de problemas da prática clínica no SUS			
	Estímulo a pesquisa de questões sobre atenção básica e gestão de serviços			
	Estímulo a pesquisa de técnicas alternativas de tratamento das doenças bucais			
	Estímulo a pesquisa de materiais alternativos preventivos e clínicos			
2.DETERMINANTES DE SAÚDE				
Mudar o entendimento do processo saúde e doença	Enfatizar a promoção de saúde como eixo norteador do processo de formação			
	Estabelecer bases conceituais para a atenção básica			
	Valorizar os aspectos sociais, culturais, ampliando o foco de ação dos docentes e discentes			
Meios de verificação:	Análise dos protocolos de pesquisa aprovados na IES Análise das linhas de pesquisa da IES Análise da dinâmica da relação entre o Projeto Pedagógico e a Estrutura Curricular Presença de áreas integradoras			

3. PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE				
Educação Permanente e transformação social	Oferta de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> e <i>stricto sensu</i> em Saúde Coletiva			
	Realização de cursos de educação permanente para os profissionais dos serviços			
	Estabelecimento de programas de tutoria permanente para os serviços			
	Trabalhar em estreita colaboração com os gestores de saúde para avaliar as necessidades de capacitação das equipes			
Meios de verificação:	Análise da oferta de cursos; Análise dos programas de tutoria permanente; Análise de relatórios			

4.5 PROPOSTA DE OFICINA – PASSO A PASSO

Oficina:

Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia

Instrutores: Léo Kriger e Maria Celeste Morita

1º passo - 15 min

Aquecimento - apresentações dos instrutores e dos presentes na oficina. Docentes por área e alunos por série.

Dinâmica de grupo: Escrever, em folha de papel, como gostaria que o seu curso de Odontologia estivesse daqui a quatro anos.

Apresentação do que escreveram, por cinco voluntários.

2º passo - 15 min

Apresentação do material de apoio sobre aspectos legais das DCN.

3º passo - 30 min

3.1 divisão em pequenos grupos. Para a dinâmica de participação nas oficinas o ideal é que os grupos não ultrapassem 20 pessoas.

3.2 Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

Leitura do Parecer do CNE/CES 1300/2001 – Objetivo: entender o arcabouço legal, o contexto em que as diretrizes foram concebidas entendendo o paralelismo entre as políticas de educação e saúde.

Temas selecionados: histórico, mérito, objeto e objetivo.

Leitura das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia -

Objetivo - Analisar em profundidade as DCN.

4º passo - 60 min

Responder aos seguintes questionamentos: Discussão em grupo

Que competências gerais não estamos formando adequadamente hoje?

Quais os nós críticos para a implantação das DCN?

Café 15 min

5º passo - 45 min

Apresentação dos grupos - relatores

5.1. análise global do documento.

5.2. Identificação dos principais problemas (nós críticos) para Implantação das DCN.

6º passo - 15 min

Aplicação do diagnóstico do estágio de implantação das DCN

7º passo - 45min

Sugestão de propostas e caminhos, através dos quais os problemas apontados devam ser enfrentados.

Identificação das potencialidades de cada instituição para a integração curricular e a implantação das DCN.

Estratégias para a implantação das DCN.

Almoço

8º passo - 60min

Apresentação 15 min

Café 15 min

9º passo - 60 min

Definição das metas. Sugestão de medidas estratégicas que deverão ser tomadas para que as metas sejam alcançadas.

10º passo - 30 min

construção de relatório do trabalho em grupo e apresentação.

Encerramento

OBS: o tempo descrito em cada passo é apenas um indicativo. Cada Instituição poderá dispendir mais ou menos tempo em cada uma das etapas, cabendo aos facilitadores a organização do tempo de acordo com a realidade local.

4.6 MODELO DE RELATÓRIO TÉCNICO

<p>Instituição Executora: ABENO Projeto Implantação das DCN em Odontologia Carta Acordo BR/LOA/0500089.001- Promoção: ABENO/Ministério da Saúde - DEGES/OPAS</p>
<p>Atividade: Oficina DCN Local: Data: __/__/__</p> <p>Facilitadores: _____</p> <p>Participantes: Total de Docentes: _____ Alunos de graduação: _____ Outros Participantes: _____</p>
<p>Resumo: Antecedentes: Encaminhado para leitura prévia o Termo de Referência da Oficina Participantes: lista anexa, (comentários se julgar necessário).</p> <p>Diagnóstico do estágio de Implantação das DCN:</p>
<p>Principais dificuldades Apontadas para a implementação das DCN (transcrição agrupada)</p> <p>Destaques do Plano de Ações e Metas (nível de apropriação da IES dos objetivos a serem alcançados):</p>
<p>Considerações Finais :</p>

5 Facilitadores das oficinas

Atuaram como facilitadores do Projeto, professores de IES públicas e privadas, de diferentes áreas de conhecimento da odontologia, com distribuição regional proporcional ao número de cursos por Região.

5.1 Região Norte e Nordeste : 08 facilitadores

Nome	Cidade / Estado
Eduardo Gomes Seabra	Natal - Rio Grande do Norte
José Thadeu Pinheiro	Recife - Pernambuco
Lino João da Costa	João Pessoa - Paraíba
Nelson Rubens M. Loretto	Recife - Pernambuco
Luiz Roberto Augusto Noro	Fortaleza- Ceará
Ângelo Guisepe Roncalli da Costa Oliveira	Natal - Rio Grande do Norte
José Galba M. Gomes	Fortaleza - Ceará
Ana Isabel Scavuzzi	Salvador - Bahia

5.2 Região Centro-oeste: 07 facilitadores

Nome	Cidade / Estado
Omar Zina	Cuiabá - MT
Gersinei Carlos de Freitas	Goiânia - Goiás
Ana Cristina B. Bezerra	Brasília - DF
Orlando Ayrton de Toledo	Brasília - DF
Antônio César Perri de Carvalho	Brasília - DF
Lílian Marly de Paula	Brasília - DF
Sergio de Freitas Pedrosa	Brasília - DF

5.3 Região Sudeste: 14 facilitadores

Nome	Cidade / Estado
Alfredo Júlio Fernandes Neto	Uberlândia - Minas Gerais
Célio Percinotto	Araçatuba - São Paulo
Cresus Vinícius D. Gouvêa	Niterói - Rio de Janeiro
Eduardo Batista Franco	Bauru - São Paulo
Efigênia Ferreira e Ferreira	Belo Horizonte - Minas Gerais
Elen Marise de O. Oletto	Belo Horizonte - Minas Gerais
Isabela Almeida Pordeus	Belo Horizonte - Minas Gerais
José Ranali	Piracicaba - São Paulo
Hilda M. Montes R. de Souza	Rio de Janeiro - Rio de Janeiro
Maria da Glória C. Mattos	Ribeirão Preto - São Paulo
Maria Ercília de Araújo	São Paulo - São Paulo
Nilce Emy Tomita	Bauru - São Paulo
Sigmar de Mello Rode	São Paulo - São Paulo
Vera Lúcia Silva Resende	Belo Horizonte - Minas Gerais

5.4 Região SUL: 09 Facilitadores

Nome	Cidade / Estado
Cássia Cilene D. Garbelini	Cambé - Paraná
Denis Marcelo Carvalho Dockhorn	Viamão - Rio Grande do Sul
Elaine Bauer Veeck	Porto Alegre - Rio Grande do Sul
Francisco Avelar Bastos	Porto Alegre - Rio Grande do Sul
Léo Kriger	Curitiba - Paraná
Maria Celeste Morita	Londrina - Paraná
Mario Uriarte Neto	Itajaí - Santa Catarina
Rui Vicente Oppermann	Porto Alegre - Rio Grande do Sul
Samuel Jorge Moysés	Curitiba - Paraná

6 Oficinas de trabalho realizadas

6 Oficinas de trabalho realizadas

	INSTITUIÇÃO	CIDADE	DATA	Região
01	Oficina de Capacitação de facilitadores	Brasília	20 e 21/09	NACIONAL
02	Universidade de Brasília	Brasília	2/10	CO
03	Universidade de Fortaleza	Fortaleza	13/10	NE
04	UNIME	Salvador	20/10	NE
05	ABENO-Bahia	Salvador	21/10	NE
6	Univ. para o Desenvolvimento da Região do Pantanal - UNIDERP (ABENO-MS)	Campo Grande	8/11	CO
7	Univ. F de Mato Grosso do Sul (ABENO-MS) UFMS	Campo Grande	9/11	CO
8	ABENO - São Paulo	São Paulo	19/11	SE
9	Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC	Joaçaba	25/11	S
10	Fundação Educacional da Serra dos Órgãos - FESO	Teresópolis	26/11	SE
11	Universidade Federal do Piauí	Teresina	16/11	NE
12	ABENO - Paraná	Curitiba	26/11	S
13	Universidade de Santa Cruz do Sul	Santa Cruz do Sul	12/12	S
2006				
14	Universidade Federal de Alagoas	Maceió	13/01	NE
15	Seminário CIOSP	São Paulo	30 31/01	NACIONAL
16	ABENO - CE	Fortaleza	3/3	NE
17	Novafapi - Teresina	Teresina	6/3	NE
18	Universidade Federal de Goiás	Goiânia	6/3	CO
19	Universidade Sagrado Coração - Bauru	Bauru	9/3	SE
20	Universidade Estadual de Feira de Santana	Feira de Santana	15/3	NE
21	UNESP - São José dos Campos	São José dos Campos	20/3	SE

22	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre	23/3	S
23	PUC - Paraná	Curitiba	24/3	S
24	ABENO - RJ e Univ. Estácio de Sá	Rio de Janeiro	31/3	SE
25	ABENO Rio Grande do Sul	Porto Alegre	31/03	S
26	Universidade Federal de Uberlândia	Uberlândia	10/04	SE
27	USP - Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	12/04	SE
28	Seminário NUPPS - USP	São Paulo	27/04	NACIONAL
29	Universidade Federal de Pernambuco	Recife	28/04	NE
30	Universidade Severino Sombra	Vassouras	05/05	SE
31	USP - Bauru	Bauru	05/05	SE
32	UNIVALE	Governador Valadares	08/05	SE
33	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza	09/05	NE
34	UNIVAG	Cuiabá	10/05	CO
35	FURB	Blumenau	11/05	S
36	Universidade Federal da Paraíba	João Pessoa	12/05	NE
37	USP - São Paulo	São Paulo	15/05	SE
38	Universidade Gama Filho	Rio de Janeiro	16/05	SE
39	Universidade Católica de Brasília	Brasília	17/05	CO
40	Fundação Educacional Dom André Arco Verde	Valença	19/05	SE
41	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Natal	19/05	NE
42	UNICENP	Curitiba	20/05	S
43	UNIVILLE	Joinville	27/05	S
44	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública	Salvador	02/06	NE
45	FAPI	Pindamonhangaba	03/06	SE
46	Faculdade de Odontologia Fundação Educacional de Barretos	Barretos	06/06	SE
47	FACID	Teresina	06/06	NE
48	UERJ	Rio de Janeiro	14/06	SE
49	UEPB	Campina Grande	19/06	NE
50	UNIVALI	Itajaí	21/06	S
51	FO Caruaru	Caruaru	21/6	NE
52	OFICINA REGIÃO NORTE	MANAUS	24 e 25/07	REGIONAL

53	OFICINA AVALIAÇÃO	Natal	02/08	NACIONAL
54	UEL	Londrina	16/08	S
55	UNESP - FOA	Araçatuba	30/11	SE
56	UFES	Vitória	06/11	SE
57	UNICAMP	Piracicaba	08/11	SE
58	UNIPLAC	Lajes	18/11	S
59	UFSC	Florianópolis	21/11	S
60	UFSE	Aracaju	22/11	N
2007				
61	UNIOESTE	Cascavel	12/04	S
62	UFAM	Manaus	02/05	N
63	UFPA	Belém	03/05	N

6.1 Resumo Executivo

<p>Instituição Executora: ABENO Projeto Implantação das DCN em Odontologia Carta Acordo BR/LOA/0500089.001- Promoção: ABENO/Ministério da Saúde - DEGES/OPAS</p>
<p>Atividade: Oficina de Implementação das DCN Período de execução: 18/08/2005 a 30 de junho de 2007</p> <hr/> <p>Participantes: Coordenadores de Cursos, Docentes, alunos de graduação e pós-graduação, profissionais da rede de serviços.</p>
<p>Resumo:</p>

Oficinas realizadas: 63

Participantes: 3506

Média por evento: 56 participantes por oficina

Instituições Beneficiadas com eventos locais (53):

Universidades Federais:

(16) UNB, UFMS, UFPI, UFAL, UFG, UFRGS, UFU, UFPE, UFC, UFPB, UFRN, UFSC, UFES, UFSE, UFAM, UFPA.

Universidades Estaduais:

(11) UEFS, UNESP-SJC, USP-RP, USP-Bauru, USP-SP, UERJ, UEPB, UEL, UNESP-FOA, UNICAMP, UNIOESTE.

Universidades Privadas e comunitárias:

(26) UNIFOR, UNIME, UNIDERP, UNOESC, FESO, UNISC, NOVAFAP, USC, PUC-PR, ESTÁCIO DE SÁ, SEVERINO SOMBRA, UNIVALE, UNIVAG, FURB, GAMA FILHO, UCB, F. ARCO VERDE, UNICENP, UNIVILE, EBMSP, FAPI, FEUB, FACID, UNIVALI, F.O.CARUARU, UNIPLAC.

Eventos regionais, com abrangência multi-institucional (06):

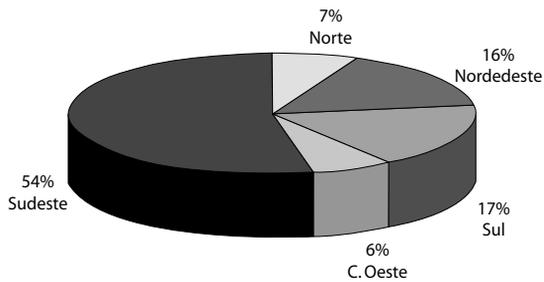
ABENO CEARÁ, ABENO BAHIA, ABENO SP, ABENO PR, ABENO RGS, Oficina com cursos de Odontologia da região Norte estados beneficiados: RO, AM, TO. PA

Eventos Nacionais (04): Oficina de capacitação em Brasília, Seminário CIOSP em São Paulo. Seminário NUPPS/USP em São Paulo. Oficina de avaliação do projeto em Natal.

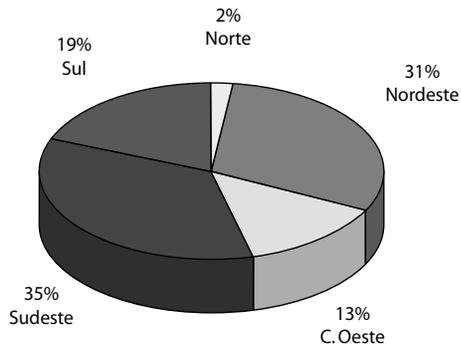
6.2 Distribuição das Oficinas

6.2.1 Distribuição dos Cursos de Odontologia do Brasil e Distribuição Regional das Oficinas Realizadas

Distribuição dos Cursos de Odontologia do Brasil, 2004 (fonte: INEP, 2004.)

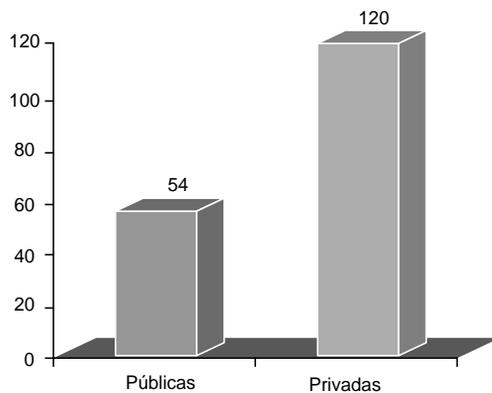


Distribuição Regional das Oficinas Realizadas

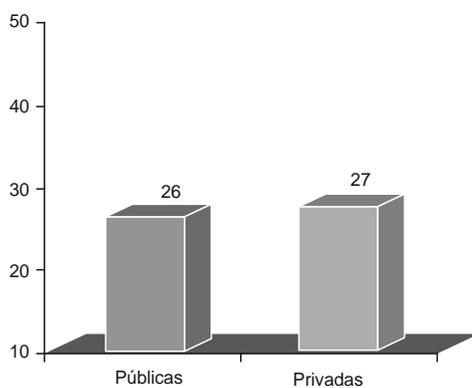


6.2.2 Natureza Jurídica IES/Cursos de Odontologia do Brasil e das IES/Cursos receptores de Oficinas

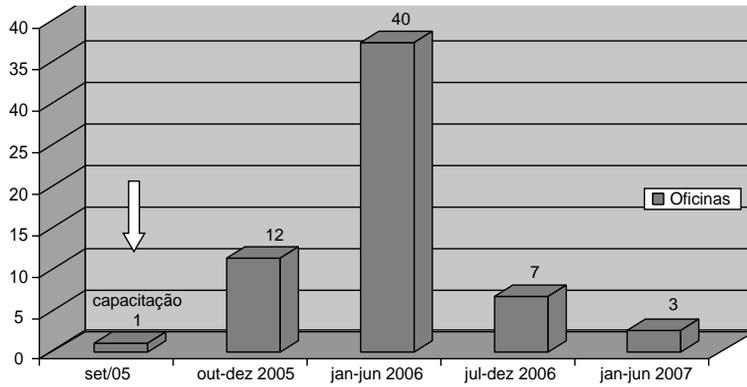
Natureza Jurídica das IES/Cursos de Odontologia Brasil, 2004 (fonte: INEP, 2004.)



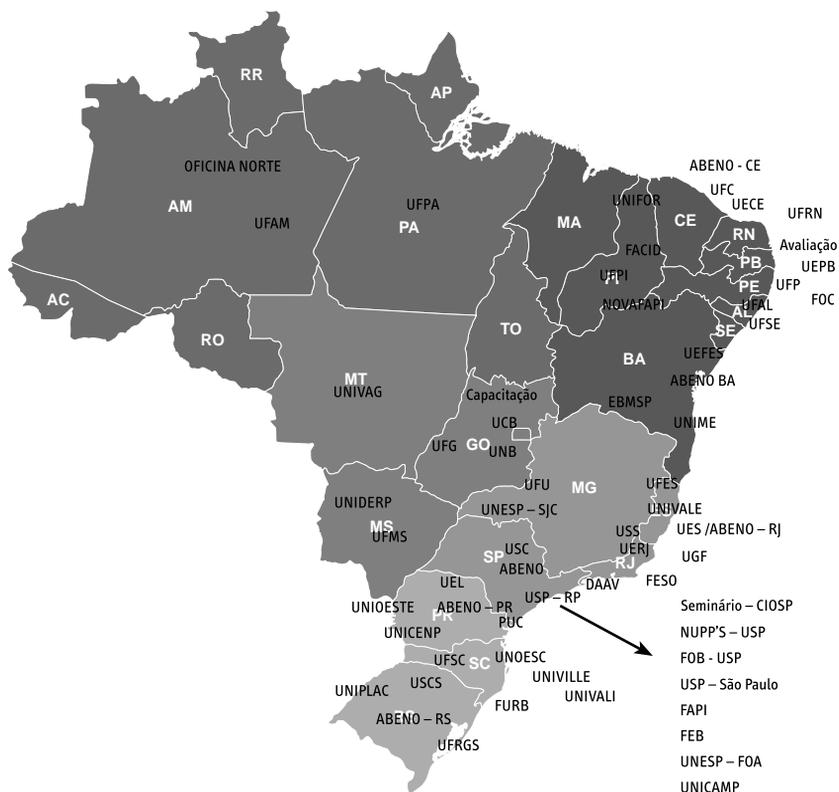
Natureza Jurídica das IES/Cursos de Odontologia receptores de Oficina locais



6.2.3 Distribuição das Oficinas Realizadas de setembro de 2005 a junho de 2007



6.2.4 Distribuição Geográfica das Oficinas Realizadas



7 Resultados do diagnóstico do grau de inovação

Ação e instrumentos operacionais

Entre os estudos de acompanhamento dos resultados do projeto, uma tese de doutorado na Universidade de São Paulo, em curso, utilizou parte dos dados coletados. Este capítulo apresenta uma reflexão com base nos instrumentos de diagnóstico do grau de inovação, aplicados nas IES receptoras de Oficinas.

7.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: ELEMENTOS E DADOS PARA UMA REFLEXÃO CRÍTICA

Prof. Celso Zilbovicius¹ e Profa. Dra. Maria Ercília de Araujo²

7.1.1 Introdução

A perspectiva de mudanças na Educação Superior, especialmente na área da saúde, em momentos de globalização, neoliberalismo, e avanço tecnológico vem acompanhada de profundas contradições.

1 Doutorando e mestre em Odontologia Social pela FOU SP, especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, professor de Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da FMU, professor do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da FUNDECTO.

2 Livre-docente em saúde coletiva, professora associada do Departamento de Odontologia Social da FOU SP, coordenadora do curso de graduação da FOU SP, presidente da Comissão Central de Estágios da USP.

Por outro lado, a revisão de seu papel e de sua relação com a sociedade, como produtor de conhecimento pertinente e a devida reestruturação de suas filosofias pedagógicas tornaram-se objetos importantes de análise em todas as áreas da Universidade, inclusive na educação da área da saúde.

Assim como em toda a área da saúde, a odontologia não ficou a margem do processo de ampliação no número de instituições de ensino superior (IES) e das vagas oferecidas na última década do século XX e início deste século. Dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) publicados pelo Ministério da Saúde mostram que o número de cursos de graduação em odontologia passou de 83 em 1991 para 174 em 2004, mostrando um aumento de 109,64%. Estas cifras se tornam mais significativas ao se analisar o crescimento das IES privadas que, no mesmo período, passou de 37 para 120, o que representa um aumento de 224,32% (BRASIL, 2006).

Haddad e Morita (2006) confirmam esta expansão ao apresentarem o número de vagas ofertadas que eram de 15.733 em 2004, porém, somente 10.703 correspondem a alunos que efetivamente ingressaram. Este excesso de oferta se confirma nas IES privadas que, nesse mesmo período, conseguiu preencher menos de 60% das vagas ofertadas.

Assumir, no âmbito acadêmico, a necessidade de mudanças nos conteúdos programáticos da graduação em odontologia, faz parte deste processo construtivo da busca de um modelo de saúde bucal coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A transformação de um modelo de ensino historicamente compartimentado, focado nas especialidades e voltado para a formação de profissionais no modelo hegemônico biologicista para um modelo integral e que reflita a realidade epidemiológica do país na perspectiva do

SUS requer uma análise cuidadosa já que inúmeras são as variáveis que influenciam as mudanças no contexto da Educação Superior e mais particularmente da Educação na área da saúde.

Este processo vem ocorrendo em paralelo aos projetos de integração docente-assistencial e refletiu na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Odontologia. A preocupação de integrar a política pública de saúde às propostas acadêmicas de reformulação do ensino em saúde, possibilitou a criação de importantes iniciativas nos últimos três anos, com experiências didáticas inéditas no SUS como o VER-SUS, além de projetos que visam propiciar mudanças nos cursos de graduação adequando-os às necessidades e diretrizes do SUS como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) (BRASIL, 2002) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) (BRASIL, 2005).

Esta proposta tem importantes reflexos nos paradigmas da educação odontológica, tanto no âmbito das IES como das políticas públicas de saúde. O modelo hegemônico do ensino odontológico, ainda fortemente estruturado nas faculdades de odontologia, mantém o “*status-quo*” de um poder cientificista clássico, gerando focos de resistência a mudanças integradoras, afastando as discussões sobre a saúde bucal coletiva e políticas públicas de saúde a uma situação marginal e, por vezes, secundária, tornando estas mais um conteúdo de disciplinas obrigatórias, sem assumir neste debate a devida importância, como o pressuposto de todo arcabouço teórico-legal do sistema de saúde brasileiro.

A visão biologicista da doença e o enfoque no adestramento técnico da assistência clínico-restauradora, agregados às questões didáticas e estruturais afastaram a formação acadêmica odontológica das reais necessidades da maioria da sociedade brasileira, restringindo a perspectiva

da prática à visão clássica de ensino/prática voltada às camadas sociais de poder econômico que podem acessar as clínicas odontológicas privadas, gerando no corpo discente preconceitos às outras possibilidades profissionais da profissão e muitas vezes frustrando os egressos que se deparam com a realidade quando saem das faculdades.

As oficinas da ABENO

Após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Odontologia, em 2003, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) iniciou um processo de conscientização destas junto às várias faculdades de odontologia do país e, através de parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), organizaram oficinas que têm como objetivo debater e analisar o processo de adaptação dos currículos de odontologia às diretrizes curriculares, identificando as experiências de implantação destas nas IES.

Segundo o termo de referência das oficinas (ABENO, 2005b):

Embora aprovadas desde 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais ainda não estão adequadamente compreendidas por grande número de dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos cursos de Odontologia do Brasil. Diante disso, sua implantação e utilização vêm sendo retardadas, prejudicando as tentativas de revisão das estruturas curriculares das instituições de ensino e o próprio desenvolvimento dos cursos para a formação de um profissional compatível com a realidade das demandas sociais do país.

As oficinas se propuseram, então, a criar um espaço de estudo, análise e reflexão acerca do momento atual do ensino odontológico bem como aventar possíveis nós críticos que dificultam a implantação

das DCN nos cursos de graduação das diversas IES do país. Nestas oficinas há a participação de docentes das diversas áreas do ensino odontológico e alunos representando o corpo discente.

Segundo o documento de referência para estas oficinas (ABENO, 2005b) os objetivos destas seriam:

Objetivo geral

Contribuir para as mudanças na educação dos profissionais de Odontologia, propiciando as condições para que sejam mais capacitados a enfrentar os problemas prevalentes de saúde, entendendo a implantação das diretrizes curriculares nacionais como fator primordial para tais mudanças.

Objetivos específicos

Analisar o conteúdo das diretrizes curriculares para os cursos de odontologia;

Identificar a experiência de implantação das diretrizes na IES, suas dificuldades, avanços e estratégias adotadas;

Sensibilizar e capacitar novos sujeitos para entenderem o seu papel na implantação das diretrizes no curso de Odontologia da IES.

Contribuir para o aprimoramento da capacidade dos seus participantes em analisar as conjunturas políticas de saúde e de educação, principalmente dos conteúdos relacionados ao desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde;

Construir coletivamente um Plano de Ações e Metas que possa ser utilizado pelo Curso para a consolidação do processo de implantação das DCN.

O diagnóstico situacional é feito através de um instrumento de análise prospectiva aplicado com todos os participantes (docentes e alunos) que tem como base o referencial de transformação de uma

situação atual e do estágio de implantação das DCN nas respectivas instituições (ABENO, 2005a). Este instrumento serve como um referencial de auto-avaliação para que cada participante analise, segundo seus próprios parâmetros, a situação atual de sua IES.

Neste sentido, a análise de dados obtidos pelas oficinas realizadas pela ABENO, utilizando um instrumento de análise prospectiva, permite fazer um retrato do presente, porém, com um referencial de futuro baseado nas DCN e nos conceitos fundamentais estabelecidos pela Reforma Sanitária desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Assim, os resultados quantitativos das oficinas realizadas pela ABENO oferecem um material para a reflexão crítica da comunidade envolvida na educação odontológica e nas mudanças necessárias para o aprimoramento desta e uma aproximação maior com as necessidades da sociedade brasileira.

7.1.2 Materiais e métodos

As oficinas foram realizadas pela ABENO no período de 2005 e 2006 em Instituições de Ensino Superior públicas e privadas ou nas sedes regionais da ABENO, onde participaram representantes das faculdades de odontologia da respectiva região.

Este instrumento consiste num perfil radial de avaliação composto de três eixos de abordagem onde cada eixo se decompõe em 3 vetores, segundo os critérios abaixo (ABENO, 2005a), onde cada participante assinala a devida situação de sua instituição conforme o estágio, que varia entre 1, 2 ou 3 num critério crescente de melhoria:

EIXO 1 - A ORIENTAÇÃO TEÓRICA

VETOR 1: “PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS”

- **Estágio 1:** Escolas com limitada produção sistemática de investigação, predominando as pesquisas na área cirúrgico restauradora e de alta tecnologia, com ênfase nas ações curativas.
- **Estágio 2:** Escolas que produzem espectro mais amplo de investigação, incluindo, além do anterior, as investigações clínico epidemiológicas e baseadas em evidências que possibilitem avaliar criticamente e redirecionar protocolos e intervenções.
- **Estágio 3:** Escolas que, além das investigações no terreno biológico, na área clínico-ambulatorial e de desenvolvimento de tecnologia complexa, desenvolvem pesquisas no campo da atenção básica e da gestão do SUS, contribuindo para que seja possível a tomada de decisões com base em informação relevante e o estabelecimento de melhores práticas.

VETOR 2: “DETERMINANTES DE SAÚDE”

- **Estágio 1:** Escolas que valorizam, na orientação da formação, exclusiva ou predominantemente, os aspectos biológicos, voltados ao diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças bucais prevalentes.

- **Estágio 2:** Escolas que buscam criar oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo a orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavell e Clark).
- **Estágio 3:** Escolas que definem as oportunidades de aprendizagem de acordo com a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades da atenção básica. Para tanto, desenvolvem uma forte interação com os serviços de saúde, enfocando articuladamente aspectos relativos à promoção, prevenção e cura.

VETOR 3: PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

- **Estágio 1:** “Autonomia” completa na definição da oferta de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização e ausência de oferta de pós-graduação na área da atenção básica e da educação permanente aos profissionais da rede SUS.
- **Estágio 2:** Conformação intermediária, em que haja esforços para a oferta de educação permanente relacionada a nosologia prevalente, porém sem que isso interfira no perfil de oferta de mestrados e doutorados, que seguem a lógica dominante.
- **Estágio 3:** A lógica da oferta de oportunidades educacionais de pós-graduação é definida em estreita articulação com os gestores do SUS, havendo revisão dos quantitativos

e da qualidade da formação de acordo com as necessidades assistenciais.

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

VETOR 4: ESTRUTURA CURRICULAR

- **Estágio 1:** Ciclos clínico e básico completamente separados e organizados em disciplinas fragmentadas.
- **Estágio 2:** Existência de disciplinas-atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas mantida a organização por disciplinas e a separação entre conteúdos básicos e clínicos.
- **Estágio 3:** Currículo majoritariamente integrado, com os conteúdos organizados em módulos. Os temas são abordados de modo que as áreas básicas funcionem como efetiva base e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas.

VETOR 5: MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

- **Estágio 1:** Ensino centrado no professor, realizado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes e com processos de avaliação baseados em testes e provas.
- **Estágio 2:** Ensino realizado em pequenos grupos de no máximo 15 estudantes, adotando outras estratégias de ensino

e processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.

- **Estágio 3:** Aprendizagem ativa com orientação tutorial permanente, desenvolvendo-se em múltiplos cenários e utilizando múltiplas fontes de conhecimento, como as bibliotecas, a comunidade, os órgãos de processamento de informações de saúde etc. Avaliação formativa e somativa de todos os aspectos da formação do estudante: conhecimentos, atitudes e habilidades.

VETOR 6: ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA

- **Estágio 1:** A teoria precede a prática, havendo grande ênfase nas aulas expositivas e alguma prática tanto em laboratórios básicos como em clínicas de ensino. Incipiente definição de necessidades de aprendizagem.
- **Estágio 2:** Embora prevaleça a precedência da teoria sobre a prática, em algumas disciplinas são desenvolvidas atividades práticas centradas nas competências laborais, buscando orientar a formulação da teoria.
- **Estágio 3:** Ensino baseado majoritariamente na resolução de problemas, em grupos pequenos, com ênfase na realidade de saúde, abordada nos serviços e nos espaços comunitários.

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

VETOR 7: DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

- **Estágio 1:** As atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica. Ciclo profissionalizante com práticas realizadas majoritariamente em clínicas de ensino de especialidades.
- **Estágio 2:** Atividades extramurais uniprofissionais em unidades do SUS durante os primeiros anos do curso, com a participação de professores da área de saúde coletiva correspondendo a menos de 10% da carga horária. Ciclo profissionalizante majoritariamente baseado em serviço pertencente à instituição de ensino, ou em serviços conveniados cuja administração seja apartada da gestão da rede do SUS.
- **Estágio 3:** Atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os primeiros anos de graduação, combinam-se as atividades extramurais multiprofissionais com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em pelo menos 20% da carga horária.

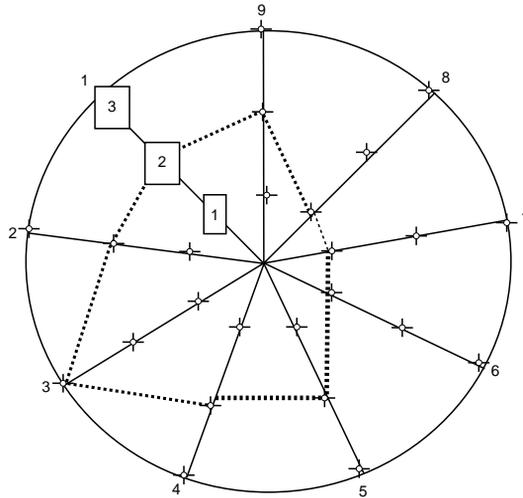
VETOR 8: SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS

- **Estágio 1:** Serviços próprios isolados da rede SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa e redundante.
- **Estágio 2:** Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição do perfil de seus pacientes.
- **Estágio 3:** Serviços próprios completamente integrados ao SUS, com desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede SUS.

VETOR 9: PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS

- **Estágio 1:** Predomina a observação de práticas de caráter demonstrativo.
- **Estágio 2:** Participação do estudante em atividades selecionadas (anamnese, exame clínico, procedimentos educativos, procedimentos preventivos, procedimentos curativos etc.).
- **Estágio 3:** Ampla participação clínica e comunitária do estudante, supervisionada pelos professores de todas as áreas.

Este instrumento é preenchido numa configuração radial como este exemplo apresentado abaixo (CAMPOS et al., 2001):



Ao final de cada avaliação, soma-se os pontos obtidos e avalia-se conforme a seguinte tabela:

Pontuação	Tipologia	% de avanço
0-10	Tradicional	35
11-15	Inovação incipiente	47
16-20	Inovação parcial	64
21-24	Inovação avançada	84
25-27	Transformação	96

Segundo Campos et al (2001, p. 58):

[...] com base na pontuação obtida no sistema de gradação das mudanças, nos nove vetores estabelecidos, é possível agrupar as instituições segundo uma tipologia que procura caracterizar o grau de inovação adotada por cada escola. A porcentagem

de pontos obtidos por determinada instituição está referida a um valor máximo de 100%, que corresponde ao grau máximo de aproximação do “estado da arte”.

Ao término de cada oficina, os facilitadores elaboram um relatório com suas impressões e observações que é posteriormente enviado à ABENO.

Os dados quantitativos foram tabulados a partir do instrumento de análise utilizado nas oficinas e fornecido a cada participante. A tabulação foi feita em programa Excel e a análise quantitativa foi realizada a partir dos mesmos dados porém transportados para o programa Epi-Info versão 2000.

7.1.3 Resultados e Discussão

Os dados analisados referem-se a um total de 48 faculdades de odontologia que participaram das oficinas da ABENO sendo 23 faculdades públicas e 25 privadas totalizando 1229 participantes. O número de faculdades que participaram do projeto das oficinas da ABENO perfaz 27,27% do total de faculdades de odontologia registrados no Conselho Federal de Odontologia (176 faculdades) (BRASIL, 2007).

No que diz respeito às regiões do país encontramos a seguinte distribuição: 5 faculdades da região sul, 15 da região sudeste, 12 da região nordeste, 11 da região norte e 6 da região centro-oeste.

Entre os participantes foi encontrada a seguinte distribuição: 711 professores (57,85%), 228 alunos (18,55%), 14 funcionários (1,13%) e 276 não identificados (22,45%).

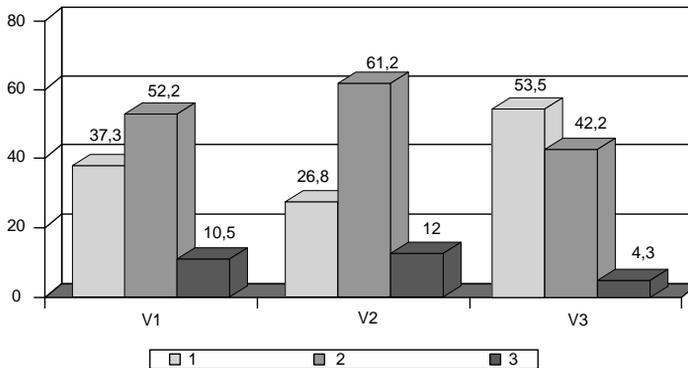
Entre o corpo docente, temos a seguinte distribuição segundo área de docência: 79 professores de áreas básicas (11,11%), 551 da área clínica (77,49%) e 81 da área de humanísticas (11,39%).

O referencial de análise refere-se aos participantes das oficinas já que houve números distintos destes em cada oficina.

O número de IES participantes do projeto bem como o de participantes das oficinas perfaz uma significativa totalização no que diz respeito ao universo de sujeitos envolvidos na formação odontológica no país, mesmo que este não represente uma amostra delineada estatisticamente, portanto, não passível a inferências que não o estudo específico das oficinas realizadas pela ABENO no período de 2005/2006.

Os gráficos de 1 a 3 referem-se aos percentuais obtidos por eixo de análise segundo os respectivos vetores.

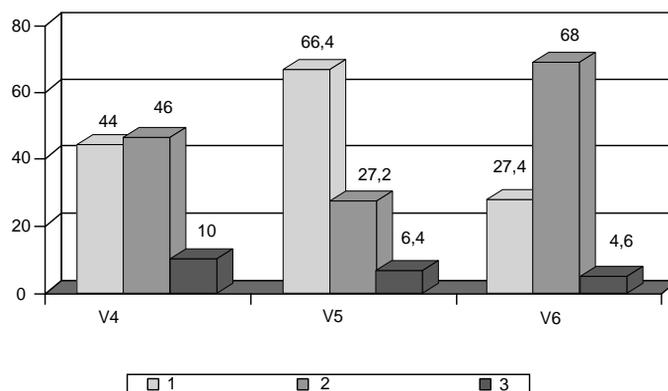
**Gráfico 1 - Percentual total por vetor do
EIXO 1: Orientação teórica. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.**



A análise por vetor dos três eixos trabalhados durante as oficinas mostra uma tendência ainda conservadora do perfil de educação odontológica onde alguns conceitos inovadores estão presentes, ainda que de forma tímida, como mostram os resultados obtidos no eixo 1, que

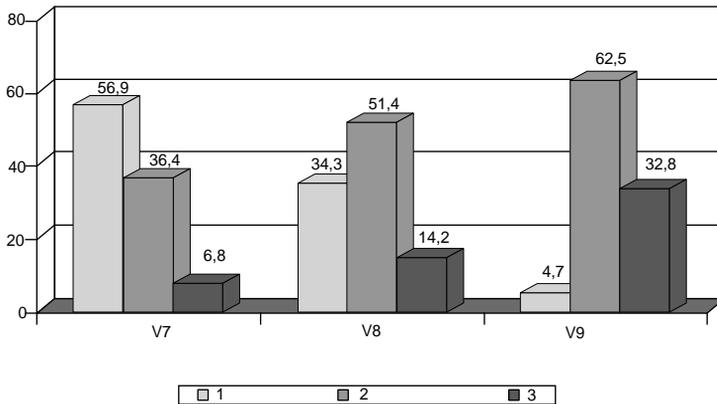
trata da orientação teórica do curso. Esta orientação ainda encontra uma forte conexão com a perspectiva clínica porém com pouco enfoque na atenção básica, mesmo na pós-graduação.

Gráfico 2 - Percentual total por vetor do EIXO 2: Abordagem pedagógica. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.



Os resultados obtidos para o eixo 2, que trata da abordagem pedagógica mostram um processo de isolamento disciplinar com uma tendência integradora nos primeiros anos porém mantidas as estruturas de disciplinas básicas e clínicas. A centralidade da figura do professor é uma característica destacada com grande ênfase sugerindo uma reflexão importante no que diz respeito às estratégias de ensino-aprendizagem adotadas pelas IES mesmo que o resultado geral indique um processo de inovação, apontando que este não está presente nas questões diretamente relacionadas ao enfoque pedagógico do curso. Um processo de reavaliação das opções pedagógicas feitas pela maioria das IES se faz necessário bem como a reflexão acerca da formação docente dos sujeitos formadores em odontologia.

**Gráfico 3 - Percentual total por vetor
do EIXO 3: Cenários de prática. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.**



O distanciamento das IES do Sistema Único de Saúde é facilmente detectado através dos resultados obtidos nos vetores correspondentes ao eixo 3 que aborda os cenários de práticas. Esta aproximação se dá muito mais no âmbito de clínicas intramuros do que através de atividades extramuros, sugerindo uma ausência de oportunidades para os alunos entrarem em contato com a dinâmica do sistema bem como indicando que as necessidades da população são conhecidas no âmbito clínico, não permitindo um enfoque mais amplo do processo saúde/doença.

Os gráficos numerados de 4 a 8 tratam do grau de inovação segundo as distintas categorias avaliadas.

Gráfico 4 – Porcentagem do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior (IES). Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.

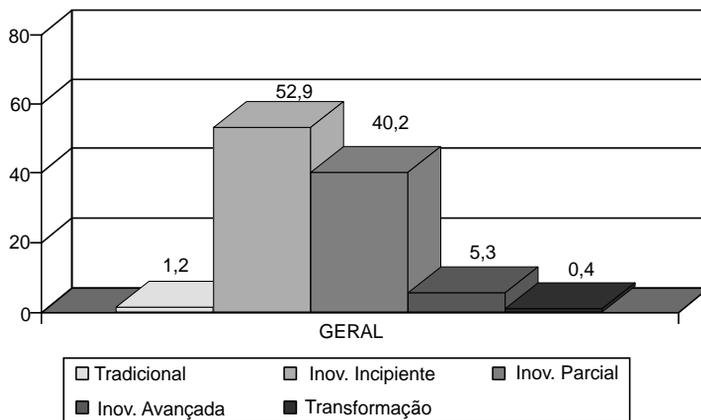


Gráfico 5 – Porcentagem do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior (IES) por tipo de instituição. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.

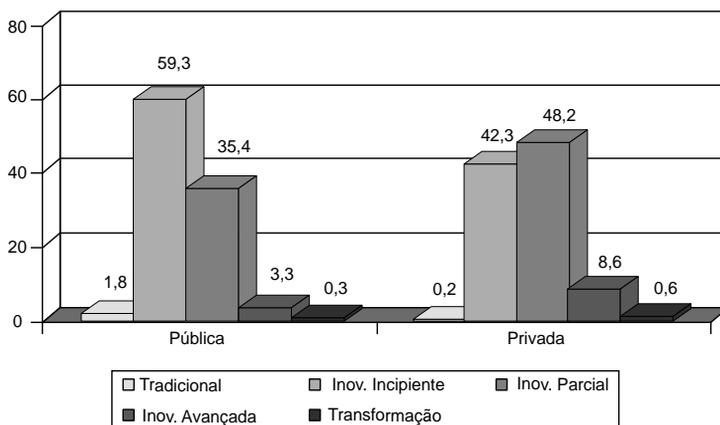


Gráfico 6 – Porcentagem do grau de inovação da IES por ocupação. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.

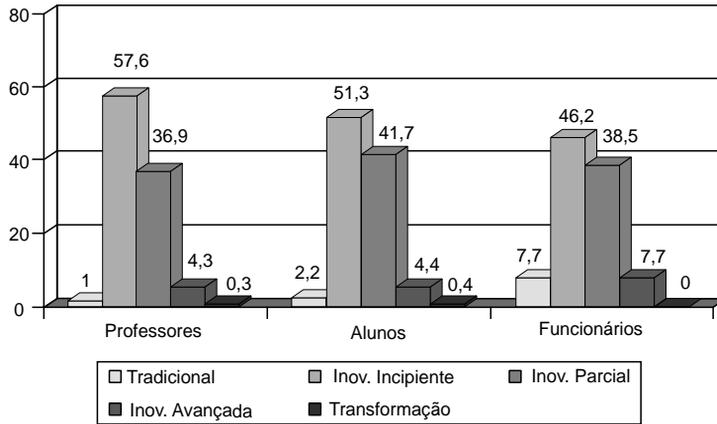


Gráfico 7- Porcentagem do grau de inovação da IES por área de docência. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.

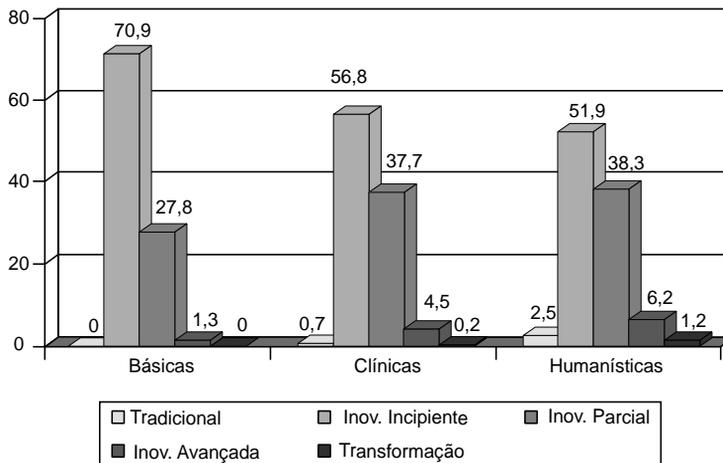
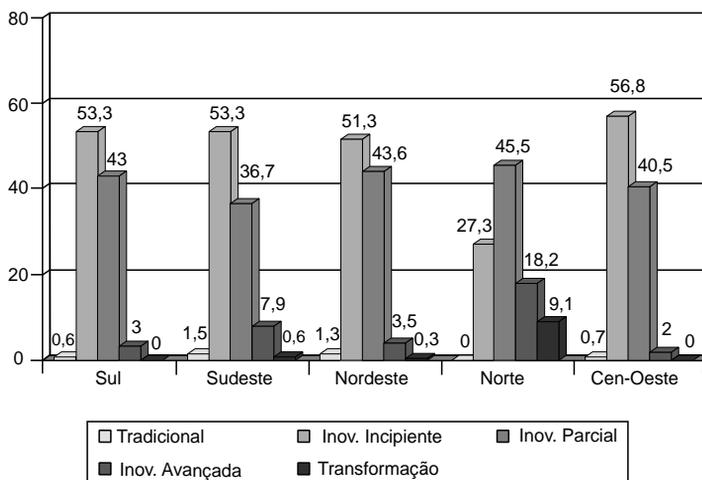


Gráfico 8- Grau de inovação da IES por região do país. Oficinas da ABENO. Brasil, 2007.



Os resultados acima apresentados mostram, de maneira geral, um diagnóstico de **inovação incipiente** como tipologia que caracteriza o grau de inovação de cada faculdade segundo a visão dos participantes das oficinas. Esta categoria é característica das escolas públicas enquanto que nas escolas particulares a categoria inovação parcial, que sugere um estágio um pouco mais avançado de transformação do ensino é ligeiramente superior. É importante observar que este diagnóstico é coincidente entre alunos e professores, sugerindo uma coincidência de diagnóstico entre os diversos atores do processo educativo bem como a coincidência destes resultados em todas as regiões do país, com exceção da região norte

Assim, o conceito de inovação incipiente citado acima como preponderante nos resultados apontaria para um processo lento de mudanças nas IES da odontologia porém apontando para um distanciamento sério com relação ao corpo ideológico claramente exposto nas DCN que, de forma clara, determina uma aproximação mais eficaz e contundente com o SUS no processo pedagógico de formação.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. *Oficina de implantação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de odontologia*. Brasília; 2005 a. 18 diapositivos, col.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. *Oficina de implantação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de odontologia*. Brasília, 2005b.[Termo de referência].

BRASIL. *Conselho Federal de Odontologia. Base de dados eletrônica*. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/quadro_estatistico_faculdades.pdf. Acesso em 28/05/2007

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004*. Brasília. INEP/MEC, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 1.300/2001 de 06 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 2001. Seção 1, p.25.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Promed - Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina*. Brasília, 2002. Documento eletrônico. Disponível em http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma08.pdf. Acesso em 24/02/2005.

CAMPOS, F.E.; FERREIRA, J.R.; FEWERWERKER, L.; SENNA, R.R; CAMPOS, J.J.B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educ Med.* 2001 vol. 25, n.2, p. 53-59, 2001.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao Prof. Dr. Antonio Carlos Frias e à Profa. Julie Silva Martins pela colaboração na tabulação dos dados.



8 Análise dos nós críticos das competências gerais

*“Toda a claridade traz a sua sombra; toda a elucidação traz consigo um pouco de cegueira”
(Edgard Morin).*

Durante a realização das Oficinas, na etapa preliminar do planejamento, solicitava-se, em cada IES, que os participantes fizessem uma reflexão sobre os fatores que poderiam atuar como “nós críticos” para a implantação das competências gerais das DCN. Do ponto de vista conceitual, considerou-se que um nó crítico é um ponto de estrangulamento, que uma vez detectado e elaboradas estratégias de “desatamento”, pode facilitar a implantação das Diretrizes. Ainda que alguns dos fatores levantados sejam pouco flexíveis ou susceptíveis à intervenção externa, muitos indicam por si só o caminho a ser trilhado. Na análise que se segue, tenta-se aprofundar o debate, partindo-se da constatação das Oficinas e culminando com sugestões de estratégias.

8.1 COMPETÊNCIA: ATENÇÃO À SAÚDE

I. A Competência Atenção à Saúde como Nó Crítico:

Dada amplitude desta competência, muitos foram os nós críticos apontados pelas IES. Nas observações feitas, percebe-se uma linha de reflexão que revela que o desenvolvimento dessa competência só é possível como resultado de um projeto pedagógico construído coletivamente. Entre os pontos (nós) recorrentes, destaca-se: “A formação dos professores que são na maioria especialistas, despreparados para

a formação do profissional generalista”, “Dificuldades de integração curricular, devido à sensação de ameaças sobre espaços e micro-poderes disciplinares pré-estabelecidos”, “Falta de integração com outras áreas da saúde”, “Formação prioritariamente técnica, voltada para a doença”, “Falta de uma política clara de extensão, definindo atores dos vários setores do curso para atuarem em novos cenários de práticas, particularmente em serviços comunitários”, “Integração com os serviços pouco valorizada”.

Constituiu-se assim, na visão de participantes das Oficinas, um tema complexo, indicando necessidade de mudanças internas e externas às IES.

II A Competência Atenção à Saúde nas DCN

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002), em seu art. 4º, definem:

“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 como coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/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 em nível individual como coletivo”.

Nas competências e habilidades específicas para a formação do Cirurgião Dentista, as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam:

- a) atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção, recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- b) atuar multidisciplinarmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- c) reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- d) exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- e) trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- f) 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 a comunidade;
- g) buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionados e necessidades globais da comunidade;

- h) reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais.

Em síntese, é na competência Atenção à Saúde que se pode almejar os maiores progressos no processo de formação orientado pelas DCN. A perspectiva de uma formação centrada no diagnóstico e tratamento de doenças deve ceder espaço para uma compreensão ampliada, que permita o manejo de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.

III A Competência Atenção à Saúde: Contextualização

A preocupação com a formação de um profissional com excelência técnica e responsabilidade social, que consiga atuar não só no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde vem desde a estratégia internacional de Saúde para Todos, da Declaração de Alma Ata, em 1978. Documentos da área da saúde, prevendo a dimensão que os profissionais representam na atenção à saúde, reconhecem o profundo impacto que a formação pode exercer sobre a qualidade dos serviços a serem ofertados à população, reforçam a necessidade de uma mudança conceitual na concepção da formação. O reconhecimento desse papel, do entendimento que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, é central para a resolubilidade do Sistema de Saúde. Assim, é no contexto de um movimento de aperfeiçoamento do entendimento do processo saúde-doença, que o descritivo desta competência obedece a parâmetros também observáveis em outros países como os EUA e os países da Comunidade Comum Européia (ADEA 2004; PLASSCHAERT, 2005).

A integração entre o ensino e os serviços de saúde, aparece como

um elemento chave para o desenvolvimento desta competência. Entretanto, o que se observa é que praticamente não existe integração com as instâncias do sistema de saúde, permanecendo o trabalho das universidades isolado em seu contexto, com ligeiras interações feitas por alguns segmentos dos cursos, mas sem a repercussão necessária dentro do corpo docente e discente. Longe da realidade dos problemas que a cercam, a maior parte das universidades tem pouca crítica de sua atuação na sociedade, agindo criticamente em esporádicos programas de extensão, com a participação limitada de docentes e discentes e sem uma política efetiva para o setor. A extensão continua sendo encarada pela maioria dos dirigentes universitários, coordenadores de cursos, e docentes como uma atividade marginal, passando este pensamento para o corpo discente.

Com uma estrutura curricular fragmentada, adotando uma formação prioritariamente técnica e sem uma integração interdisciplinar no seu próprio seio e a falta de integração com outras áreas de saúde, os cursos têm oferecido, ao longo do tempo, uma assistência pontual aos pacientes que os procuram, perpetuando, com pouca resolubilidade, a sua permanência nas diversas clínicas. A dificuldade de integração curricular aparece diversos cursos brasileiros (HADDAD et al., 2006).

Na formação médica, igualmente, esta situação também é vivenciada. Será que os médicos que estão sendo formados são de fato competentes para o desafio atual da prática da medicina? No que diz respeito ao conhecimento técnico muitos realmente o são. Mas a medicina que deveria ser praticada hoje exige que o profissional tenha outras capacidades além da boa formação sobre anatomia, fisiopatologia, e métodos cirúrgicos (LOTTENBERG, 2007).

Tal situação se contrapõe ao conceito de Atenção à Saúde que define claramente que a responsabilidade da atenção à saúde não se

encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde do indivíduo.

IV A abrangência da competência Atenção à Saúde

O entendimento do significado de assistência e atenção à saúde deve merecer maior cuidado de nossa parte. Na maioria das vezes esses termos são usados como sinônimos, fazendo entender que representam a mesma coisa. Na realidade, ambos têm conceitos distintos e merecem uma análise mais detalhada.

Para Narvai (1994), assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não. Este conceito já havido sido trabalhado por Donnangelo (1975), para quem a assistência refere-se à parte das ações desenvolvidas na área da saúde: conjunto de ações de diagnóstico e terapêutica dirigidos ao consumidor individual.

Já a atenção à saúde significa atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal. Isto exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia, mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e coordenação de ações multisetoriais, isto é, ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (NARVAI, 1994).

As diferenças de conceituação deixam claro que continuamos praticando apenas a assistência odontológica, com atendimentos pontuais e nem sempre resolutivos para a saúde geral do paciente e sua qualidade de vida. Fica evidente, que há um longo caminho a percorrer para atingir parte ou toda a competência sugerida nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

O mesmo acontece na definição de interdisciplinaridade, multi ou pluridisciplinaridade na formação do profissional generalista.

A interpretação dos significados denota o distanciamento do estágio atual da formação em Odontologia, majoritariamente fragmentada em disciplinas, para obtenção do perfil expresso nas DCN.

A interdisciplinaridade significa a produção de conhecimento científico novo a partir de duas ou mais diferentes áreas de conhecimento que se integram para tal. Nela as disciplinas são colocadas em diálogo entre si de modo que permita uma nova visão da realidade e dos fenômenos. O conceito de multi ou pluridisciplinaridade remete para um encontro de pesquisadores de várias áreas de conhecimento ou de diversas disciplinas que, trazendo cada qual seus conhecimentos e descobertas, abordam determinado assunto ou problema debaixo de seu ponto de vista ou o de suas pesquisas.

Estes conhecimentos se justapõem na esperança que este abordar coletivo do assunto venha a ampliar a compreensão do fenômeno que está sendo pesquisado (MASETTO, 2006).

A predominância de cursos com o ensino compartimentalizado em disciplinas prescinde da essencial visão do todo, ferramenta fundamental para o enfrentamento dos problemas de saúde.

O trabalho nas clínicas de ensino das instituições precisa passar por uma reformulação, para perder o seu caráter estanque, em que os trabalhos mínimos são mais enfatizados do que a própria busca pela recuperação da saúde do paciente, através de um atendimento integral, humano e de boa qualidade.

Um outro aspecto importante a ser discutido diz respeito à transdisciplinaridade. Segundo Morin (2004), a transdisciplinaridade abraça a promoção da inteligência geral dos sujeitos, favorecida por uma educação centrada na condição humana, que implica repensar a posição do sujeito no mundo por meio da:

- a) consciência antropológica
- b) consciência ecológica
- c) consciência cívica terrena e a espiritual da condição humana
- d) rompimento das barreiras estabelecidas pelos saberes compartimentados

Assim, uma educação centrada na condição humana deverá levar em conta a dimensão humana na produção de saúde. Uma prática educativa humanizada na área da saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora. (MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2006).

A implantação do Programa de Saúde da Família e, em particular, a inserção da saúde bucal nesta estratégia, exige uma preparação mais ampla, com o técnico mesclando-se com o humano, para que a atuação no território seja realmente efetiva e resolutiva. Este novo cenário de ensino-aprendizagem vai exigir que a atenção à saúde individual e da comunidade seja trabalhada com competências genéricas da Odontologia, acrescidas de competências e habilidades oriundas das ciências sociais (MORITA, KRIGER, 2006).

Neste ambiente de ensino, o fazer, como processo educativo, é adquirido pela ação sobre o meio, na preparação para o trabalho que exige cada vez mais criatividade e competências para a resolução de problemas concretos e para o inesperado. O aprendizado participativo, cooperativo, tendo a diversidade como base para a construção do conhecimento, prepara para o trabalho em equipe, a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade necessárias para o desenvolvimento de práticas integrais e resolutivas (MOYSÉS, 2004).

A antecipação das clínicas integradas, com uma visão integral do paciente, parece ser uma vertente importante a ser explorada, permitindo ações de complexidade crescente, não limitando a visão do aluno a um corpo fragmentado, cujas peças terão que ser juntadas no último momento do curso, como ocorre hoje com as clínicas integradas tradicionais, que representam o fechamento das atividades do curso.

V Considerações Finais

Uma análise mais detalhada dos nós críticos apresentados mostra que a competência Atenção à Saúde, como está conceituada nas Diretrizes Curriculares Nacionais, praticamente não é alcançada pela maioria dos cursos de Odontologia do Brasil. A dificuldade de integração curricular não permite que a prática seja integrada e contínua, prevalecendo a assistência estanque em cada disciplina ou grupo de disciplinas, pecando por sua continuidade.

Parece evidente que uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade depende de 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 as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde (FERNANDES NETO, COSTA NETO, 2006).

Entender o processo saúde-doença como um bem socialmente determinado (HADDAD, MORITA, 2006) também é um fator determinante para as ações a serem desenvolvidas nos cursos de graduação para que a competência Atenção à Saúde seja atingida.

VI. Recomendações/Sugestões para Implementação da Competência Atenção à Saúde:

Muitos são os aspectos a serem levados em conta para o desenvolvimento da competência Atenção à Saúde. Alguns exemplos são apresentados a seguir, não com o propósito de estabelecer modelos ou receitas, mas como forma de contribuir para as reflexões sobre as mudanças necessárias para a implementação desta competência.

- 6.1 Antecipação das clínicas integradas, com ações de complexidade crescente.
- 6.2 Criação de unidades de promoção de saúde e controle de doenças, que juntamente com a triagem seriam as portas de entrada e saída do sistema de atendimento. Rompimento do enfoque mecanicista, centrado na doença, buscando a promoção e a manutenção da saúde dos pacientes.
- 6.3 Estabelecimento de novos cenários de prática, tanto intra como extra muros. Estreitamento das relações com os serviços, transformando-os em cenários de ensino-aprendizagem, com a participação de todo o corpo docente.
- 6.4 Integração com outras áreas do conhecimento para ações multidisciplinares e multiprofissionais, em que os cenários de extensão devem ocupar lugar de destaque.
- 6.5 Valorização dos conteúdos das Ciências Sociais, que serão ferramentas importantes no trabalho com famílias, tanto na clínica privada como no serviço público.
- 6.6 Promoção de capacitações para docentes, trabalhando mudanças curriculares e de conteúdo. Ampliação do diálogo entre as disciplinas e áreas de conhecimento. Revisão

da exigência do trabalho mínimo, fator primordial para o incremento de intervenções desnecessárias.

- 6.7 Estabelecimento de critérios de intervenção mínima, trabalhando sempre com base nas melhores evidências científicas.

Referências:

AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for The New Dentist. *J Dent Educ*, v. 68, n. 7, p. 742-744, 2004.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FERNANDES NETO, A.J.; COSTA NETO, O.C. Currículo Odontológico face às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C. O Ensino da Odontologia e as Políticas de Saúde e de Educação IN: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

HADDAD, A.E.; LAGANÁ, D.C.; ASSIS, E.Q.; MORITA, M.C.; TOLEDO, O.A.; RODE, S.M.; FERREIRA, S.H.; FERREIRA, S.L.M. *Contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos projetos pedagógicos do curso de graduação em odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Brasília: INEP/MEC, p. 119-152, 2006.

LOTTEMBERG, C. *A Saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007.

MASETTO, M.T. Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*, São Paulo: Cortez, UNESCO, 2000.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 4, n. 1, p. 30-37, 2004.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. Humanização como conceito-experiência para a Odontologia In: PERRI DE CARVALHO, AC; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

PLASSCHAERT, A.J.M.; HOLBROOK, W.P.; DELAP, E.; MARTINEZ, C.; WALMSLEY, A. D. Profile and Competences for the European Dentist. *Eur J Dent Educ*. 2005; 9: 98-07.

8.2 COMPETÊNCIA: TOMADA DE DECISÕES

I A Competência Tomada de Decisões como Nó Crítico:

Entre os “nós críticos” apontados pelas IES para o desenvolvimento desta competência destaca-se: “Imaturidade dos alunos”, “Conflitos clínicos gerados por falta de integração curricular e interlocução entre as disciplinas”, “Falta de visão global das necessidades do paciente”, “Atuação clínica tardia no desenvolvimento do curso”, “Falta de atuação em situações reais de trabalho, semelhantes às do futuro profissional”.

II A Competência Tomada de Decisões nas DCN

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia, em seu Art. 4º, definem entre as competências e habilidades gerais:

“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 competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”.

O trabalho ao longo do curso com a competência de tomada de decisão requer um processo de ensino-aprendizagem interativo, onde o professor deve ser o coordenador do processo e o aluno deve ter uma atuação decisiva. Desde o Projeto Pedagógico do Curso até às implementações nas várias atuações, o aluno deve ser estimulado e orientado a *aprender a aprender* e ao *aprender a ser*, valorizando a busca de fontes bibliográficas e de informações, os processos investigativos e

o conhecimento nas várias áreas para a melhor compreensão do ser humano e de suas necessidades. Para tanto, a diversificação do ambiente de ensino-aprendizagem e o conhecimento das várias realidades sociais e de saúde da população brasileira são indispensáveis para a construção da competência de tomada de decisão.

III A Competência Tomada de Decisão: Contextualização

A discussão sobre a importância de se formar um profissional capaz de responder com qualidade à demanda de saúde, baseando-se na melhor evidência científica, está presente como preocupação em muitos fóruns internacionais sobre a formação em Odontologia. A Associação Americana para Educação Dentária (ADEA, 2004), define, em 1997, como competência geral para o dentista americano “Avaliar a literatura científica e outras fontes de informação para tomar decisões sobre o tratamento odontológico”.

Na mesma direção, a Associação para a Educação Dentária na Europa (ADEE) (PLASSCHAERT et al., 2005), publicou documento sobre a proficiência para a prática da Odontologia na Comunidade Comum Européia onde essa competência é considerada como central. De fato, é a competência que mais evidencia o potencial de ação do profissional.

No Brasil, na atualidade, há fatos novos no cenário socioeconômico, como a passagem da odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda, num mercado extremamente competitivo, é a tônica moderna. Nesta circunstância, torna-se mais relevante discutir a humanização das relações de trabalho e do processo de produção social da saúde bucal (MOYSÉS et al., 2006) e, sem dúvida, a preparação para a tomada de decisões.

IV A abrangência da competência Tomada de Decisão

O entendimento do significado de competência é condição básica para a compreensão do que seria a preparação para a tomada de decisão. Carvalho (2006) baseia-se na clássica conceituação de Perrenoud (1999) “*construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes*” para resolver uma situação-problema. É dar significado ao que é aprendido pelo aluno, partindo de sua vivência em realidade mais próxima e estendendo para conhecimentos de alcance mais universal, entendendo-se por “*vivência*” a “*familiaridade que os alunos têm com os fatos, do que com esses fatos serem parte de sua vida física e social*”. A mesma autora também cita Gillet (1996) com o conceito de competência

“como um sistema de conhecimentos, relativos a conceitos e procedimentos, organizados em esquemas operativos, que permitem, com respeito a uma gama de situações, a identificação de uma tarefa-problema, bem como a sua solução, por meio de uma ação eficaz”.

As competências devem ser trabalhadas ao longo do curso. Para Ranali e Lombardo (2006) é preciso integrar teoria e prática, os *saberes* (saber aprender a aprender; aprender a pensar), os *fazer* (saber fazer) e as *atitudes* (saber conviver, viver junto), durante todo o processo de formação do aluno e ainda opinam que para desenvolver competências é preciso que o projeto pedagógico inclua o planejamento sistemático das atividades pedagógicas pelos docentes, em termos de problemas, desafios ou projetos para o exercício profissional pretendido, indicando os resultados pretendidos.

A guisa de exemplo do caminho a ser percorrido, Moysés et al. (2003) relatam a experiência desenvolvida na PUC-PR, sobre as

adequações do Projeto Pedagógico às *Diretrizes Curriculares Nacionais*, destacando alguns pontos, como a estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem à realidade social, às políticas sociais e ao SUS e, a contextualização da aprendizagem, problematização, habilidades de negociação, para decisões coletivas e para a participação.

Diversos são os elementos que contribuem para o desenvolvimento da competência em tela. No Quadro 1, que apresenta resultados do questionário pesquisa do ENADE 2004, pode-se observar algumas ações que estão relacionadas com o desenvolvimento da competência de tomada de decisões. São hábitos e atitudes que precisam ser estimulados ao longo do processo ensino-aprendizagem desde o curso de graduação, como atividades de monitoria, extensão e estágios, acesso a informações, à mídia e à internet, a procura e a utilização de fontes de consulta e bibliografia e a dedicação ao estudo.

Quadro 1. Perfil do aluno de Odontologia

Perfil do Aluno de Odontologia	Ingressantes	Concluintes
Conhecimento do idioma Inglês: Lê, escreve e fala razoavelmente	33,8%	33,3%
Conhecimento do idioma Espanhol: Praticamente nulo	40,9%	44,6%
Meio de Atualização: Televisão	64,2%	71%
Utilização da Biblioteca: Muito frequentemente	49%	23,5%
Fonte de pesquisa Acervo da biblioteca da minha instituição	67,3%	60,9%
Horas de Estudo por semana: 3 a 5 horas	35,2%	34%
Outras atividades acadêmicas: Monitorias Extensão	9,3% 15,6%	30,4% 26,9%
Acesso à internet	95,6%	95,2%
Computador em casa	74%	75%

Fonte: Adaptado de FERNANDES NETO, A.J.; PERRI CARVALHO, A.C.; KRIGER, L.; MORITA, M.C.; TOLEDO, O. A. In: Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *A Trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004*. Editora INEP/ MEC. Brasília, 2006.

Como se pode observar, ainda há muito que se fazer para alcançar níveis desejáveis de auto-estudo, ferramenta fundamental para o desenvolvimento desta competência. Chama atenção o fato de que entre ingressantes e concluintes o uso da biblioteca diminui.

A nova visão para a formação permanente do cirurgião dentista também é analisada por Carvalho e Lage-Marques (2007), ao comentar as novas tecnologias de educação que podem estimular o aluno a se

questionar sobre o querer ou não se tornar um sujeito crítico, criativo e conquistar sua autonomia intelectual.

Ditterich et al. (2007) enfatizam a necessidade de se resgatar a importância e a validade dos estágios extramuros, inclusive como um suporte permanente para o conhecimento das características epidemiológicas da sociedade, voltado à promoção da saúde e a elaboração de estratégias para a resolução de problemas.

Está comprovado que o trabalho do aluno junto à comunidade aumenta seu amadurecimento como cidadão e segurança como profissional (MORITA, KRIGER, 2006).

O aumento da autoconfiança, resultante da experiência em serviços comunitários também é relatado em áreas da atenção em odontologia. No caso da Odontopediatria, a experiência internacional parece validar o significado desse tipo de estágio (HUNTER et al., 2007). O mesmo pode ser dito no diz respeito ao aumento da competência clínica do futuro profissional (BLINKHORN, 2002).

Assim, a importância de aproximar o aluno do mundo do trabalho, onde as condições objetivas de tomar decisões se apresentam como premissa, também é destacada por autores que estudaram a aderências às DCN no Brasil. Segundo Haddad et al. (2006) “É no mundo do trabalho, em contato com a realidade, que se espera que aconteçam as maiores experiências educativas do aluno”.

V Considerações Finais

Tomar decisões, ser flexível, eis dois aspectos centrais das DCN. Como fazer para garantir que o graduado de odontologia seja apto a tomar decisões que favoreçam as condições de saúde de pacientes e comunidades? Além disto, que leve em conta os valores, as expectativas e os anseios de pacientes na busca por autonomia? Os reflexos no

Sistema de Saúde são de ordem distinta. Por um lado, o profissional deverá ser capaz de, em meio a uma imensa profusão de artigos científicos, não raro antagônicos, saber julgar a melhor evidência científica para propor o tratamento de seus pacientes. Por outro lado, também deverá mover-se no julgamento dos apelos de mercado por progressiva e nem sempre necessária, incorporação de tecnologia. Um profissional seguro na tomada de decisões, trará entre outros benefícios ao Sistema de Saúde, um impacto sobre os custos do Sistema, reforçando a idéia de uma clínica soberana, capaz de responder com qualidade e efetividade, com o menor custo possível.

VI RECOMENDAÇÕES/SUGESTÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMPETÊNCIA TOMADA DE DECISÃO:

Como se pôde observar, a competência Tomada de decisões requer um desenvolvimento progressivo ao longo do curso e dependerá de um projeto pedagógico estruturado para tal. Não é possível concebê-la com o resultado do esforço de uma disciplina, mas sim de toda trajetória curricular. Algumas sugestões para seu desenvolvimento são apresentadas a seguir.

- 6.1) Antecipação das atividades clínicas, criando oportunidades para o desenvolvimento a partir de graus de complexidade crescente;
6. 2) Diversificação de cenários de ensino para inserção do aluno em situações reais de trabalho;
6. 3) Desenvolvimento de Leitura crítica da literatura científica, baseado a prática com base em evidências científicas;

6. 4) Utilização de metodologias problematizadoras, que por sua vez facilitam o desenvolvimento da reflexão crítica;
6. 5) Criação de oportunidades para a iniciação científica, e participação do estudante em processos investigativos;
6. 6) Realização de seminários para discussão de protocolos clínicos; criando espaço de interlocução entre disciplinas;
6. 7) No atendimento ao paciente, valorização da escuta qualificada, engajando o paciente na busca de soluções para seus problemas de saúde, respeitando sua alteridade.

Referências:

AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for The New Dentist. *J Dent Educ*, 2004; v. 68, n. 7, p. 742-744.

BLINKHORN, F.A. Evaluation of an undergraduate community-based course in Family Dentistry. *Eur J Dent Educ*. v. 6, p. 40-44, 2002.

CARVALHO, C.M.R. Competência na legislação Educacional. *In: PERRI DE CARVALHO, AC; Kriger, L. Educação Odontológica*. Cap. 3. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CARVALHO E.M.O; LAGE-MARQUES, JL. Internet – um recurso didático. *Rev. ABENO*, v. 7, n. 1, p. 63-67, 2007.

DITTERICH, R.G.; Portero, P.P; SCHMIDT L.M. A preocupação social nos currículos de odontologia. *Rev. ABENO*, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2007.

FERNANDES NETO, A.J.; PERRI DE CARVALHO, A.C; MORITA, M.C; KRIGER, L.; TOLEDO, O.A. A Trajetória dos Cursos de Odontologia no Brasil. *In: HADDAD, A.E. (Org.) A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991-2004*. Brasília: INEP/MEC, 2006. p. 381-409.

GILLET, P. (Org.). Construire la formation, outils pour les enseignants et les formateurs. Paris: ESP, 1991 *In: REY, B. As Competências transversais em questão*. São Paulo: Artmed, 1996

HADDAD, A.E.; LAGANÁ, D.C.; ASSIS, E.Q.; MORITA, M.C.; TOLEDO, O.A.; RODE, S.M.; FERREIRA, S.H.; FERREIRA, S.L.M. *Contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos projetos pedagógicos do curso de graduação em odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Brasília: INEP/MEC, p. 119-152, 2006.

HUNTER, M.L.; OLIVER, R.; LEWIS, R. The effect of a community dental service outreach programme on the confidence of undergraduate students to treat children: a pilot study. *Eur J Dent Educ.* 2007; 11: 10–13

MORITA, M.C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S.T., MOYSÉS, S.J., KRIGER, L. Humanizando a educação em odontologia. *Rev. ABENO.* v.3, n.1, p.58-64. 2003.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. Humanização como conceito-experiência para a Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo, Artes Médicas, 2006.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PLASSCHAERT, A.J.M.; HOLBROOK, W.P.; DELAP, E.; MARTINEZ, C.; WALMSLEY, A.D. Profile and competences for the european dentist. *Eur J Dent Educ*, v. 9, p. 98-107, 2005.

RANALI, J; LOMBARDO, I.A. Projeto Pedagógico para Cursos de Odontologia. Cap. 7. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo, Artes Médicas, 2006, p. 65-73.

REY, B. *As competências transversais em questão*. São Paulo: Editora Artmed, 1996.

8.3 COMPETÊNCIA: COMUNICAÇÃO

I A Competência Comunicação como Nó Crítico:

No desenvolvimento das Oficinas de Trabalho sobre Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a Competência Geral “Comunicação” apareceu como um dos “nós críticos”, apontado com constância pelas IES como: “dificuldade dos alunos até com o idioma natal”; “nível cultural e preparo do aluno”; “despreparo dos níveis escolares precedentes”.

Observa-se, portanto, um importante assunto a ser tratado no âmbito das discussões acadêmicas de melhoria de qualidade da formação do aluno de Odontologia. Assim, o ensaio que apresentamos se propõe a uma reflexão sobre o tema, constituindo-se em mais uma atividade de apoio à implantação das DCN.

II A Competência Comunicação nas DCN

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002), a relevância da comunicação como competência do profissional a ser formado aparece explicitada em vários momentos:

“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”.

“O Curso de Graduação em Odontologia deve assegurar, também a formação de profissionais com competências e habilidades

específicas para: comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações”.

Na “Organização do Curso” o tema também é tratado:

“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.”

As DCN para o Curso de Odontologia deixaram claras (Art. 4º par. III), portanto, as metas em comunicação que um cirurgião-dentista formado deve atingir: *“A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura”*.

Afinal, porque essa competência é tão importante na área da saúde? Que reflexos pode-se esperar na competência clínica do profissional e no Sistema de Saúde do país? Trataremos de abordar aspectos históricos e alguns desses reflexos a seguir.

III A Competência Comunicação: Contextualização

O tema “Comunicação na área da saúde” vem sendo objeto da atenção de “experts” da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, entre as competências norteadoras para o profissional da odontologia, estes destacam: *“comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

No Brasil, na década de 90, um estudo sobre a formação do cirurgião dentista, referenda a habilidade apresentada pela OMS e sugere: “

incluir no currículo de graduação, o ensino de Metodologias de Ensino para que os alunos sejam capacitados para identificar as potencialidades do processo ensino-aprendizagem e aprender como aprender e a discussão com os alunos sobre o projeto pedagógico do curso” (PERRI DE CARVALHO, 1996).

Nos Estados Unidos, à mesma época, Uchida et al (1996) destacam entre as várias habilidades

“que os estudantes precisam saber para terem êxito no século XXI: habilidades de escrita, para capacitar os estudantes a uma comunicação efetiva; leitura discernente e habilidades de compreensão; conhecimento de línguas estrangeiras; habilidades de comunicação oral e escrita; compreensão multinacional, inclusive abertura para a diversidade e para a necessidade de uma perspectiva internacional”.

Em um contexto mais amplo, a Conferência Mundial sobre Ensino Superior (UNESCO, Paris, 1998), entre as habilidades consideradas importantes para o profissional universitário do século XXI, destaca: “*Ter habilidades sociais e capacidade de expressão*”.

O “Relatório Delors” (DELORS, 1999), apresentado pela Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, apontou os quatro pilares da educação contemporânea:

- (I) aprender a conhecer;
- (II) aprender a fazer;

- (III) aprender a conviver; e
- (IV) aprender a ser.

Tais aspectos indicam as exigências para um processo educativo onde o conhecimento deve ser baseado na compreensão da realidade, com base na manipulação de instrumentos de conhecimento, como a tecnologia e as idéias, centradas em um processo autônomo, que estimule o “aprender a aprender”. O fazer, como parte do processo educativo, é adquirido pela ação sobre o meio, na preparação para o trabalho, que exige cada vez mais criatividade, e competências para a resolução de problemas concretos e para o inesperado. O aprendizado participativo e cooperativo, baseado na diversidade de cenários e contextos, prepara para o trabalho em equipe e a transdisciplinaridade necessária para o desenvolvimento de práticas integrais e resolutivas.

Recentemente, em 2004, a Associação para Educação Dentária Européia, em documento de apoio para padronização e melhoria de qualidade dos currículos da Comunidade Comum Européia, reafirma a “Comunicação e habilidade interpessoal” entre as sete Competências Gerais necessárias (PLASSCHAERT et al., 2005).

Percebe-se, portanto, que essa competência, tanto no plano nacional como internacional é considerada como essencial para a formação do aluno.

IV A abrangência da competência de comunicação

A Comunicação envolve diversas áreas da ação do profissional de odontologia.

A competência comunicação tem relação direta sobre o processo de ensino-aprendizagem. Inclusive, o significado de “aprender a aprender” – tão repetido nos últimos anos do Século XX – pode ser

entendido como “*o significado de como deve ser o ensino para que o aluno aprenda, não isto ou aquilo, mas a aprender*” (AZANHA, 2006).

Para Perri de Carvalho, é necessário flexibilizar o currículo para possibilitar o aprofundamento da aprendizagem sobre assuntos específicos e a viabilização da introdução de disciplinas optativas. Entre estas, estimular o ensino das linguagens básicas (línguas, informática), de novas áreas e propiciar, se necessário, orientações sobre o *aprender a aprender* para os alunos ingressantes (PERRI DE CARVALHO, 2004, 2006).

De pesquisa com depoimentos de pós-graduandos na Faculdade de Odontologia da USP, destacamos o depoimento:

“Em relação às condições que facilitaram o desenvolvimento e aprendizagem do curso, colocaria em primeiro lugar o ambiente de liberdade de expressão e pensamentos que foi percebido desde o primeiro contato” (MASETTO, 1992).

Dentro do contexto de Humanização do Sistema de Saúde (HUMANIZA SUS), por exemplo, percebe-se o quanto a “escuta qualificada”, a capacidade de compreender o complexo jogo de interações entre o profissional e o paciente, podem ser importantes no atendimento em saúde.

Para autores como Silva (2002), o ser humano possui códigos psicossociais (lingüísticos) e psicobiológicos (seu comportamento e expressão não-verbal), a autora argumenta que os pacientes estão atentos e criam vínculos, basicamente, pela maneira como o profissional consegue ser coerente e complementar na sua comunicação verbal e não-verbal.

Nessa direção, Moysés et al (2003) relatam a experiência desenvolvida na PUC-PR, sobre as adequações do Projeto Pedagógico

às *Diretrizes Curriculares Nacionais*, destacando: estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem à realidade social, às políticas sociais e ao SUS e, a contextualização da aprendizagem, problematização, habilidades de negociação, para decisões coletivas e para a participação. Assim, para os autores, construir práticas pedagógicas comprometidas com estes referenciais coloca-se como um desafio para o delineamento de novos projetos pedagógicos humanizados, exigidos pela sociedade contemporânea na área da Odontologia. A humanização de práticas pedagógicas pressupõe a criação de processos educativos socialmente relevantes e a crítica ao modelo de formação mecanicista e de tecnificação da prática profissional, voltada exclusivamente para atender às demandas de mercado. Uma prática educativa humanizada na área da saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora (MOYSÉS, KRIGER, MOYSÉS, 2006).

Em relação à identidade profissional da Odontologia há que se considerar o efeito criador e transformador das práticas acadêmicas nas representações sociais dos alunos. Assim, a partir da ação, principalmente “professoral”, cria-se ou reforça-se um *habitus* profissional e um forte espírito corporativo. A noção de *habitus* nos remete a Bourdieu (1989), numa abordagem que considera o conjunto de valores, normas, regras sociais e modelos culturais dos indivíduos, enfim, as representações sociais. Nessa direção, as práticas profissionais tenderão a considerar o que é mais compatível com a representação social que os alunos/egressos têm da Odontologia.

Matos (2005) discute as representações sociais dos alunos sobre a prática profissional e relaciona-as à cultura e aos valores dispensados

a determinados aspectos da prática odontológica, que influenciam o currículo e são por ele influenciados. Trata-se de um modelo que orienta a formação de atitudes, posturas e práticas. Tais valores podem estar associados às representações que os graduandos fazem da profissão, as quais devem ter motivado a escolha profissional. A autora citada se baseia em Durkheim para afirmar que sendo a consciência coletiva – a dimensão social – que se encontra dentro de cada pessoa e que constrói o real através de certas condições de existência. A autora analisa ainda, estudo longitudinal das mudanças de atitude entre os alunos de Odontologia em relação à profissão, numa universidade em Israel, na década de 79, e relata que os graduandos “tornam-se mais cínicos e menos idealistas, mostrando menor consideração pelos outros conforme vão avançando no curso” (ELI, SHUVAL, 1982). Dito de outra forma, eles vão se tornando mais personalistas, colocando um valor menor na comunicação interpessoal, por exemplo, e maior valor nos seus objetivos pessoais. Ou, segundo suas palavras:

“os estudantes gradualmente passam a interessar-se mais por eles mesmos, seu status pessoal, objetivos e interesses, e a interessar-se menos (...) em entender os sentimentos dos outros, ou em desejar aliviar o sofrimento dos outros” (ELI, SHUVAL, 1982).

Varella et al (2006) opinam que é importante que aluno compreenda e incorpore o pensamento de que a harmonia do relacionamento pessoal entre o profissional e o paciente é pautada principalmente na confiança mútua e que isso é resultado de um relacionamento pautado em princípios éticos e na consolidação da empatia. Os autores afirmam que, com raras exceções, nos cursos de odontologia, há priorização de disciplinas técnicas em detrimento das de cunho humanista e social.

Os autores citados chamam a atenção para outro aspecto:

“não é de se estranhar que existam profissionais qualificados tecnicamente mas com dificuldade de conversar, entender e trabalhar com os anseios e expectativas, nem sempre realizáveis, de um paciente. E é na hipo-compreensão da tríade humanista (formação fundamentalmente técnica, desconhecimento dos fundamentos da psicologia e também de conhecimentos gerais, inclusive noções gerais de ética e direito) que reside a vulnerabilidade que provoca a ocorrência de tantos processos judiciais impetrados contra os cirurgiões-dentistas”.

Em estudo com alunos de cursos de pós-graduação *lato sensu* Cordioli (2006) aponta que o preparo para o desenvolvimento da capacidade de comunicação inter-profissional e também entre o profissional e seus pacientes mostrou uma heterogeneidade de opiniões entre os pesquisados. O autor destaca que os aspectos do relacionamento aparecem em duas perspectivas na fala dos egressos: em 15 citações, a dificuldade foi a “falta de preparo para o relacionamento paciente-profissional” e em cinco citações a “falta de preparo para o relacionamento inter-profissional”, envolvendo os aspectos éticos deste relacionamento em apenas uma delas.

V Considerações Finais

Assim, considerando os diferentes fóruns de discussão e autores que se dedicam ao tema, pode-se notar o quanto é importante que essa competência seja obtida pelo graduado em odontologia. A Comunicação aparece, portanto, como elemento chave na competência clínica do profissional. De seu papel fundamental na formação do aluno pode-se esperar uma influência sobre:

- Capacidade de compreensão do mundo em que vive,
- Capacidade de utilização de recursos na busca de educação permanente,
- Capacidade para o trabalho em equipe,
- Capacidade de comunicar-se com os pacientes no plano individual e coletivo.

Sobre a interferência no Sistema de Saúde, entre outros aspectos, temos que considerar o aumento da resolubilidade da atenção. As principais doenças bucais são moduladas por fatores culturais e por comportamentos humanos. Boa parcela das necessidades de atenção odontológica pode ser reduzida para gerações futuras se mudanças de comportamentos forem introduzidas. Melhorar a capacidade de comunicação pode interferir na adesão ao tratamento, na cooperação para o auto cuidado. Os reflexos no Sistema de Saúde serão ressentidos de forma direta, na possibilidade de redução do quadro de morbidades e de forma indireta, no despreparo de profissionais para promover saúde (MORITA, KRIGER, 2006).

O papel estratégico da Odontologia na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde é resultado do reconhecimento da importância da Saúde Bucal na qualidade de vida das pessoas. O dentista, antes de tudo, tem um papel fundamental na melhoria das condições de saúde da população brasileira (HADDAD, MORITA, 2006).

Desta forma, estabelecer oportunidades de aprendizado para a comunicação individual e coletiva do aluno de odontologia não pode ser considerado como um exercício anexo, mas sim como um aspecto central da competência clínica do profissional. Concluindo, uma comunicação efetiva em saúde pode melhorar a qualidade da atenção

prestada e ao mesmo tempo influenciar o tratamento e o desenvolvimento de doenças.

VI RECOMENDAÇÕES/SUGESTÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMPETÊNCIA COMUNICAÇÃO:

Dada a amplitude do tema, muitas são as oportunidades no curso de odontologia de implementar a competência Comunicação. Sem dúvida, no elenco abaixo de recomendações/sugestões, citamos apenas alguns exemplos que expressam a contribuição dos autores.

6. 1) Criação de oportunidades ao longo do curso para a comunicação com a comunidade em geral, considerando sua relação direta com a implementação da atenção, a promoção da saúde, e o trabalho em equipe;
6. 2) Estímulo para o emprego de metodologias de ensino-aprendizagem considerando a valorização da pesquisa e da leitura discernentes, além de se propiciar a participação dos alunos em problematizações e habilidades de negociação;
6. 3) Estímulo para o desenvolvimento da habilidade social que é assentada no convívio, participação e engajamento;
6. 4) Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem uma vez que essa estratégia é indispensável para propiciar a ampliação das oportunidades de comunicação;
6. 5) Participação dos professores das disciplinas da área de humanidades nos espaços de antecipação das atividades clínicas, pois o ensino de Odontologia no formato tradicional tende a supervalorizar o ensino das técnicas, diminuindo a sensibilidade humanística e social do profissional. As possibilidades de trabalho multiprofissional

e envolvendo alunos de outras áreas de conhecimento, como por exemplo, a psicologia e serviço social, podem colaborar para diminuir a tendência tecnicista e facilitar a comunicação;

6. 6) Estímulo ao trabalho em grupo, o desenvolvimento da capacidade de entender a diversidade e o conflito de idéias, a aceitação do outro, uma vez que o “aprender a ser” e o “aprender a conviver” são requisitos fundamentais para o “aprender a aprender”.
6. 7) Criação de oportunidades para se trabalhar a habilidade do aprender a ouvir, a escuta qualificada e o acolhimento;
6. 8) Utilização dos espaços de triagem como cenário de aprendizagem que deve ser mais explorado pelos cursos de odontologia, pois permite uma visão global do paciente, de sua situação socioeconômica, sendo também o primeiro lugar de acolhimento deste. Esse acolhimento precisa ser mantido durante todo o tratamento, adotando-se escala de alunos para tal fim.
6. 9) Utilização de Planos de Tratamento, com base na legislação, na Bioética, Ética Profissional e no exercício das atividades clínicas;
6. 10) Adoção de relatórios de aulas e de ações, redigidos pelos alunos;
6. 11) Estímulo a avaliações escritas;
6. 12) Estímulo e orientação para leitura crítica da literatura científica e da mídia impressa;
6. 13) A inserção do ensino de idiomas deve estar no contexto do projeto do curso, mantendo o princípio da interdisciplinaridade.

Referências:

AZANHA, J.M.P. *A formação do professor e outros escritos*. São Paulo: Ed. SENAC, 2004.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. São Paulo: Bertrand do Brasil, p.59-73, 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10

CORDIOLI, O.F.G. *O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional*. 2006. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina. UNIFESP, São Paulo.

DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC. 1999. 288 p.

ELI, I.; SHUVAL, J.T. Professional socialization in dentistry : a longitudinal study of attitude changes among dental students toward the dental profession. *Social Science and Medicine*, n. 16, p. 951-955, 1982.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C. O Ensino da Odontologia e as Políticas de Saúde e de Educação In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MATOS, I.B. *Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia*. 2005. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

MASETTO, M.T. *Aulas vivas: tese (e prática) de livre docência*. São Paulo: MG Editores Associados Ltda. 1992. 104p.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S.M.; KRIGER, L; MOYSÉS, S.J; SCHMITT, E.J. Humanizando a educação em odontologia. *Rev. ABENO*, v. 3, n.1, p. 58-64, 2003.

MOYSES, S.M.; KRIGER, L; MOYSÉS, S.J. A humanização como conceito-experiência para a odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. Cap. 23.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Formação do cirurgião dentista: ensino e profissionalização. São Paulo: *Nupes/USP*, 1996. Série documentos de trabalho, n.04.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Planejamento do curso de graduação de odontologia. *Rev ABENO*, v. 4, n. 1, p. 13. 2004.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. Cap. 6.

PLASSCHAERT, A.J.M.; HOLBROOK, W.P.; DELAP, E.; MARTINEZ, C.; WALMSLEY, A.D. Profile and competences for the european dentist. *Eur J Dent Educ*, v. 9, p. 98-107, 2005.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde *Bioética*, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

UCHIDA, D.; CETRON, M.J.; MCKENZIE, F. What students must know to succeed in the 21st century. American Association of School Administrators, *Futurist Bookstore*, July-August, 1996. Disponível em <http://www.grossmont.net/musgrave2/teach/students.htm>. Acesso em 30/06/2007.

UNESCO. *Conferência Mundial sobre Ensino Superior*, UNESCO, Paris, 1998.

VARELLA, M.A.; TAMOTO, M.; JUNQUEIRA, C.R. Relacionamento professor/aluno/paciente e documentação odontológica. *In*: PERRI DE CARVALHO, A.C.; Kriger, L. *Educação Odontológica*. Cap. 17. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Educational imperatives for oral health personnel: change or decay. Geneva, 1990. *Technical Report Series*, n. 794.

8.4 COMPETÊNCIAS LIDERANÇA, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

As Competências Gerais das DCN se inter-relacionam, sendo difícil abordá-las separadamente. Um esforço didático foi feito para permitir que a abordagem e as sugestões fossem mais específicas, tratando em quatro capítulos cada uma das competências: Atenção à Saúde, Tomada de decisões, Comunicação e Educação Permanente.

Neste capítulo, para facilitar o desenvolvimento, do tema, foram integradas as competências Liderança e Administração e Gerenciamento.

I As Competências Liderança, Administração e Gerenciamento como Nós Críticos:

As competências Liderança e Administração e Gestão foram as que mereceram os maiores reparos dos participantes das Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. A maioria dos docentes e discentes concordou que ambas as competências não tem sido atingidas, destacando principalmente a dificuldade incorporá-las na estrutura curricular do curso. Do conjunto de nós críticos apontados para a implementação destaca-se: “Falta de integração das áreas”, “Falta de envolvimento dos docentes no processo ensino-aprendizagem”, “Formação prioritariamente técnica”, “Despreparo dos professores, na sua maioria especialista, para a formação do profissional generalista”, “Dificuldade do corpo docente para desenvolver as competências de liderança, administração e gerenciamento”, “pouco interesse que tais assuntos despertam”, “Não há igualdade na valorização dos conteúdos” “Falta de integração com outras áreas da saúde”.

II A Competência Liderança, Administração e Gerenciamento nas DCN

O artigo 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais estabelece como competências e habilidades gerais:

IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem 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 tomar iniciativas, 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 empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

Nas competências e habilidades específicas para a formação do Cirurgião Dentista, art. 5º, as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam:

IV. reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V. exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

XIII. aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais ade-

quadras para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;

XIX. buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;

XXI. estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;

XXII. reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;

XXVIII. trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;

XIX. planejar e administrar serviços de saúde comunitária;

XXX. acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

III As Competências Liderança, Administração e Gerenciamento: Contextualização

Quando definem a competência Liderança como aptidão do profissional para assumir posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional pensando sempre no bem estar da comunidade, as Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam para a necessidade de um trabalho integrado desde o início do curso, envolvendo todas áreas do conhecimento.

A compreensão de que a equipe de saúde, é mais eficiente do que a somatória da ação de cada categoria profissional faz parte de diversos estudos internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988 e 1990). A liderança precisa ser desenvolvida não apenas no que concerne aos profissionais da área que compõem as equipes de saúde bucal (THD e ACD), como também na equipe

multiprofissional, quando, na tomada de decisões, a odontologia assumir papel relevante na solução dos problemas de saúde da população. Esses conceitos deixam transparecer a articulação em rede de relações das competências gerais. Só poderá assumir a liderança o profissional competente na **atenção à saúde**, seguro na **tomada de decisões**, capaz de **comunicar-se** com clareza com os outros profissionais e pacientes. A inserção da competência liderança nas DCN também se constitui em um esforço para atender um dos princípios fundamentais do SUS, o da integralidade da atenção.

A necessidade de preparação para administração e gerenciamento, aparece como essencial tanto para o exercício da profissão no setor privado quanto para responder às demandas de competência de gestão do sistema de saúde.

IV A abrangência das competências Liderança, Administração e Gerenciamento

Como as Diretrizes Curriculares Nacionais ressaltam, a liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Entre as várias definições de liderança, ela representa uma forma de dominação baseada no prestígio pessoal e aceita pelos dirigidos ou a capacidade de liderar com espírito de chefia (FERREIRA, 1980). Nesta mesma linha de raciocínio, o líder é o indivíduo que chefia, comanda e/ou orienta em qualquer tipo de ação, empresa ou linha de idéias.

Mesmo reconhecendo que a liderança é inata em algumas pessoas e que é muito difícil, principalmente na área da saúde, a formação de líderes é imperiosa no atual momento da prática clínica e da

saúde coletiva. A formação de um profissional capacitado para lidar com as novas demandas do mercado de trabalho, principalmente a gestão de pessoas e recursos financeiros, passa a ser um novo desafio para as instituições de ensino do país.

Compromisso, responsabilidade e empatia não são conteúdos que possam ser ministrados em uma única disciplina ou em um grupo de disciplinas ou programas de aprendizagem. Eles dependem de um trabalho integrado que deve ser iniciado no primeiro dia letivo, merecendo ênfase e cobrança em todo desenvolvimento curricular, representando uma meta a ser atingida ao final do curso por todos os graduandos. O primeiro compromisso do aluno é consigo mesmo e com sua família, seguindo-se o compromisso com a turma, a instituição, os pacientes e a comunidade.

A responsabilidade é um atributo que precisa ser reforçado ao longo de todo o período de estudos, exigindo um esforço conjunto de todo o corpo docente, que deve trabalhar integrado e em harmonia, estabelecendo critérios de avaliação e cobrança compatíveis com a responsabilidade acadêmica. A responsabilidade social deve ser enfatizada e vivenciada em todas as áreas.

Do mesmo modo, a empatia dos alunos, deve ser trabalhada em todos os momentos do curso, devendo ser um dos pilares da avaliação acadêmica, principalmente nas atividades clínicas e nos trabalhos extramuros, nos contatos com a comunidade.

As relações profissional-profissional e profissional-paciente são nós críticos que devem merecer especial atenção no processo de formação acadêmica. A começar pela mudança de comportamento do paciente, muito mais exigente do que anos atrás, mais consciente de seu direito à saúde. Ele quer ser tratado corretamente, podendo aceitar em tese o atendimento massificado, mas não quer abrir mão

de ser atendido dentro de suas necessidades individuais.

No futuro, os serviços de saúde receberão usuários ainda mais exigentes. Contudo, os profissionais que estamos formando não aprendem conceitos de relações humanas e os conteúdos de sociologia e antropologia são pouco valorizados (LOTTEMBERG, 2007). Os estudantes de odontologia precisam começar a entender que trabalham com seres humanos, que vem para as consultas repletos de história, costume e crenças e a empatia desempenha um papel fundamental no relacionamento, pois ela conceitualmente é “a tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa” (FERREIRA, 1980).

A habilidade para a tomada de decisões exige por parte do profissional, além do conhecimento técnico, a capacidade de liderar um processo de trabalho que em várias oportunidades tem que ser compartilhado com profissionais da área e mesmo de outras áreas. Tal processo exige uma escuta qualificada e uma comunicação hábil e eficiente, para que a atenção à saúde seja efetiva e eficaz.

Deve ficar claro que informação e comunicação não são a mesma coisa. A informação é objetiva e fria. A comunicação é qualitativa e empírica, é pessoal. Um terminal de computador pode transmitir informações, mas só as pessoas podem se comunicar. Para que a comunicação seja eficaz o emissor e o receptor precisam estar em sincronia, no mesmo comprimento de onda (MCKENNA, 1992).

No trabalho em equipes multiprofissionais, em especial, na Estratégia da Saúde da Família, a formação de líderes é fundamental, porque existe uma alternância de poder na direção das equipes. O mesmo ocorre na administração dos serviços de saúde coletiva, onde profissionais da Odontologia tem ocupado posições de chefia em vários municípios brasileiros. A necessidade de se introduzir no

mercado de trabalho, nem sempre permite ao recém formado a realização de uma especialização na área, tendo que enfrentar, na maioria das vezes, o desafio de administrar um serviço de saúde ou uma equipe da ESF com os conhecimentos adquiridos na graduação.

Em resumo, a liderança é algo que precisa ser trabalhado em conjunto pelo corpo docente, em todos os momentos do curso, não devendo ficar limitada a conteúdos específicos de uma ou outra disciplina. Ela representa uma mudança de comportamento fundamental para o profissional que encontrará um mercado de trabalho cada vez mais exigente e competitivo.

Os temas administração e gerenciamento são muito pouco desenvolvidos nos cursos de Odontologia do país. Poucas instituições de ensino abordam as questões administrativas, de gerenciamento e de marketing com a profundidade que o momento histórico vivido pela profissão exige. A maioria das estruturas curriculares dá ênfase à orientação profissional, cujo conteúdo privilegia o arcabouço físico do consultório, noções de ergonomia e algumas orientações fiscais e tributárias, passando ao largo do que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais na competência referida. O empreendedorismo e a gestão não podem ser tratados adequadamente já que a carga horária destinada aos conteúdos da área é bastante limitada.

Nesse sentido, a integração ensino serviço e a realização de estágios em diferentes instâncias do SUS, são oportunidades essenciais de aprendizado. Por exemplo, setores de controle e avaliação do Sistema serão de grande valia na compreensão de custo-efetividade de procedimentos da assistência. A participação em Conselhos de Saúde, além de ampliar o entendimento do Sistema (MORITA, KRIGER, 2006) também será importante na compreensão da gestão dos serviços de saúde.

O trabalho cooperativo constitui o objeto da administração que serve para torná-lo mais produtivo, isto é, realizável com um mínimo de energia humana e de tempo, para concretizar ao máximo os interesses dos empreendimentos sociais.

A administração envolve a atividade própria de pessoas que dirigem e coordenam o trabalho com propósitos específicos sendo um processo de ação que consiste em planejar, decidir, comunicar, controlar e fazer funcionar vantajosamente uma organização. A administração está associada ao planejamento de ação e liderança de comportamento (FARIA, 1979). Esse conceito mostra os cursos de graduação em Odontologia ainda precisam evoluir consideravelmente para que os temas administração e gerenciamento possam ser desenvolvidos adequadamente. A própria administração de um consultório privado, que hoje em dia precisa ser encarado como uma micro-empresa, necessita de um melhor preparo do recém egresso, que se depara com questões muito mais complexas que as vividas pelos profissionais formados anteriormente.

O relacionamento com as empresas de convênio e credenciamento, com os planos de saúde e com os pacientes, exigem do profissional da Odontologia um conhecimento organizacional, cujos conteúdos precisam ser incluídos na estrutura curricular da graduação e também da pós-graduação.

Para Ribeiro (2001), administrar é tarefa fácil. Basicamente em Odontologia pode ser traduzida em organizar e estabelecer prioridades. Através da organização chega-se à racionalização do trabalho. O aumento de eficiência e produtividade diminuem os custos e por consequência beneficiam o paciente. Administrar é acompanhar e estar em dia com a evolução da sociedade como um todo.

Agregação de valor é um termo que vem sendo muito usado

quando se fala em melhoria de serviço ao consumidor. E na saúde não é diferente. A gestão de saúde, que surgiu no início do século nos Estados, começa hoje a ser uma preocupação em todo o mundo, pela elevação dos gastos de setor e a diminuição de renda da população na maioria dos países. A qualidade do atendimento deixou de ser considerada apenas pelo aspecto técnico, mas ganhou novos contornos com a incorporação da humanização, da escuta qualificada e da preocupação com a qualidade de vida da população.

Gerir saúde envolve a análise das necessidades do paciente e dos diferentes insumos que, à luz da qualidade, possam agregar real valor a uma melhor prática assistencial. A gestão é a raiz e um dos frutos de sua dinâmica é a sustentabilidade em razão da maior eficiência na utilização dos recursos (LOTTEMBERG, 2007).

A abordagem didática destes assuntos é complexa e esbarra no pouco domínio que o corpo docente tem sobre essas questões. A superação deste nó crítico deve começar com o entendimento de que a saúde bucal deve ser vista de uma maneira ampliada. A nossa perspectiva deve ser para um planejamento a médio e longo prazo, pois estamos formando profissionais que atuarão nos próximos 30 ou 40 anos. Entender a transformação das profissões de saúde nas próximas décadas vai permitir a mudança de uma abordagem majoritariamente técnica, para outra mais abrangente, em que os conteúdos de outras áreas do conhecimento, como a administração e o gerenciamento, serão valorizados.

Outro aspecto que deve ser bem trabalhado nos cursos de graduação é a gestão do pessoal. Esta é uma área que pode causar muita tensão, refletindo na qualidade do trabalho, sendo facilmente percebida tanto pelos pacientes da clínica privada como pelos usuários

dos serviços públicos. Não podemos esquecer que a prática clínica, tanto a nível individual como coletiva, depende totalmente do pessoal envolvido, já que a Odontologia é uma profissão que exige um trabalho manual intenso. Um ambiente de trabalho mal estruturado é um grande potencializador de estresse para toda a equipe (LEWIS, 1991). Enfatizar as relações humanas desde os primeiros momentos do curso pode contribuir para um melhor entendimento da questão.

Os últimos anos têm sido dominados pela intensa busca do marketing, tanto pessoal como organizacional. A proliferação de palestras e cursos de atualização tem comprovado isto. E a Universidade não pode ficar alheia a isto na formação de seus egressos. A tecnologia está transformando as escolhas e as escolhas estão transformando o mercado. Com isso, está surgindo um novo paradigma de marketing. Não um marketing do “apareça mais” ou “faça mais”, mas um marketing baseado na experiência e no conhecimento, adaptados as necessidades do paciente.

No marketing de relacionamento a maior dificuldade é das pessoas concorrerem com elas mesmas de várias maneiras. Quando subestimam suas próprias idéias, porque nunca foram testadas. Quando desenvolvem um ar de onipotência e acreditam que são infalíveis. Quando não estão dispostas a ouvir, quando não estão dispostas a mudar, quando não estão dispostas a mudar, quando não estão dispostas a experimentar (MCKENNA, 1992).

As Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam, entre outras habilidades, que os profissionais devem estar aptos a serem empreendedores. Isto significa capacitá-los a trabalhar com gestão de recursos humanos e financeiros, gerenciamento de dados, marketing e planejamento estratégico. Além da progressiva ampliação do exercício da

profissão no setor público, o que exige empreendedorismo na busca de soluções para os problemas de saúde da comunidade, no setor privado, a formação de micro empresas de saúde bucal ou a simples associação de profissionais, é uma realidade cada vez mais presente.

É papel da Universidade ensinar aos seus alunos o caminho do empreendedorismo, auxiliando-os a entender as necessidades de saúde da população e do mercado de trabalho, saber trabalhar com custos, criando uma cultura empreendedora, tanto para a prática privada como para o serviço público.

O profissional deve aprender a agir de forma empreendedora, isto é, agir com flexibilidade, criatividade, liderança e ter atitudes e comportamentos éticos para lidar com os conflitos e com os obstáculos. Trata-se de um indivíduo que organiza, opera, planeja, gerencia e assume riscos associados ao seu sonho, visando à concretização de uma oportunidade. Os empreendedores não são necessariamente indivíduos que abrem uma empresa, mas sim que empreendem a si mesmos, exercendo suas funções onde quer que estejam (CHAVES, 2004).

V Considerações Finais

A superação dos nós críticos para que as Competências Liderança, Administração e Gerenciamento possam ser alcançadas vai exigir uma mudança de conduta dos dirigentes, coordenadores e corpo docente das instituições de ensino. A valorização de conteúdos das Ciências Sociais, a integração da estrutura curricular e a preparação dos professores são algumas das medidas que precisam ser tomadas.

Quando analisa a sociedade pós-capitalista, Drucker (1993), afirma:

“na sociedade do conhecimento os indivíduos são fundamentais, porque o conhecimento está sempre incorporado a uma pessoa, é transportado por uma pessoa, é criado, ampliado ou aperfeiçoado por uma pessoa, é aplicado, ensinado e transmitido por uma pessoa e é usado, bem ou mal, por uma pessoa. Portanto, a passagem para a sociedade do conhecimento coloca a pessoa no centro. Ao fazê-lo, ela levanta novos desafios, novas questões e novas perguntas, sem precedentes, a respeito do representante da sociedade do conhecimento, a pessoa instruída”.

A mudança de um modelo mecanicista e biologicista para um modelo de valorização da integralidade da atenção não é uma tarefa fácil, mas não pode mais ser ignorada por nossas instituições de ensino. A análise detalhada dos conteúdos, a mudança da estrutura curricular e uma nova visão sobre o perfil do profissional que pretendemos formar, são medidas urgentes para que o passado não seja o norteador de nossa formação, para uma sociedade cada vez mais exigente e competitiva.

VI Recomendações/Sugestões para Implementação das competências Liderança, Administração e Gerenciamento:

6. 1) Incorporação de conceitos e práticas de relações humanas desde o primeiro período do curso.
6. 2) Valorização dos conteúdos de sociologia e antropologia.
6. 3) Estimulo a trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais com a equipe de saúde bucal, THD e ACD, e com os demais profissionais da equipe de saúde.
6. 4) Utilização de diferentes instâncias dos serviços de saúde como cenários de prática.

6. 5) Oportunizar aos alunos vivências práticas em ambientes empreendedores.
6. 6) Inclusão dos conteúdos de administração, gerenciamento e empreendedorismo ao longo do curso bem como capacitação do corpo docente para desenvolvimento do tema.
6. 7) Realização de seminários integrados.

Referências:

CHAVES, T. A. (org.) *Fonoaudiologia empreendedora*. Belo Horizonte. FEAD, 2004

DRUCKER, P. *Sociedade pós-capitalista*. São Paulo. Pioneira, 1993.

FARIA, N.M. *Introdução à Administração*. Curitiba: Ed. UFPR, 1979.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1980.

LEWIS, J.L. *Gestion Profesional de la consulta dental*. Barcelona: Salvat, 1991

LOTTEMBERG, C. *A Saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007

MCKENNA, R. *Marketing de relacionamento-estratégias bem sucedidas para a era do cliente*. Rio de Janeiro. Campus, 1992.

MORITA, M.C; KRIGER, L. A relação ensino serviços de odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. Cap. 13.

RIBEIRO, A.I. *Marketing Odontológico - a arte de encantar clientes*. Curitiba: Editor Maio, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Learning Together to Work Together for Health. Geneva, 1988. *Technical Report Series*, n. 769.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Educational imperatives for oral health personnel: change or decay. Geneva, 1990. *Technical Report Series*, n. 794.

8.5 COMPETÊNCIA EDUCAÇÃO PERMANENTE

I. A Competência Educação Permanente como Nó Crítico:

Entre os aspectos apontados como “nós críticos” pelos participantes das oficinas para o desenvolvimento desta competência destacamos: “Dificuldades dos docentes para atualização e para aceitação do processo de mudança”, “Dificuldades para adotar novas tecnologias no processo de ensino-aprendizagem”, “Dificuldades para estabelecimento de limites entre os cursos de graduação, de atualização e de níveis de pós-graduação”, “Valorização da pós-graduação em detrimento da graduação”.

Como é possível notar, o tema tem grande alcance no desenvolvimento curricular e na maneira como ensino se dá. Deste modo, o ensaio a seguir pretende contribuir para esse debate.

II A Competência Educação Permanente nas DCN

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia, em seu Art. 4º, definem entre as competências e habilidades gerais:

“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 sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais”.

A competência Educação Permanente tem portanto, seus

fundamentos nos pilares da educação pois se baseia na necessidade do aprender constante e contínuo. Assume a obsolescência do conhecimento e deixa transparecer que a graduação em Odontologia não é um processo terminal, mas representa apenas o início do aprendizado profissional, que deverá seguir o egresso por toda sua vida.

III A Competência Educação Permanente: Contextualização

Na Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990, foram definidos quatro pilares da educação, que deveriam ser a meta para o desenvolvimento educacional em todos os países signatários de seus documentos. Esses pilares são: "Aprender a conhecer", "Aprender a fazer" "Aprender a viver com os outros" "Aprender a ser". O "Relatório Delors" (DELORS, 1999), apresentado pela Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, reafirma os quatro pilares da educação contemporânea.

Entre os documentos que embasaram as DCN (BRASIL, 2001), a Declaração da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da UNESCO em Paris, em 1998, evidencia como habilidade importante para o profissional universitário do século XXI: "*Preparar-se para estudar durante toda a vida*".

Em momentos próximos à definição das DCN, em estudo sobre a formação do cirurgião dentista no Brasil e atendendo a recomendação de se trabalhar a habilidade apresentada pela Organização Mundial de Saúde "*para identificar as potencialidades do processo ensino-aprendizagem e aprender como aprender e a discussão com os alunos sobre o projeto pedagógico do curso*", Perri de Carvalho, em 1996, aponta como habilidades importantes para o cenário atual: espírito crítico e aberto a novas informações; participação em

educação continuada como obrigação profissional; adaptabilidade e flexibilidade num mundo em rápida mudança. O autor chama atenção para a formação que vislumbra o futuro, com um raciocínio lógico e análise crítica, e que o profissional assim formado cuidará de seu crescimento pessoal buscando novas habilidades tais como: o uso de computadores, habilidades efetivas de acesso e processamento de informações, capacidade de fazer pesquisa e interpretar e aplicar dados, estabelecer e avaliar metas de aprendizagem e de trabalho para toda a vida, capacidade de autodisciplina, de adaptabilidade e flexibilidade. O curso de graduação oferecerá, como condições de enriquecimento do aprendizado, disciplinas optativas, monitorias, cursos de aperfeiçoamento, palestras com professores visitantes, jornadas, iniciação científica, etc. Além do curso de graduação oferecerá cursos de educação continuada, estágio em serviços especializados, assessoria pedagógica, e outras modalidades.

À mesma época, entre as várias habilidades consideradas importantes para terem êxito no século XXI, Uchida et al. (1996) destacam “a leitura discernente e habilidades de compreensão” e ainda, “abertura para a diversidade e para a necessidade de uma perspectiva internacional”.

No plano Internacional, a preocupação com a Educação Permanente também aparece em documento sobre as Competências para o novo Cirurgião Dentista nos EUA (ADEA, 2004) e na Europa: “estar preparado para o aprendizado ao longo da vida e contínuo desenvolvimento profissional (PLASSCHAERT, 2005).

IV A abrangência da competência Educação Permanente

A competência da educação permanente é bastante abrangente, envolvendo desde o processo de ensino-aprendizagem ao longo do curso de graduação e a interação entre os vários níveis de ensino na

instituição formada, incluindo o preparo para vida profissional e os desdobramentos ao longo do exercício da profissão.

Em uma compreensão ampliada, a Educação Permanente pode incorporar processos de atualização de conhecimentos, mas não se reduz a isso. Na área da saúde, é tão essencial que constitui uma importante estratégia de ação. De acordo com a Portaria nº 198/GM/MS - 13/02/2004, a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde (...) entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Mais recentemente, O Pacto de Gestão (Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), que revisa a portaria 198, dá Diretrizes para o Trabalho da Educação na Saúde:

“Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho”.

Assim a reflexão sobre a competência Educação Permanente reforça mais uma vez a necessidade de aproximação das IES com a sociedade, a ampliação de seus compromissos sociais. Exige uma nova concepção de atuação de todos os envolvidos, a compressão de que seus limites estão além da educação tradicional. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares vão apontar para o ensino centrado no desenvolvimento de competências e habilidades, contextualizado e formador de cidadão.

Em análise da utilização do termo competência na legislação

educacional, Carvalho (2006) se reporta à instituição pelo INEP, para a educação superior, do Exame Nacional de Curso, mais conhecido como “Provão”, aplicado até 2003. Seu objetivo era avaliar os cursos de graduação no que tange aos resultados do processo de ensino-aprendizagem. As provas eram elaboradas levando-se em consideração, entre outros fatores, o perfil desejado para o graduando, as competências e habilidades que deveriam ter sido desenvolvidas durante o curso e os conteúdos essenciais à formação do aluno.

No ano de 2003 essa forma de avaliação foi substituída pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, como parte integrante do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. O ENADE tem o objetivo de

“ aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento”.

A autora citada (CARVALHO, 2006) ao se referir aos conceitos acima mencionados de competência, habilidade e processo de ensino/aprendizagem, destaca que não se pode deixar de mencionar o novo papel do professor. Isso significa que, na prática, é preciso que os alunos descubram seus próprios caminhos para aprenderem determinado conteúdo e o professor passa a ser um facilitador do desenvolvimento das competências e das habilidades pelos alunos e não mais a única fonte de saber dos conteúdos que o aluno deve assimilar passivamente. O educador deixa de ser a fonte do conhecimento e o que ensina, para

se tornar aquele que ajuda o aluno a aprender. Esse deve ser um trabalho de mão dupla no processo ensino/aprendizagem.

Nos resultados do Questionário preenchidos pelos alunos ingressantes e concluintes no ENADE 2004 (FERNANDES NETO et al., 2006), obteve-se alguns dados relacionados com a competência de Educação Permanente. São hábitos e atitudes que precisam ser estimulados ao longo do processo ensino-aprendizagem desde o curso de graduação como leitura em outros idiomas, acesso a informações, à mídia e à internet, a procura e a utilização de bibliografia, a dedicação ao estudo e atividades como atuações extensionistas, monitorias e estágios. Causa preocupação verificar que entre ingressantes e concluintes dos cursos de odontologia, a frequência de utilização de biblioteca diminuiu drasticamente (de 49% para 23% de uso muito freqüente), o uso da televisão como meio de atualização aumenta (64% para 71%) e o perfil de ingressantes e concluintes no que concerne ao domínio de línguas estrangeiras, permanece pouco expressivo (33%).

Sem dúvida, a educação do cirurgião dentista passa por profundas alterações. Cardoso (2007) analisa a formação do cirurgião dentista no contexto do século XXI, destacando que deve ser preparado para fazer e refazer soluções, o que se insere dentro das premissas da educação permanente.

Um fato que não pode ser ignorado nesses estudos e planejamentos acadêmicos é o desenvolvimento da educação à distância e “*on line*”, analisando-se a pertinência do que Moran³ destaca com a organização de atividades inovadoras na sala de aula, no laboratório e na clínica com acesso à *Internet*, integradas com atividades à distância e as de inserção profissional e experimental (PERRI DE CARVALHO, 2006), onde se inclui a educação continuada inclusive com cursos em nível de pós-graduação.

Fontanella et al. (2007) comentam que “*o cirurgião dentista interessado em pesquisa, saúde pública, ensino ou prática clínica deve estar apto a utilizá-las para o seu desenvolvimento pessoal e profissional*” e destacam que as tecnologias de informação e comunicação (TIC) constituem ferramentas de crescente importância e propiciam o uso de novas mídias educacionais, e que o uso de Internet favorece o acompanhamento de cursos de educação continuada.

A nova visão para a formação permanente do cirurgião dentista também é comentada por Carvalho e Lage-Marques (2007), apontando que esta é potencializada pela utilização de várias mídias e que as perspectivas quanto à maneira de ensinar precisam ser pensadas, principalmente após o advento da internet e de novas tecnologias que dão notável impulso à educação à distância.

A universidade deve propiciar educação permanente, contribuindo deste modo para a consolidação da cidadania democrática. Sua atuação para o enfrentamento dos problemas que afetam o bem estar das comunidades onde atua, pressupõe o fomento à inovação e a transdisciplinaridade, através da defesa e difusão de valores humanistas na formação profissional (MOYSÉS, MOYSÉS, KRIGER, 2003).

V Considerações Finais

O desenvolvimento dessa competência ao longo do curso de graduação em odontologia, de forma a considerá-lo como o início da formação profissional é estratégia fundamental para produzir impacto na eficácia do Sistema de Saúde. O compromisso das instituições de ensino deve transcender o momento formativo inicial, expandir-se na difusão da cultura de exploração das novas possibilidades de auto-aprendizagem. Também deverá aumentar a sintonia com o mundo do trabalho, produzir ações necessárias para transformar as práticas institucionais,

para melhorar a qualidade da atenção à saúde proporcionada.

Assim, a educação permanente tem papel indispensável na preparação de profissionais de saúde. Em especial, para a atuação no âmbito da Saúde Coletiva e do PSF, pois muitos dos profissionais em atuação no PSF foram formados segundo o modelo educacional flexneriano, e não apresentam um perfil adequado para atuar no modelo do SUS. Para Haddad e Morita (2006) isso exige uma mudança na lógica do sistema formador na área da saúde, concomitante à preocupação com a educação permanente, que passa a ocupar um lugar de destaque, uma vez completada a educação formal.

VI RECOMENDAÇÕES/SUGESTÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMPETÊNCIA EDUCAÇÃO PERMANENTE:

Muitas são os exemplos de ações que podem atuar como oportunidades no desenvolvimento da competência educação permanente. Apresentamos a seguir alguns exemplos, sem nenhuma pretensão de exaustão do tema, para contribuir na reflexão e no debate.

6. 1) Estímulo do uso de recursos de biblioteca e de informática ao longo do curso.
6. 2) Orientação para a leitura crítica de artigos científicos; evitando o uso de apostilas, de duplicação de aulas; incentivar pelo menos a leitura em nível de compreensão de outros idiomas.
6. 3) Estímulo à iniciação científica como forma de introdução do aluno em formas de produção de conhecimento; promover o desenvolvimento de pesquisas/ensino nos problemas de saúde mais prevalentes da população e a

realização nas IES de eventos científicos com a participação de alunos.

- 6.4) Implementação de atividades complementares e espaços extra-classe no curso de graduação.
- 6.5) Emprego de Metodologias ativas de ensino aprendizagem; capacitação do corpo docente para um novo papel na função docente, como facilitador da aprendizagem do aluno e orientador de atividades.

Referências:

AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for The New Dentist. *J Dent Educ*, v. 68, n .7, p. 742-744, 2004.

BRASIL. INEP/MEC. *Relatório síntese do exame nacional de cursos – odontologia*, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1.300/2001 de 06 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 2001. Seção 1, p.25.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 198/GM/MS - 13/02/2004*. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 30/07/2007. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 30/07/2007.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 30/07/2007.

CARVALHO, C.M.R. Competência na legislação Educacional. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. Cap. 3. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CARVALHO, E.M.O; LAGE-MARQUES, J.L. Internet – um recurso didático. *Rev. ABENO*, v. 7, n. 1, p. 63-67, 2007.

DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC. 1999. 288 p.

FERNANDES NETO, A.J.; PERRI DE CARVALHO, A.C.; MORITA, M.C; KRIGER, L.; TOLEDO, O.A. A Trajetória dos cursos de odontologia no Brasil. In: HADDAD, A. E. (Org.) *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991-2004*. Brasília: INEP/MEC, 2006. p. 381-409.

FONTANELLA, V.; SCHARDOSIM, M.; LARA, M.C. Tecnologias de informação e comunicação no ensino da odontologia. *Rev. ABENO*, v. 7, n. 1, p. 76-81, 2007.

HADDAD, A.E; MORITA, M.C. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: PERRI DE CARVALHO, A.C; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. Cap. 11. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORAN, J.M. Propostas de mudança nos cursos presenciais com a educação *on line*. *Rev. ABENO*, v. 5, n. 1, p. 40-45, 2005.

MOYSÉS, S.T; MOYSÉS, S. J; KRIGER, L. Humanizando a educação em Odontologia. *Rev. ABENO*, v. 3, n.1 , p. 58-64, 2003.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Formação do cirurgião dentista. Ensino e profissionalização. São Paulo: Nupes/USP, 1996. Série documentos de trabalho, n. 4.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. *Rev ABENO*, v. 4, n. 1, p. 13, 2004.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, AC; KRIGER,L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. Cap. 6.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Ensino de pós-graduação *lato sensu*. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. *Educação Odontológica*. Cap. 19. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

PLASSCHAERT, A.J.M.; HOLBROOK, W.P.; DELAP, E.; MARTINEZ, C.; WALMSLEY, A.D. Profile and Competencies for the European Dentist. *Eur J Dent Educ*, 2005; 9: 98-107.

UCHIDA, D.; CETRON, M.J; MCKENZIE, F. What students must know to succeed in the 21st century. American Association of School Administrators, *Futurist Bookstore*, July-August, 1996. Disponível em <http://www.grossmont.net/musgrave2/teach/students.htm>. Acesso em 30/06/2007.

UNESCO. *Conferência Mundial sobre Ensino Superior*, UNESCO, Paris, 1998.



9 Outro espaço Para debate: seminário

“Políticas públicas para educação e saúde em odontologia”

Com a preocupação de ampliar a discussão sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais envolvendo experiências de gestores de nível estadual e municipal, além de setores não governamentais atuantes na área da saúde, o Seminário “Políticas Públicas para Educação e Saúde em Odontologia” foi realizado no Núcleo de Pesquisas sobre Políticas Públicas da USP, em São Paulo.

O Seminário foi promovido pela ABENO, com apoio do Acordo ABENO/OPAS/MS e do apoio do NUPPS da USP. Pela significação do mesmo e estreito relacionamento com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, a programação é apresentada na presente publicação.

Dia: 27 de abril de 2006;

Horário: das 9h30 às 12 horas e das 14h00 às 16h00.

Local: Auditório das Colméias, USP.

Temas e apresentadores:

- 1) Integralidade na atenção de saúde e interdisciplinaridade nas Diretrizes Curriculares Nacionais - Antonio Cesar Perri

de Carvalho (ex-Pró-Reitor e ex-docente da UNESP; pesquisador adjunto do NUPES; presidente da ABENO, Brasília).

- 2) Perfil profissional para o Programa de Saúde da Família - Léo Kriger (ex-diretor da Escola de Saúde Pública, ex-coordenador do Pólo Estadual de Capacitação de Profissionais para o Saúde da Família, Paraná; docente da PUC-PR; presidente da Comissão de Ensino da ABENO).
- 3) Perfil profissional para o SUS - Maria Celeste Morita (docente da UEL, Paraná; sanitarista; ex-coordenadora do Curso de Odontologia da UNOPAR, ex-coordenadora do curso de Odontologia da UEL, Londrina; 1ª Secretária da ABENO).
- 4) Terceiro setor como integrador entre o poder público e a comunidade - Fábio Rosa Bibancos (docente da Faculdade de Odontologia Leopoldo Mandic, Campinas; CD especialista em São Paulo, idealizador do “Adote um Sorriso”).

Debatedores:

- José Galba de Menezes (Secretário Executivo da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e ex-Coordenador de Saúde Bucal da mesma Secretaria; docente da UNIFOR);
- Francisco Avelar Bastos (ex-secretário de Saúde de Cachoeira do Sul; diretor da Faculdade de Odontologia de Cachoeira do Sul, ULBRA);
- Maria Ercília Araújo (Professora Livre Docente, Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo).

Coordenador:

- Reinaldo Brito e Dias (Professor Titular, Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo).

Abertura:

- Eunice Durham (Prof. Titular, FFLCH, USP, São Paulo; ex-Coordenadora do NUPES-USP; ex-Diretora da Capes; ex-Secretária de Políticas Públicas do MEC; ex-membro do Conselho Nacional de Educação).



10 Considerações finais

As Oficinas realizadas pela ABENO se propuseram a criar um espaço privilegiado para a discussão da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia.

A proposta partiu do pressuposto que boa parte das dificuldades de implementação vivenciadas pelas IES poderia ser diminuída através do esforço conjunto de professores, estudantes, profissionais da rede de serviços e dirigentes, na busca de soluções adequadas a cada realidade local. Mais do que insistir em eventos de grande porte, apostou na capilaridade do processo, fazendo chegar, em todas as regiões brasileiras, o espaço para o debate.

Nesse processo, aprender, lembrar, conversar, trocar experiências, imaginar, tudo foi possível. Do desafio mais proposto do que resolvido de pensar uma universidade aberta às demandas sociais, muitos questionamentos surgiram. Como fazer para lidar com um mundo em constante mutação? Como sair de um currículo que reflete mais a nossa prática do passado do que a do presente e a do futuro? Como incorporar as mudanças que ocorreram no cenário científico, epidemiológico, tecnológico, demográfico, político e social no mesmo período?

Não ao acaso, aqueles que se dedicam a pensar o futuro da profissão, se deparam com as perspectivas da educação como agente de mudanças. Descobrem que seus compromissos de educadores estão para além do ensino. Empreender esforços para diminuir as desigualdades em saúde bucal de nossa população, é o compromisso maior.

Assim a experiência das Oficinas realizadas nesse projeto assume seu limite introdutório, de prefácio de uma história ainda por escrever. Como processo inconcluso, é preciso preservar seu caráter inacabado, aberto para a discussão. Muitas outras ações deverão ter lugar para aumentar o impacto das DCN no aperfeiçoamento dos cursos de odontologia brasileiros, trazendo para si uma parte da responsabilidade de transformar e melhorar o país.

*Maria Celeste Morita,
Léo Kriger,
Antonio César Perri de Carvalho e
Ana Estela Haddad*

Anexos



BRASIL. Parecer CNE/CES 1300/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de dezembro de 2001. Seção 1, p. 25.

PARECER CNE/CES 1300/2001 - ODONTOLÓGICO		
Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.		
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO		
INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		UF/DF
ASSENTE: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia		
RELATOR(A): Elton de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Riquete de Macedo e Yng-Chih.		
PROCESSO(S) N°(S): 2001.0803R/2001-75		
PARECER N°: CNE/CES 1300/01	COLEGIADO CES	APROVADO EM: 06/11/2001
1 - RELATÓRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico <p>A Comissão da CNE/CES analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituição Federal de 1988; • Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 18/9/1990; • Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996; • Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001; • Parecer CNE/CES 756/97 de 3/12/1997; • Edital de SESu/MEC 4/97 de 10/12/1997; • Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001; • Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO, Paris, 1998; • Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; • Plano Nacional de Graduação do ProGRAD de maio/1999; • Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA; • Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. <p>Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CNE/CES 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil do Formando Egresso/Profissional 		
1		

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>



BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.







Implantação das
Diretrizes Curriculares Nacionais em

Odontologia

Projeto de Cooperação Técnica



© 2007 by Maria Celeste Morita, Léo Kriger, Antonio Cesar Perri de Carvalho, Ana Estela Haddad

Produção Editorial



Impressão:

MIDIOGRAF
GRÁFICA & EDITORA

julho de 2007