

RENATA PRATA CUNHA BERNARDES RODRIGUES

**ANÁLISE DA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA
NAS ESTRUTURAS CURRICULARES DOS
CURSOS DE ODONTOLOGIA DO BRASIL**

Araçatuba - SP

2005

RENATA PRATA CUNHA BERNARDES RODRIGUES

**ANÁLISE DA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA
NAS ESTRUTURAS CURRICULARES DOS
CURSOS DE ODONTOLOGIA DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Odontologia do Campus de
Araçatuba da Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
**MESTRE EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E
SOCIAL**

Orientadora: Profª Drª Nemre Adas Saliba

Araçatuba - SP

2005

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

R696a

Rodrigues, Renata Prata Cunha Bernardes
Análise da área da saúde coletiva nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia do Brasil / Renata Prata Cunha Bernardes Rodrigues. -- Araçatuba : [s.n.], 2005
126 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2005
Orientador: Profa. Dra. Nemre Adas Saliba

1.Ensino odontológico. 2.Currículo. 3.Odontologia. 4.Educação.
5.Odontologia em saúde pública.

Black D5
CDD 617.601

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus queridos pais, Sérgio e Regina, que sempre ensinaram o caminho certo a seguir com carinho e amor.

Ao Alexandre, companheiro de todos os momentos.

A todos os meus familiares e amigos que, ao longo desta caminhada, sempre estiveram ao meu lado.

:

Agradecimentos

Agradecimentos Especiais

A Deus, pela vida e por todas as bênçãos que tenho recebido.

À Prof^a Dr^a Nemre Adas Saliba, minha orientadora, pelo profissionalismo, pela dedicação, pelos valiosos ensinamentos, sempre pronta a mostrar novos caminhos.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin e ao Prof. Dr. Célio Percinoto, Diretor e Vice-diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, *Campus* de Araçatuba.

À Prof^a. Dr^a. Cléa Adas Saliba Garbin e à Prof^a. Dr^a. Suzely Adas Saliba Moimaz, respectivamente coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social: Artênio José Isper Garbin, Cléa Adas Saliba Garbin, Dóris Hissako Sumida, Eliel Soares Orenha, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, Nemre Adas Saliba, Orlando Saliba, Renato Herman Sundfeld, Renato Moreira Arcieri, Silvio José Mauro, Suzely Adas Saliba Moimaz.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social: Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza, Sônia Maria Batista de Souza Costa e Valderez Freitas Rosa.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba: Francisco Inácio Pinheiro, Marina Midori Sakamoto Kawagoe e Valéria de Queiroz Zagatto.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social: Adriana, Alessandra, Alessandro, Ana Valéria, Antônio (Nino), Andréia, Bruno, César, Cláudio, Eduardo, Fabíola, Giancarlo, Keila, Lívia, Natanael, Nelly, Patrícia, Ronald e Wanilda.

À CAPES, pelo financiamento da bolsa de estudos desta pesquisa.

Aos cursos de Odontologia que disponibilizaram a documentação solicitada para a conclusão deste trabalho.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

RODRIGUES, R. P. C. B. **Análise da área da saúde coletiva nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia do Brasil**. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2005.

RESUMO

A área da Saúde Coletiva tem papel fundamental na formação do profissional com o perfil exigido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia, implementadas em 2002. O objetivo da pesquisa foi analisar as características das disciplinas da área da Saúde Coletiva nos currículos dos cursos de Odontologia do país, no que se refere à carga horária; duração em semestres; nomenclatura; formato da disciplina; metodologia de ensino; formas de avaliação. Foram enviadas correspondências para 123 cursos que tinham formado pelo menos uma turma até o ano de 2003, solicitando a estrutura curricular do curso e os planos de ensino das disciplinas. Cinqüenta cursos enviaram o material, representando 40,65% do total de cursos selecionados para a presente pesquisa. A carga horária destinada à Saúde Coletiva é heterogênea, encontrando-se de 75 a 699 horas, sendo que a maior porcentagem está na faixa de 200 a 324 horas, representando 44,18%. No que se refere à quantidade de semestres destinada à Saúde Coletiva, verificou-se que os cursos pesquisados destinam de 1 a 8 semestres, destacando-se a concentração em 2 e 3 semestres (20,93% cada) e em 4 semestres (27,91%), sendo que 4,65% ministram a disciplina em 8 semestres. São várias as nomenclaturas utilizadas pelos cursos para designar a área da Saúde Coletiva, sendo que Odontologia Social e Preventiva foi a mais citada (30%). Verificou-se que todas as disciplinas da área são de caráter teórico-prático e 95,35% dos cursos mencionaram, em seu plano de ensino, a existência de atividades extra-murais. As metodologias ou estratégias de ensino citadas pelas escolas foram aulas expositivas (100%), seminários (71,88%), aulas práticas (59,38%) e trabalho em grupo (40,63%). As formas de avaliação utilizadas foram prova escrita (100%), prova prática (80%); avaliação dos trabalhos (57,5%); avaliação dos seminários (52,5%) e avaliação de relatórios (25%). Conclui-se que para a maioria dos cursos a carga horária da área é de 75 a 324 horas, ministradas de 2 a 4 semestres; a nomenclatura mais utilizada foi Odontologia Social e Preventiva, todas são de caráter teórico-prático; as metodologias de ensino mais citadas foram aulas expositivas e seminários; e como forma de avaliação, a prova escrita e a prova prática foram as mais citadas nos planos de ensino.

Palavras-chave: Ensino odontológico. Currículo. Odontologia. Educação.
Odontologia em saúde pública.

Abstract

RODRIGUES, R. P. C. B. **Public health dentistry in the curricular structure of dentistry courses of Brazil.** 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2005.

ABSTRACT

The area of Odontology in Public Health plays a fundamental role in the formation of the professional as required by the National Curriculum Directives for the course of Odontology, implemented in 2002. This study analyzed the characteristics of the area of Odontology in Public Health in the curricula of Odontology courses in the country in relation to number of hours given to the course, duration of the course in semesters, nomenclature used, course format, teaching methodology, evaluation forms. Letters were sent to 123 colleges of Odontology that had graduated at least one class in 2003. In it, the curricular structure, and syllabus, was requested. Fifty colleges responded sending the material requested, which represents 40.65% of those contacted. The number of hours apportioned to Odontology in Public Health is heterogeneous, varying from 75 to 699 hours, with 44.18% of them in the range of 200 to 324 hours. In relation to the number of semesters required for Odontology in Public Health, it was found that the participating colleges apportioned 1 to 8 semesters, with a concentration in 2 and 3 semesters (20.93% each) and in 4 semesters (27.91%), while only 4.65% teach the course in 8 semesters. The nomenclature used by the colleges to designate the area of Odontology in Public Health is varied, and Social and Preventive Dentistry was most commonly used (30%). It was observed that all courses had a theoretical-practical character and 95.35% mentioned, in the syllabus, extra-mural activities. Teaching methodologies or strategies cited by the schools were expositive classes (100%), seminars (71.88%), practical classes (59.38%) and study group (40,63%). The evaluation forms used were written tests (100%), practical test (80%); evaluation of published studies (57.5%); evaluation of seminars (52.5%) and evaluation of term papers (25%). It can be concluded that, most colleges offer a class load of 75 to 324 hours, most of them use 2 to 4 semesters for teaching the class contents, the most used nomenclature was Social and Preventive Dentistry, all have a theoretical-practical character; the most often cited teaching methodology were expositive classes, seminars and practical classes; and, as evaluation forms, written test, practical test and published studies evaluation were the most commonly mentioned in the syllabi.

Key words: Odontology teaching. Curriculum. Odontology. Education.
Odontology in public health.

Lista de Figuras

Figura 1-	Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados por natureza administrativa. Brasil, 2004.	77
Figura 2-	Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados por regiões administrativas. Brasil, 2004.	77
Figura 3-	Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados quanto a sua duração mínima. Brasil, 2004.	79
Figura 4-	Distribuição dos cursos de Odontologia quanto ao regime do curso. Brasil, 2004.	80
Figura 5-	Distribuição dos cursos de Odontologia quanto a carga horária total do curso, em horas. Brasil, 2004.	81
Figura 6-	Distribuição dos cursos de Odontologia quanto a carga horária, em horas, destinada as disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.	83
Figura 7-	Correlação entre a carga horária total e em Saúde Coletiva dos cursos pesquisados. Brasil, 2004.	84
Figura 8-	Distribuição dos cursos de Odontologia quanto a quantidade de semestres destinados às disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.	85

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados, segundo as unidades da federação. Brasil, 2004.	78
Tabela 2-	Partes verificadas nos planos de ensino de Saúde Coletiva recebidos dos cursos de Odontologia. Brasil, 2004.	86
Tabela 3-	Nomenclatura utilizada pelos cursos de Odontologia para a área da saúde coletiva. Brasil, 2004.	87
Tabela 4-	Metodologias de ensino utilizadas pelos cursos de Odontologia para a área da saúde coletiva. Brasil, 2004.	89
Tabela 5-	Métodos de avaliação utilizados pelos cursos de Odontologia para as disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.	90

Lista de Quadros

Quadro 1-	Caracterização dos níveis em função das competências	58
Quadro 2-	Bibliografia básica citada nos planos de ensino dos cursos de Odontologia para as disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.	91

Lista de Abreviaturas e Siglas

Art.	Artigo
ANEO	Assembléia Nacional das Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho de Educação Superior
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CPO	Cariados Perdidos e Obturados
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão e da Educação na Saúde
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
FORGRAD	Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	<i>Problem-Based Learning</i>
SEGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade

Sumário

Sumário

1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	31
3 PROPOSIÇÃO	69
4 MATERIAL E MÉTODO	71
5 RESULTADO	75
6 DISCUSSÃO	92
7 CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	122

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O ano é de 2005. Mas quando se retorna à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978, na qual se expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os trabalhadores da área da saúde e da comunidade mundial para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, a proposta de Alma Alta de “Saúde para todos no ano 2000” ainda não foi alcançada no Brasil. Embora alguns indicadores epidemiológicos tenham melhorado, avançou-se pouco no que se refere à saúde bucal (BRASIL, 2004f).

Das cinco metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, para o ano 2000, conseguiu-se atingir apenas uma, a que se refere ao índice de dentes perdidos, cariados e obturados – CPO - menor ou igual a 3 para a idade de 12 anos. O último levantamento nacional de saúde bucal, SB-Brasil 2003, demonstrou que, à medida que o brasileiro envelhece, mais distante fica o cumprimento dessas metas. Enquanto a meta estabelece que 80% dos jovens brasileiros, aos 18 anos, deveriam ter todos os dentes na boca, encontrou-se que 55,09% os possui. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 75% dos brasileiros deveriam estar com 20 ou mais dentes na boca, encontrou-se 53,96%. A situação agrava, ainda mais, para a faixa etária

de 65 a 74 anos, na qual apenas 10,23% dos idosos possuem 20 ou mais dentes na boca, sendo que 50% deles deveriam tê-los (BRASIL, 2004d).

Ainda que alguns municípios tenham conseguido avançar, a universalidade da atenção em saúde bucal ainda está muito distante.

Isso porque os serviços de saúde apresentam-se em crise devido a sua ineficácia, ineficiência e desigualdade de acesso. Porém, mesmo assim, o cirurgião-dentista, necessário à prestação desses serviços, deve adotar uma posição ativa nas ações de promoção, educação e prevenção de patologias bucais. Além disso, esse profissional deve também planejar e avaliar as atividades e conhecer a população da área em que atua.

Tendo em vista a formação do profissional com esse perfil, os estudos sobre educação odontológica no Brasil têm criticado os modelos tradicionais de ensino, apontando para a necessidade de reformulações na formação de recursos humanos no país.

Essa crítica a modelos tradicionais de ensino também se deve à expansão e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o mesmo é de suma importância na área da saúde bucal e, por isso, as Instituições de Ensino Superior (IES) necessitam formar profissionais com perfil adequado para trabalhar nessa área.

Marcos (1995) cita que o Brasil possui uma das maiores relações cirurgião-dentista por grupo de habitantes e, no entanto, considera que o aumento do número de profissionais não garante transformações quanto ao acesso aos serviços.

A adequação dos recursos humanos aos modelos assistenciais vigentes e à organização dos serviços voltados para as mudanças epidemiológicas, de cidadania, mercado de trabalho e novas tecnologias torna-se fundamental na reformulação dos currículos nas Instituições de Ensino Superior.

Discussões sobre o ensino odontológico e o profissional a ser formado pelos cursos de Odontologia vêm sendo uma constante, visto que o perfil do profissional cirurgião-dentista é o reflexo do modelo de educação que lhe foi proporcionado.

O campo do currículo tem sido, ao longo dos últimos anos, uma área que tem suscitado grandes e controvertidas discussões. Face às novas condições da sociedade brasileira, professores, pesquisadores têm debatido intensamente este tema, buscando examinar e compreender a forma como se processa a escolarização.

O modelo tradicional de ensino, centrado numa odontologia cientificista, ou flexneriana, tem sido cada vez mais criticado nos estudos sobre educação odontológica no Brasil. Esse modelo apresenta-se em crise devido à ineficácia, ineficiência e desigualdade de acesso. A odontologia integral é proposta como um novo modelo que

apresenta elementos ideológicos que incorporam o saber e o fazer, segundo o interesse da coletividade e recompõe a integralidade do ato odontológico, sob a hegemonia do promocional e preventivo (GONTIJO, 2002).

O modelo pedagógico hegemônico de ensino de saúde é voltado para conteúdos organizados de maneira compartimentada e isolada, fragmentando o indivíduo em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, adotando sistemas de avaliações cognitivas por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde.

Essas discussões não são de agora. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília, no ano de 1986, já trazia o assunto da reformulação do sistema educacional, com revisão ampla dos currículos mínimos, objetivando organizar, direcionar e canalizar os recursos humanos da área a fim de adequá-los às necessidades majoritárias da população e redefinir a relação universidade/sociedade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986).

A carta de Cuiabá, resultado do XIII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO), realizado em 1997, afirmou que os recursos humanos odontológicos são inadequados à realidade do SUS e que se deveria

discutir criticamente a formação e capacitação desses recursos humanos (MANFREDINI, 1998).

Segundo Cangussu *et al.* (2001), o sistema de saúde deve ser viabilizado com universalidade de acesso aos serviços, equidade de assistência e participação do povo, o que causa a superação do modelo assistencial curativo e mutilador em vigência, cujos custos são elevados, a cobertura é restrita e é de pouco impacto epidemiológico. A assistência em saúde bucal não pode ser restrita ao setor privado. Com a implantação do SUS e implementação das Leis 8080 e 8142, que regulamentam o sistema, espera-se mudar a realidade da saúde bucal no país. Outra dificuldade relatada por essa autora é o despreparo dos profissionais da área para atuarem no sistema público.

De acordo com Cordón (1996), existe a falta de formação e capacitação política dos odontólogos para assumir o domínio e a aplicação do método científico. Falta ainda, a esse profissional, espírito crítico e autocrítico para a prática atual, criatividade e competências para abordar adequadamente a sociedade dentro do contexto social.

A Constituição Nacional de 1988 definiu saúde como dever do Estado e direito da população e afirmou ser atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, ou seja, o SUS deve interferir na orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. A própria legislação infra-constitucional, a Lei Orgânica da Saúde, determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de

um sistema de formação em todos os níveis de ensino, e ainda, a constituição dos serviços públicos, que integram o SUS, como campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas, conjuntamente, com o sistema educacional. (BRASIL, 1988, 2004f).

Não cabe ao setor saúde o disciplinamento da educação por meio do ensino em instituições educacionais. Mas é importante contribuir para que a educação vincule-se ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como requer a legislação educacional. O setor da educação necessita realizar o desenvolvimento pleno dos educandos, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, fundamentais para a plena construção conjunta do sistema de saúde.

Atualmente, muitos profissionais são preparados segundo um elevado padrão de qualificação, não vivenciando em sua formação prática as condições sócio-econômicas como determinantes de doenças bucais. Assim, as universidades precisam preparar adequadamente esses profissionais voltados para a realidade sócio-econômica do país.

O profissional necessário para atender à demanda atual precisa sair da universidade com alguns conceitos importantes e fundamentais para se tornar multiplicador de conhecimentos éticos, sociais e principalmente humanos.

Formar profissionais com conhecimentos estritamente técnicos, sem adquirir conhecimentos primordiais relacionados aos conceitos de promoção em saúde bucal, a importância do SUS, o vínculo e responsabilização com o paciente e, sobretudo a humanização do atendimento, não é mais aceito.

Coincidentemente, neste momento, processa-se a reformulação dos currículos do sistema de ensino superior do país que devem atender às Diretrizes Curriculares propostas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (BRASIL, 2003a).

A orientação estabelecida pela LDB de 1996, no que tange ao ensino em geral e ao ensino superior, em especial, aponta para uma maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos (BRASIL, 2003a).

Com essa legislação de 1996, as faculdades têm-se empenhado, via construção de projetos pedagógicos imbuídos de um caráter mais inovador, na preparação de profissionais mais ligados com a ciência e com os problemas sociais.

O dever do Estado para com a educação, definido pela Constituição Nacional e de sua legislação ordinária, a LDB, é o de garantir padrões mínimos de qualidade de ensino, proporcionar a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais; e integrar ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação

para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país (BRASIL, 2004f).

Para a área odontológica, as novas Diretrizes Curriculares foram aprovadas pela Resolução CNE/CES 3/2002 de 19/02/2002 que propôs mudanças a serem observadas na organização curricular de cada instituição de ensino superior que possua o curso de Odontologia, considerando a realidade de cada uma delas (BRASIL, 2003c).

As Diretrizes Curriculares para o curso de Odontologia têm como perfil o egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício das atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2003c).

Assim, a formação do cirurgião dentista deve contemplar o sistema de saúde em vigência no Brasil, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado.

O processo educacional precisa incorporar iniciativas que visem garantir uma boa formação e qualificação profissional e conclamar universidades, alunos, professores, estado, sociedade e empresas a buscar soluções em conjunto. A educação atual exige a aplicação da pedagogia de competências, visando a aquisição de competências

reconhecidas que lhes garantam a promessa de empregabilidade e habilidades para ser e agir como cidadãos (GUERRA, 2003).

Todas as disciplinas dos cursos de Odontologia devem estar empenhadas na formação humanística, crítica e reflexiva do aluno que, com base técnica e científica, seja capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Por isso, as disciplinas da área da Saúde Coletiva têm papel fundamental na formação desse profissional exigido pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de Odontologia, e suas características curriculares constituem o assunto desta pesquisa.

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Universidade e a Formação Profissional

Múltiplas são as funções da educação superior. Essa multiplicidade de funções está diretamente relacionada às necessidades da sociedade, que são por demais diversificadas, complexas e contraditórias. Portanto, a relação entre universidade e sociedade é uma relação de reciprocidade. Uma instituição universitária exprime a maneira e o modo da sociedade como um todo. O ensino superior insere-se no contexto global que determina e é também determinado pelo conjunto das ações de todos os sujeitos que aí se inserem.

A universidade, do ponto de vista de sua função educativa, representa o local permanente do exercício da crítica e se sustenta na pesquisa, no ensino e na extensão. Nesse sentido, vale retomar Edgar Morin (2000, p.9-10), quando diz:

A universidade conserva, memoriza, integra e ritualiza uma herança cultural de saberes, idéias e valores, que acaba por ter um efeito regenerador, porque a universidade se incumbem de reexaminá-la, atualizá-la e transmiti-la. (...) gera saberes, idéias e valores que, posteriormente, farão parte dessa mesma herança. Por isso a universidade é conservadora, regeneradora e geradora.

Ao se articular com a sociedade, a universidade assume um papel de antagonismo e de complementaridade, quando, nessa relação, sua posição mostra-se como agente conservador e transformador. Assim esclarece Edgar Morin (2000, p. 10):

Não se trata de apenas modernizar a cultura, mas de culturalizar a modernidade. A universidade conclama a sociedade a adotar sua mensagem e suas normas: ela introduz na sociedade uma cultura que não é feita para sustentar as formas tradicionais ou efêmeras de aqui e agora, mas está pronta para ajudar os cidadãos a rever seu destino. A universidade defende, ilustra e promove o mundo social e político valores intrínsecos à cultura universitária, tais como autonomia da consciência e a problematização, o que tem como consequência o fato de que a investigação deva manter-se aberta e plural, que a verdade tenha sempre a primazia sobre a utilidade, que a ética do conhecimento seja mantida.

No conjunto universidade-sociedade, face ao enfrentamento das mudanças sociais, científicas e educacionais, exige-se entender toda a complexidade do conhecimento e da aprendizagem necessária para compreender o sentido em que o currículo do ensino superior deve organizar-se, estabelecendo possibilidades de planejamento de forma autônoma.

Da universidade brasileira, todos esperam tudo. O aluno espera sair apto para o exercício da profissão que escolheu, pois para ele a universidade é apenas uma escola de nível superior ao curso primário e secundário (MAIA,1995; BUARQUE, 2002). O professor espera nela poder realizar sua vocação de educador e de pesquisador. A sociedade

espera que ela forme alunos, produza novos modelos de reflexão e acumule mais saber, na expectativa principal de que ele seja alavanca das transformações de que necessita o país, seja no plano político, seja no plano econômico (MAIA,1995).

Ao se olhar para a história, observa-se que um grande progresso foi realizado, mesmo sendo as universidades brasileiras recentes, quando comparadas com as seculares européias e até algumas norte-americanas que já têm mais de dois séculos. Atualmente, todas elas são inseridas no meio social, influenciadas por esse meio e exercem grande influência sobre ele (LOUREIRO; DEL-MASSO, 2001), pois, cabe à universidade pesquisar, nos meios externo e interno, causas e conseqüências, informações e opiniões, objetivando reajustes e sintonias (MADEIRA; CARVALHO, 1980).

Os diferentes processos de evolução que produziram as universidades atuais deram-lhes qualidades, estruturas e modos de autoridade variados, assim como as funções que desempenham em seu meio, baseadas na vontade comum e universal de:

- prestar ajuda mediante o ensino com programas para o desenvolvimento dos recursos humanos;
- levar mais adiante as fronteiras do conhecimento mediante as investigações básicas e aplicadas;
- prestar serviços mediante uma interação constante com a comunidade (LAS UNIVERSIDADES,1986).

A universidade do mundo em transformação necessita criar uma estrutura que lhe permita ser um centro de educação superior de forma permanente para os profissionais de nível superior. Compete a ela participar do esforço de avanço do pensamento, de maneira a transformar para aperfeiçoar o sistema local e cultural (BUARQUE, 1994).

A universidade não pode deixar de valorizar a iniciativa, a capacidade inventiva e a curiosidade que darão suporte à experimentação e à vivência de problemas de interesse dos estudantes. Não pode cercear a espontaneidade e inteligência dos alunos, deve incentivá-los (SOUZA, 1982).

Prisioneira de um conceito medieval de formação, a universidade ainda não tratou de adaptar seu processo de formação à dinâmica de como o conhecimento evolui no presente e evoluirá no futuro. Continua imaginando que o processo de formação é como a fabricação de um produto concluído: o aluno é visto como um insumo, que se transforma no profissional encaminhado no mercado (BUARQUE, 1994).

A universidade também precisa iniciar um trabalho de um exame crítico de seus problemas e das suas contradições de modo que não se distancie de seus objetivos maiores e das características de sua formação. Logo, cabe à universidade redimensionar o conhecimento sem perder sua função de produtora e transmissora do saber, na busca de sentido para a vida em sociedade.

No dizer de Dias Sobrinho (2000, p. 32):

A universidade de hoje deve tematizar a sua função formativa. Na formação de pessoal de nível superior deve ser levada em conta a significação social dos conhecimentos e habilidades, como um dos importantes critérios de qualidade acadêmica.

Para enfrentar seu novo tempo, a universidade precisa redescobrir a ética como parte de sua preocupação constante. Nenhum profissional da universidade, estudante ou professor, pode deixar de se perguntar, a cada dia, por que e para que está na universidade e não apenas se perguntar como sair dela com boas notas. A universidade dos próximos anos deve não apenas ensinar uma profissão, mas também incorporar nessa profissão um sentimento do propósito ao qual ela serve. Se não fizer isso, ela será o instrumento do avanço técnico e científico, mas será o instrumento do retrocesso ético (BUARQUE, 2002).

Dessa forma, a formação universitária deverá proporcionar aos alunos as ferramentas necessárias que garantam um trabalho profissional voltado para a transformação social.

2.2 Ensino Odontológico: questões curriculares, desafios e tendências

Para que se entenda o marco conceitual da educação odontológica, deve-se voltar a atenção ao processo ocorrido com a prática médica.

De acordo com Marsiglia (1998), até o século XIX, as teorias e práticas da polícia médica foram adequadas para compreender as demandas do estado absolutista.

A Revolução Industrial passou a exigir um novo modelo de prática médica, surgindo então um novo paradigma, o da medicina científica (MENDES; MARCOS, 1984).

O paradigma da medicina científica consolida-se com a elaboração do Relatório Flexner, em 1910, pela Fundação Carnegie. Esse paradigma determinou mudanças no objeto, nos propósitos, nos recursos e nos agentes da prática médica, o que levou a uma configuração de um marco conceitual que passa a referenciar a prática e a educação médicas (MENDES; MARCOS, 1984).

De acordo com esses mesmos autores, a Odontologia pode ser compreendida como especialização médica, portanto, esta também absorve o paradigma da medicina científica, podendo ser denominada de odontologia científica ou odontologia flexneriana, que é composta pelos seguintes elementos ideológicos:

- mecanicismo: caracterizado pela analogia do corpo humano com a máquina;
- biologismo: caracterizado, exclusivamente, pelo reconhecimento da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências. Fatores de natureza econômica e social não são considerados importantes como causadores de doenças;
- individualismo: caracterizado por imputar ao indivíduo a responsabilidade pela sua própria doença, excluindo os aspectos sociais;
- especialização: caracterizado pela parcialização abstrata do objeto global, que aprofunda o conhecimento específico em detrimento do holístico, além da fragmentação do processo de produção, pela divisão técnica do trabalho;
- exclusão de práticas alternativas: elemento ideológico caracterizado pela consideração de que práticas alternativas são consideradas, “a priori”, ineficazes;
- tecnificação do ato odontológico: elemento caracterizado pelo grande desenvolvimento tecnológico, como forma de mediação entre o homem e as doenças e tendo como parâmetro de qualidade o grau de densidade tecnológica da prática, em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças;
- ênfase na odontologia curativa: elemento caracterizado pela valorização do processo fisiopatológico, em detrimento da causa.

A partir da década de 70, iniciam-se vários questionamentos em relação ao paradigma flexneriano que se concentraram na constatação de sua ineficácia, ineficiência, desigualdade de acesso e iatrogenicidade (MENDES, 1986).

Em vários países da América Latina, projetos pilotos e trabalhos institucionais foram realizados, sob influência da doutrina da atenção primária, por meio de um modelo de prática denominada de Odontologia Simplificada. Essa Odontologia, por meio da padronização, da diminuição dos passos odontológicos e da eliminação do supérfluo, tornou-se mais simples e barata. Porém, esse modelo não questionou a prática hegemônica da odontologia científica, e foi tido como uma odontologia destinada às classes sociais marginalizadas, a partir do momento que buscou a produção de mais atos curativos, em menor tempo e a um custo o mais baixo possível (MENDES, 1986).

De acordo com Mendes e Marcos (1984), um outro modelo de prática odontológica foi denominado de Odontologia Integral, que pretendeu modificar substancialmente os componentes estruturais dos outros modelos de prática (tradicional e simplificada), apresentando como propósitos os seguintes elementos:

- coletivismo: o objeto da atenção passa a ser a comunidade;

- integração das atividades promocionais, preventivas e curativas: procura a recomposição da integralidade do ato odontológico sob a hegemonia do promocional e do preventivo;

- descentralização da atenção odontológica: a concentração dos recursos humanos da odontologia científica é substituída pela idéia de níveis de atenção;

- inclusão das práticas odontológicas alternativas: as experiências populares em odontologia passam a ser integradas aos discursos oficiais;

- equipe de saúde: a ênfase na especialização é substituída pela idéia de distribuição das funções odontológicas pelos diversos tipos de recursos humanos, profissionais ou da própria comunidade;

- tecnologia apropriada: a tecnologia empregada deve ser eficaz e adaptada às condições sócio-culturais da população;

- participação comunitária: a comunidade deve participar dos processos educacionais e da prática odontológica como condição básica de sua democratização.

Dessa forma, a Odontologia Científica ou Flexneriana e a Odontologia Integral influenciaram e ainda influenciam o ensino da Odontologia, constituindo os dois marcos conceituais da prática odontológica.

De acordo com Padilha (1998), a Odontologia Integral deve ser uma concepção capaz de apresentar adequações ao SUS mais efetiva do que aquelas observadas nos modelos flexneriano e de odontologia simplificada.

Segundo Costa e Leite (1997), tem-se na educação odontológica a intercalação de dois modelos formadores, o clássico ou flexneriano e o inovador, buscando evoluir para um modelo ideal.

Já para Pinto (1978), o ensino da Odontologia no Brasil e nos demais países da América Latina pode ser dividido em três fases: artesanal, acadêmica, humanística:

- artesanal: dos primórdios da Odontologia, com a instalação de centros formadores de cirurgiões-dentistas, quando era praticada uma Odontologia muito empírica, visando a estética, sem reconhecimento dos aspectos físico-biológicos relacionados com a boca;

- acadêmica: surgiu com a implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia, cópias de modelos europeus ou norte-americanos. Inicia-se o reconhecimento das ciências biológicas com enfoque disciplinário, positivista e departamentalizado;

- humanística: o homem de todos os níveis sócio-econômicos e seu meio passaram a ser o centro das preocupações dos educadores. A prevenção deixou de ser patrimônio das cátedras ou disciplinas de Odontologia Preventiva e Social, para transformar-se em filosofia curricular, na qual seu conceito ocupa lugar preponderante no

processo de integração curricular.

Em uma outra perspectiva, pode-se dizer que o ensino formal da Odontologia no país só teve início em 1879, quando foi estabelecido o curso de Cirurgia Dentária, anexo às faculdades de Medicina. Até essa data, o aprendizado era informal, dentro de uma prática artesanal. Daquela data, até 1961, várias mudanças ocorreram como a desvinculação do curso da Faculdade de Medicina e alterações na duração do curso e no currículo (FERNANDES NETO, 2002).

Com a Lei nº 4.024, de dezembro de 1961, o Conselho Federal de Educação passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores e, em novembro de 1962, o novo perfil do cirurgião-dentista é traçado (dentista geral, policlínico, destinado à coletividade) e estabeleceu-se o novo currículo em ciclo básico e profissionalizante, com duração de 4 anos. Nesse currículo, aparece a disciplina de Higiene e Odontologia Preventiva como parte do ciclo profissionalizante (FERNANDES NETO, 2002).

Em 1970, o currículo foi definido com carga horária de 3.240 horas a serem cumpridas em no mínimo de 3 e no máximo de 4 anos, aparecendo a disciplina de Odontologia Social e Preventiva no ciclo profissionalizante (COSTA; LEITE, 1997).

O estabelecimento do novo currículo parte de uma crítica ao fato de que os conhecimentos da saúde pública, da preventiva e das ciências sociais não terem tido o mesmo desenvolvimento e importância

que os conhecimentos da área clínica. Assim, foi proposto que a implementação do currículo enfatizasse o ensino dos métodos de prevenção e a influência das condições sociais sobre a saúde dos indivíduos e comunidade (MARSIGLIA, 1998).

A Resolução Nº 4, de 03 de setembro de 1982, do Conselho Nacional de Educação (CNE), fixou os conteúdos mínimos e a duração do Curso de Odontologia, separando as matérias ensinadas em básicas e profissionalizantes, incluindo a Odontologia Social nas matérias profissionalizantes. No seu Art. 9º, ficou estabelecido que na Odontologia Social seriam estudados os aspectos preventivos sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional (BRASIL, 1982).

No Art. 16º, dessa mesma resolução, ficou estabelecido que o curso de Odontologia teria a duração mínima de 3.600 horas, que deveriam ser integralizadas de 8 a 18 semestres letivos (BRASIL, 1982).

A esse respeito, e compreendendo as definições deste documento, entende-se que o delineamento do curso de Odontologia, de acordo com o preceito legal, pressupõe uma formação generalista do profissional. E a partir dessa normatização, "foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, a introdução dessas matérias gerou questionamentos, sendo muitas vezes consideradas 'perfumarias' ante as necessidades da formação técnica do profissional" (CARVALHO, 1994, p. 9).

O Currículo Mínimo teve como objetivos iniciais, além de facilitar as transferências entre instituições diversas, garantir qualidade e uniformidade mínimas aos cursos que conduziam a um diploma profissional. Ao longo dos anos, embora tenha sido assegurada uma semelhança formal entre cursos de diferentes instituições, o currículo mínimo revelou-se ineficaz para garantir a qualidade desejada, além de desencorajar a inovação e a benéfica diversificação da formação oferecida (BRASIL,2003b).

Franco *et al.* (2000), relatou que diferentes escolas sempre se basearam na estrutura curricular mínima, que engessava todo o processo de ensino, não permitindo a flexibilização ou criatividade para que cada curso desenvolvesse características formativas próprias inerentes às suas necessidades.

Da análise do perfil dos alunos formados em Odontologia, no Estado de São Paulo, Freitas e Nakayama (1995) concluíram que o perfil pretendido pelo currículo mínimo, implantado a partir de 1982, não foi alcançado. Segundo esses autores, a maioria dos estudantes de Odontologia, provenientes de classes sociais de maior poder aquisitivo, demonstrou pouca ou nenhuma preocupação com as responsabilidades sociais da profissão e revelou forte tendência à especialização.

Já em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96) é implementada. Essa legislação aponta para uma maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à

crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos, orientando para a instituição das Diretrizes Curriculares para cada curso superior (BRASIL, 2003a).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), conforme o inciso II do artigo 53 da LDB – Lei N° 9394/96, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 2003a), veio ao encontro do espírito de flexibilização dos currículos de graduação e pretendeu ultrapassar o modelo de currículos mínimos, nos quais havia um elevado grau de detalhamento de disciplinas e de carga horária, o que impedia as IES de implementarem projetos pedagógicos mais inovadores.

Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, por meio das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características com as quais muitas vezes se revestem; a saber, as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientarem-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2003b).

As orientações das Diretrizes Curriculares estimulam as escolas a superarem as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único, também expressam o compromisso dos movimentos por mudanças na formação dos profissionais de saúde

com compreensão ampla do que significa currículo, considerando que ele deva expressar posicionamento da universidade diante de seu papel social dos conceitos de saúde e educação. Assim, há uma necessidade de a formação estar comprometida e direcionada aos princípios do Sistema Único de Saúde (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2004).

Ainda com essa delimitação legal, espera-se a organização de um modelo capaz de adaptar-se às dinâmicas condições de um perfil profissional exigido pela sociedade, em que a graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo contínuo de formação permanente que é inerente ao mundo do trabalho.

De acordo com o Plano Nacional de Graduação do Fórum de Pró-Reitores de Graduação - FORGRAD de 2000 - as competências das IES são bastantes claras:

Devem superar as práticas vigentes derivadas dos currículos mínimos, traduzida em cursos com elevadíssima carga horária, número excessivo de disciplinas encadeadas em sistema rígido de pré-requisitos, em cursos estruturados mais na visão corporativa das profissões do que nas perspectivas da atenção para com o contexto científico-histórico das áreas do conhecimento, do atendimento às demandas mais adequadas à sociedade.

De acordo com Pucca, em artigo de Franco *et al.* (2000, p. 360), a flexibilização curricular que veio com a LDB de 1996 é um mérito, mas “estão deixando o currículo muito aberto para que as instituições de ensino escolham como montá-lo. Sabemos que não são

todos os estabelecimentos de ensino que têm preocupação com seus deveres sociais”.

Em fevereiro de 2002, é promulgada a resolução CES/CNE Nº 3, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia e, no seu Art. 2º, define as normas a serem observadas no tocante à organização curricular. Esse documento estabelece que:

As Diretrizes Curriculares para o ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões dentistas, estabelecidos pela Câmara de educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, com o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos de todos os Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior (BRASIL, 2003c, p. 1).

E ainda no seu Art. 3º encontra-se a seguinte complementação:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício das atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2003c, p. 1).

As Diretrizes Curriculares Nacionais definem o objetivo do curso de Odontologia e que o currículo tenha base nacional comum, a ser complementado pelas instituições de ensino superior com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e as imposições do quadro regional em que se situa. Além disso, elas sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social. Com relação à instituição formadora, essa deve estar aberta às demandas sociais, ser capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência disso, deve ser priorizada a atenção à saúde universal com qualidade, dando ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças (CARVALHO, 2004).

De acordo com o Art. 4º das DCN para o curso de Odontologia, a formação do cirurgião-dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos necessários para o exercício das seguintes competências e habilidades: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente (BRASIL, 2003c).

Para que todas essas mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares tornem-se realidade nos cursos de Odontologia do país, mudanças nos currículos e, conseqüentemente, nos projetos pedagógicos devem ser viabilizadas para que as IES cumpram com seu papel de formação de um profissional para a atualidade.

Os cursos de Odontologia, de modo geral, são apontados como cursos de elite, alheios à realidade sócio-econômica do Brasil.

Dentre os autores pesquisados, pode-se retomar a análise de Carvalho (1995, p. 3-4), quando pontua que:

Há um certo elitismo no currículo e na formação (...). O modelo da profissão e a concepção do profissional de uma faculdade pública, deveria estar voltado à prevenção e ao largo âmbito da saúde pública. Em geral, nota-se um envolvimento das várias disciplinas e praticamente um "currículo oculto" que, contrariando a realidade e as tendências do mercado de trabalho, insiste apenas na imagem e na preparação do futuro cirurgião dentista, como profissional liberal.

Entretanto, a educação odontológica deve formar um profissional capaz de manter e restaurar o *status* de saúde da cavidade bucal de indivíduos numa comunidade, o que implica numa função social, pois as profissões existem para satisfazer uma necessidade ou um desejo da sociedade (CONRADO *et al.*, 2004) e não apenas de uma minoria que pode pagar pelo serviço em consultórios particulares.

Além disso, a educação odontológica deverá ser de tal forma que permita a instalação, adaptação, reorganização e a extinção de cursos, de acordo com a necessidade ou não da existência de profissionais ou especialistas dessa área. Sendo que o currículo de cursos de Odontologia deve ser entendido como um processo em que os objetivos comportamentais são definidos por meio de uma lista de funções a exercer e tarefas a desempenhar pelo profissional para servir à

comunidade nos seus problemas mais importantes (ARCIERI, 1997).

Ainda, de acordo com Arcieri (1997), o currículo inovado parece ser o único que permitirá aos profissionais da Odontologia, em conjunto com os demais profissionais da área da saúde, a busca e a concretização da definição de saúde da OMS de 1960: saúde é um bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. A interdisciplinariedade é, dentro do planejamento curricular, uma das estratégias para que o ensino odontológico seja moldado de acordo com as necessidades e realidade da sociedade.

Porém, de acordo com Chaves (1998, p. 2) “até agora o paradigma dominante na ciência tem nos levado à contínua divisão do conhecimento em disciplinas e destas em subdisciplinas”.

E, no campo do ensino odontológico, há estudos que mostram que é impossível fornecer aos alunos uma formação geral, trabalhando apenas com disciplinas isoladas. Sendo que, para alcançar a formação geral, é muito importante um trabalho que se volte para a visão da integração das disciplinas. Isso porque irá permitir aos alunos um entendimento de que o conhecimento é um todo. Sempre no nível das discussões, o dilema profissional generalista e especialista é colocado e essa forma de conceber o conhecimento pode ser uma forma de solucionar essa situação de dilema e de impasse (LOMBARDO, 2001).

A perspectiva curricular em que o conhecimento é considerado como produto inibe formas de um trabalho cooperativo.

Nesse viés, o professor apenas dá conta de sua parte, deixando de preocupar-se com as demais.

Contudo, numa perspectiva mais globalizada de currículo, a integração será um momento conseqüente e assegurado pela composição do projeto político-pedagógico da instituição. Esse desenho apresenta-se mais rico, uma vez que incorpora outras formas de processar o conhecimento.

Um modelo curricular globalizante será sempre dinâmico, sendo que as várias opções, compromissos e interesses manifestam-se nos modos de conceber e abordar o real: interação que envolve sujeito e mundo histórico, buscando-se a verdade, construindo o homem e o mundo, deixando as marcas da ação do homem sobre o mundo e do mundo sobre o homem (LEITE, 2002).

De acordo com Raphael (1996), o perfil profissional pretendido pela universidade é o principal parâmetro a nortear o currículo, o que vai determinar os conteúdos a serem ministrados para a consecução dos objetivos do curso.

A literatura tem mostrado que a organização tradicional de currículo está assentada, na grande maioria, em modelos tradicionais, refletindo a visão da racionalidade científica. Essa racionalidade fragmentou a ciência e contribuiu, sobremaneira, para a instalação das especializações. A realidade é complexa e dificilmente a busca por respostas às questões específicas é capaz de dar conta de toda a

realidade. Essa complexidade e posicionamentos especializados não têm dado conta da multiplicidade das questões sociais. É preciso pensar na perspectiva de um trabalho conjunto que parta de equipes multidisciplinares para respostas que superem o senso comum e que possam dar conta de um saber mais sistematizado, crítico e reflexivo e que integre a vida social. Isto porque:

O mundo atual, globalizado, em contínua mudança, exige dos novos profissionais uma formação flexível que lhes proporcione o desenvolvimento do raciocínio lógico, autonomia, articulação verbal, capacidade de iniciativa, comunicação e cooperação, capacidade de tomar decisões (MACHADO, 1996, p. 21).

As novas abordagens de currículo, chamadas de inovadoras, alternativas ou críticas, evidenciam a necessidade de se incluírem no currículo outros conhecimentos, além dos tradicionais conteúdos acadêmicos. Os estudiosos do currículo salientam a necessidade de se buscar a integração de conteúdos (CORAZZA, 2001; COSTA, 2001; DOLL JÚNIOR, 1997; SACRISTÁN; 1998).

Para diversos autores, o currículo escolar deve estar centrado em problemas, buscando outras e novas formas de conhecimentos, de habilidades, de atitudes e de valores.

É preocupação também das Diretrizes Curriculares a questão da metodologia de ensino-aprendizagem que deve sempre

propiciar aos alunos uma ativa participação neste processo (BRASIL,2003c).

Uma das metodologias apresentadas é o método PBL – *Problem-based learning* - que, de acordo com Chiaratto (2002), ao se propor situações-problemas aos alunos, esses se vêm motivados a pensarem no tema do problema, o que leva às discussões em torno do mesmo, criando um contexto de aprendizagem bastante semelhante ao que será encontrado na carreira profissional. Além disso, servem para o treinamento de habilidades e desenvolvimento de atitudes requeridas para o exercício da profissão.

Uma das características que diferenciam a abordagem metodológica PBL do ensino tradicional é o fato do aprendizado se dar no ritmo próprio do aluno, que adquire não só conhecimentos, mas também habilidades e competências para a tomada de decisões em situações-problemas (CHIARATTO; SALIBA, 2001).

Uma outra questão relacionada com as Diretrizes Curriculares é em relação ao projeto pedagógico, que deve ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Esse projeto deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (BRASIL, 2003c).

Segundo Carvalho (2004), sua elaboração está sendo

considerada como um dos itens mais importantes no processo de avaliação das condições de ensino dos cursos, desde a proposta de criação até o seu reconhecimento.

O Projeto Pedagógico constitui-se de uma proposta conjunta de trabalho que visa ao engajamento dos segmentos docente, discente e administrativo, a eficiência do processo e a qualidade da formação plena do aluno em termos científico-culturais, profissionais e de cidadania (CARVALHO, 2004).

O Projeto Pedagógico corresponde a uma necessidade de formação do sujeito pelo desenvolvimento de capacidades relevantes para sua atuação na sociedade e implica uma dimensão cognitiva e uma ética, envolvendo a capacitação nas dimensões profissionais e de cidadania (CARVALHO, 2001).

Para esse mesmo autor, no momento da elaboração do projeto pedagógico, algumas questões devem ser observadas, tais como:

Estado final pretendido (objetivos): qual o perfil do sujeito que se quer formar?

Referencial cultural: quais os componentes curriculares relevantes para tal perfil? Qual o papel de cada referencial cultural na formação do sujeito?

Estado inicial observado: qual o perfil de entrada do sistema? Quais as tendências observadas?

Estrutura curricular: como as diversas matérias são

desdobradas em disciplinas e atividades?

Planejamento: quais os objetivos a serem atingidos?
Quais as diretrizes gerais para o processo? Como serão detalhados e operacionalizados?

Coordenação: quem acompanha a execução do projeto pedagógico? Como é orientada a solução dos problemas? Como são envolvidos os vários agentes no processo?

Avaliação: quais as informações relevantes para tomada de decisões quanto ao projeto pedagógico? Como são obtidas?

Ensino-aprendizagem: quais são as diretrizes gerais, quanto aos processos de ensino-aprendizagem? Como são aplicadas nos programas de disciplinas e atividades?

Estado final observado: qual o perfil de saída do sistema? Qual é o desempenho dos formados?

A questão curricular e sua estrutura também estão inseridas no projeto pedagógico e, nesse momento, os cursos de Odontologia já estruturaram ou estão estruturando seus currículos e projetos pedagógicos, a fim de se adequarem às Diretrizes Curriculares estabelecidas em 2002.

Para Sácristan (1998, p. 30), "o currículo é um dos conceitos mais potentes (...) para analisar como a prática se sustenta e se expressa dentro de um contexto escolar".

Compreender a dinâmica curricular não é um trabalho fácil. Isso porque:

O currículo (...) é o que tem atrás toda a educação. (...) Tratá-lo como algo dado ou uma realidade objetiva e não como um processo no qual podemos realizar cortes transversais e ver como está configurado em um dado momento não seria mais que legitimar de antemão a opção estabelecida nos currículos vigentes, fixando-a como indiscutível (SACRISTÁN, 1998, p. 16).

De acordo com Masetto (2003), o currículo deve ser entendido como um conjunto de conhecimentos, de saberes, competências, habilidades, experiências, vivências e valores que os alunos necessitam desenvolver e adquirir, de maneira integrada, mediante práticas e atividades de ensino e de situações de aprendizagem. Esse autor considera ser o currículo o coração do projeto pedagógico.

Historicamente a organização curricular tem sido o modelo disciplinar - Currículo por Disciplina - que se apresenta de forma linear e fragmentada. Todavia, é necessário que tenha uma organização curricular constituída nas relações entre as disciplinas – Currículo Integrado (SANTOS, 2001). Para tanto, o ponto de partida é a consciência que o professor tem do lugar de sua disciplina na estrutura curricular, das relações que essa disciplina estabelece com aquelas que lhe são distintas, e mais, do tipo de relação estabelecida entre todas as disciplinas do curso (aquelas que constituem base para a disciplina em questão, aquelas para as quais essa disciplina é a base e as disciplinas afins).

Um currículo condizente com seus princípios deve ser flexível, organizado em torno de blocos temáticos; orientado para a

solução de problemas, priorizando a integração de conteúdos básicos e clínicos; possuir equilíbrio entre teoria e prática, ser dinâmico, atender às mudanças no perfil epidemiológico e que seja realizado buscando o atendimento das necessidades da população em torno da instituição de ensino (CHIARATTO, 2002).

As concepções curriculares dos cursos de Odontologia, de acordo com as Diretrizes Curriculares, deverão ser permanentemente acompanhadas e avaliadas a fim de proporcionar ajuste quando necessário (BRASIL, 2003c).

A questão da integração disciplinar na construção curricular deve sempre nortear as intenções de um currículo, mesmo que, de acordo com Lombardo (2001), ainda existam professores nos cursos de Odontologia do país que defendem a idéia de que as disciplinas podem ser desenvolvidas de maneira estanque, cabendo ao aluno integrar os conhecimentos adquiridos. Porém, a realidade tem demonstrado que isso não acontece.

A organização curricular deve pressupor uma integração curricular tanto horizontal quanto vertical. De acordo com Lombardo e Ranali (1999), a integração horizontal pressupõe a ordenação dos conteúdos durante o curso, de maneira que os conhecimentos adquiridos no início do mesmo constituam embasamento para os anos subseqüentes. Já a integração vertical pressupõe um relacionamento

entre os conteúdos dentro de um mesmo semestre, de maneira a possibilitar a integração dos conhecimentos.

Também, a organização curricular pode ser entendida pelos níveis, o que significa uma apreensão das mudanças qualitativas que acontecem durante a integração dos dois processos, os quais visam a formação do profissional. Nesse processo, acham-se presentes todos os meios que irão ajudar a formação das competências, o que pode ser realizado por meio da utilização das mais diferentes estratégias metodológicas, incluindo aqui, os mais diferentes tipos de projetos, estudos de caso e outros.

Na definição de níveis, tem-se o seguinte quadro que mostra como os níveis podem ser caracterizados em função das competências (RAMALHO *et al.*, 2003).

Quadro 1- Caracterização dos níveis em função das competências.

3	O aluno apropria-se dos conteúdos mais particulares da profissão, devendo consolidar os conhecimentos gerais e básicos nos diferentes campos de sua futura profissão, o que contribui para consolidar a formação da identidade profissional da formação inicial.
2	O aluno apropria-se dos campos fundamentais da profissão e é levado a dominar as competências próprias da profissão, bem como os temas e objetos de investigação.
1	O aluno apropria-se do que é fundamental nos conteúdos gerais e básicos da profissão, domina métodos mais simples da profissão e as competências gerais próprias do processo pedagógico, num menor nível de sistematização, nas tarefas reais vinculadas ao objeto da profissão.
Níveis	<i>Características (nível de desenvolvimento das competências)</i>

Fonte: RAMALHO, L. B; NUÑEZ, I. B.; GAUTHIER, C. Formar o professor, profissionalizar o ensino. Porto Alegre: Sulina, 2003. p.150.

Segundo Ramalho *et al.* (2003), os níveis devem estar em correspondência com os objetivos relacionados aos saberes, às habilidades, às competências e às transformações da educação dos profissionais.

Nessa linha de raciocínio, os processos pedagógicos devem estar organizados de tal modo que seja possível um trânsito pelos diferentes níveis.

Dessa forma, as disciplinas serão definidas em função desses níveis, pois esses constituem um sistema maior na estrutura curricular. Portanto, "as disciplinas se articulam segundo as intencionalidades educativas relativas às situações-problemas da profissão, nos respectivos níveis, nos quais se tem oportunidades de mobilizar os diferentes recursos (teóricos, metodológicos, afetivos, etc.) para a formação das competências (RAMALHO *et al.*, 2003, p. 151).

O campo da Odontologia vem constatando a necessidade de revisão não só da organização curricular, quanto da importância da preparação de profissionais que estejam aptos para atuarem, nos dias atuais, num contexto de uma globalização tão desigual. Assim, um novo perfil passa a ser exigido, uma odontologia mais voltada para o social, permeada de valores éticos e de cidadania, que tem no bem estar social o alvo de todas as suas atividades. Isso requer a compreensão de uma odontologia mais social e menos elitista.

2.3 A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação

No período compreendido entre 1952 e 1992, a odontologia brasileira foi objeto de várias adjetivações, como exemplo das que obtiveram maior destaque na literatura técnico científica temos: Odontologia Sanitária, Preventiva, Social, Simplificada, Comunitária e Integral, Sistêmica (NARVAI, 1994).

Em setembro de 2001, foi realizada a 2ª Assembléia Nacional das Especialidades Odontológicas – ANEO, na qual resultou na criação de 5 novas especialidades além de um relatório final, com a proposta de modificação do nome da especialidade “Odontologia em Saúde Coletiva” para “Saúde Coletiva” (BRASIL, 2002).

De acordo com a Resolução CFO - 22/2001, que se refere ao anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização, a Saúde Coletiva “é a especialidade que tem como objetivo o estudo dos fenômenos que interferem na saúde coletiva, por meio de análise, organização, planejamento, execução e avaliação de sistemas de saúde, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase na promoção de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 8).

Portanto, a Saúde Coletiva é responsável pelo desenvolvimento da teoria e da prática, em bases científicas, do estudo das doenças bucais mais prevalentes numa população, dos principais fatores associados e das medidas de intervenção mais adequadas para

reduzir e controlar essas doenças em níveis aceitáveis do ponto de vista social e econômico pela sociedade. A organização, planejamento e avaliação de sistemas de saúde, com ênfase na promoção da saúde, também faz parte de suas atribuições.

A Saúde Coletiva está inserida nos conteúdos relativos às Ciências Humanas e Sociais, que incluem conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença (BRASIL,2003c). Até 1996, com a extinção do currículo mínimo, os conteúdos relativos à Saúde Coletiva estavam incluídos nas matérias consideradas profissionalizantes.

A Saúde Coletiva está presente em todos os cursos de Odontologia do Brasil e não pode ser considerada apenas uma disciplina de caráter social, responsável pelos problemas de saúde da comunidade, mas considerada como uma atitude e uma filosofia de trabalho (CHAVES, 1986). Partindo da afirmação desses autores, o seu sentido social torna-se extremamente relevante no atual contexto da globalização, quando as relações econômicas, sociais e políticas se interagem e entrecruzam, quando são explícitas as mudanças da base tecnológica e dos meios produtivos, colocando a educação não somente como elemento imprescindível para o desenvolvimento de todas as nações, mas

essencial para atender às necessidades sociais e promover a solidariedade e a igualdade (UNESCO, 1998).

Neste contexto, as universidades vêm-se compelidas a olhar o social com mais atenção, preocupando-se mais fortemente com a formação de profissionais mais comprometidos e mais voltados para as necessidades da sociedade.

Por isso, é evidente que a universidade busque uma postura que ultrapasse os espaços da ciência e da tecnologia para um olhar mais atento às questões sociais na sua articulação com a sociedade. Assim, percebe-se, em todas as instâncias educacionais, uma crescente tomada de consciência das conexões sociais, das articulações em todos os setores visando, prioritariamente, a uma compreensão das necessidades das comunidades em todas as suas atividades.

A Odontologia, ao lado de outros campos do saber, vem também buscando alternativas para a superação de sua dimensão técnica, buscando um olhar mais social, ou seja, passando a se preocupar com o homem enquanto parte de uma sociedade.

Dentre os estudos nessa direção, destaca-se o de Pinto (2000, p. 3), no qual afirma:

A prática odontológica, fundamentada em um modelo perverso de organização aos grupos de média e alta renda, tendo como um de seus efeitos mais notórios a redução do alcance dos avanços tecnológicos que permitem beneficiar apenas os grupos humanos economicamente mais bem situados.

Pelo exposto, compreende-se que também o campo da Odontologia insere-se nas propostas educacionais mais amplas, qual seja, a de suprir as necessidades sociais. Também esse campo de saber está relacionado a questões econômicas e políticas da sociedade e seu alcance está na preservação e na garantia da saúde bucal de toda a população.

A Constituição da República definiu que a saúde é um dever do Estado e um direito da população e afirmou ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) o ordenamento da formação para a área da saúde. Portanto, de acordo com a Constituição Federal tem-se que:

Artigo 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:
III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;
V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988, p. 92).

Dessa forma, para a efetiva consolidação do SUS, uma atenção especial deve ser dada à questão de formação dos recursos humanos.

As Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2003c) também fazem referência ao SUS, quando propõem que a formação do cirurgião-dentista deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção

integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

O Ministério da Saúde (MS) tem como desafio a integração entre os setores de saúde e da educação, considerando que a colaboração orgânica entre os dois setores é indispensável para a renovação das práticas, para a implementação das diretrizes constitucionais do SUS e para a implementação das diretrizes curriculares nacionais.

Por meio da cooperação técnica, financeira ou operacional com as instituições formadoras dispostas a trilhar o caminho da colaboração orgânica com o SUS e que estejam comprometidos em desencadear processos de mudança na formação, o Ministério da Saúde incentiva a participação no AprenderSUS (BRASIL, 2004e).

O AprenderSUS é uma política do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde (Deges/SGTES) que marca, de forma inédita, um diálogo construtivo entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC).

AprenderSUS significa, para o Ministério da Saúde, o “aprender sobre o SUS na universidade”, seguindo os princípios da Educação Permanente, base da atual política de formação em saúde. A estratégia adotada para a mudança na graduação inclui a parceria com o Ministério da Educação para promover o encontro das instituições de ensino superior com os gestores das três esferas do SUS, com os

trabalhadores da saúde e com quem exerce o controle social (BRASIL, 2004e).

Considerando-se que a história de formação e exercício profissional em saúde vem sendo marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira, torna-se essencial orientar as graduações em saúde para a integralidade e esse é o objetivo da política proposta pelo Ministério da Saúde para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação. Esse é o objetivo do AprenderSUS (BRASIL, 2004e).

O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil) também faz parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde, a de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do SUS. A missão desse projeto é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde (BRASIL, 2004c).

O Projeto tem como orientação a abertura do sistema como espaço de ensino e aprendizagem para os estudantes da área da saúde. Sua realização, nos espaços de ensino-serviço, visa tornar presente para os estudantes as ações de condução do sistema de saúde.

Outra dimensão contemplada nesse projeto diz respeito à histórica dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalharem de forma integrada. A cultura de fragmentação do setor ainda é uma realidade na qual a falta do hábito de convivência multiprofissional é uma de suas causas. A intensa convivência multiprofissional dos estudantes oriundos dos diferentes cursos universitários da saúde é uma das principais marcas do VER-SUS/Brasil. Ou seja, trata-se da oportunidade para médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e vários outros profissionais da área da saúde, estarem convivendo e discutindo a organização do sistema de saúde brasileiro.

Desse modo, o VER-SUS/Brasil configura-se como uma importante ferramenta capaz de fortalecer a formação dos futuros profissionais do setor, visando enfrentar os reais desafios da área da saúde como também sensibilizar os estudantes para uma participação crítica e reflexiva no movimento da reforma sanitária brasileira.

Essas estratégias contribuem para a formação do aluno, e o aluno de Odontologia pode, e deve, estar incluído nesses projetos.

As disciplinas da área da saúde coletiva são as que mais propiciam aos alunos o contato com a comunidade externo aos muros da universidade.

Chaves trata desse aspecto enfatizando que:

O crescimento das disciplinas de natureza social trouxe algumas modificações no relacionamento das faculdades com a comunidade. Contudo há muito por fazer, pois, a predominância da mentalidade conservadora ainda é nítida, apesar de já se notar algumas tentativas de introdução de inovação nos processos tradicionais (CHAVES, 1986, p. 374).

Esse mesmo autor afirma que a Odontologia Social articula-se com a saúde pública e "é responsável pelo diagnóstico dos problemas de saúde bucal da comunidade" (CHAVES, 1986, p. 13). Ainda acrescenta: "a Odontologia Social é uma atitude e uma filosofia de trabalho para o profissional" (CHAVES, 1986, p. 389).

Também essa disciplina apresenta a dimensão de um trabalho que "é um trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médicas possíveis da saúde bucal " (CHAVES, 1986, p. 16).

A área da saúde coletiva, não somente envolve os conteúdos sociais e preventivos, como também engloba os conteúdos relacionados à orientação profissional e os relacionados aos aspectos éticos e legais da profissão, que estão inseridos na área de odontologia legal.

Portanto, a área da saúde coletiva tem um papel de grande importância na formação do futuro cirurgião-dentista com o perfil

exigido pelas Diretrizes Curriculares e pela sociedade, ou seja, com formação generalista, socialmente sensível e principalmente sempre disposto a aprender.

Proposição

3 PROPOSIÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo:

Analisar as características das disciplinas da área da saúde coletiva nas estruturas curriculares e nos planos de ensino dos cursos de Odontologia do país, considerando: carga horária destinada à disciplina; duração da disciplina; nomenclatura utilizada; o formato da disciplina: teórica e/ou prática; metodologias de ensino; formas de avaliação.

Material e Método

4 MATERIAL E MÉTODO

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista (CEP/FOAUNESP) e aprovado em 10/12/2003, conforme o processo FOA 2018/2003 (Anexo A).

Inicialmente foi realizada uma pesquisa, em abril de 2003, na página eletrônica do Ministério da Educação para o conhecimento do número de cursos de Odontologia no Brasil. A partir da constatação de que havia 172 cursos de Odontologia, determinou-se que somente fariam parte da pesquisa as IES que até 2003 tivessem pelo menos uma turma formada, assim sendo, foram listados 123 cursos de Odontologia.

Para obter as informações necessárias aos objetivos da pesquisa, foi enviado um ofício (Anexo B) a essas 123 IES, expondo os objetivos da pesquisa e solicitando a estrutura curricular do curso de odontologia e os planos de ensino das disciplinas da área da saúde coletiva. Um envelope selado e endereçado para o retorno do material foi enviado juntamente com o ofício, a fim de facilitar a devolução do material.

Um segundo ofício (Anexo C) solicitando novamente o material para a pesquisa foi encaminhado às IES que não enviaram o

material na primeira solicitação, a fim de obter uma maior adesão à pesquisa por parte dos cursos.

As variáveis pesquisadas na estrutura curricular dos cursos foram: duração mínima, regime e carga horária total do curso.

Pesquisou-se, em relação à área da saúde coletiva: a carga horária destinada aos conteúdos, a quantidade de semestres destinados às disciplinas, a nomenclatura utilizada, o formato da disciplina, conteúdos programáticos, as estratégias de ensino, formas de avaliação e bibliografia básica utilizada.

A estrutura dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Coletiva foi analisada com base nas partes necessárias que devem constar em um plano de ensino de acordo com Carvalho (2001): ementário, objetivos específicos, conteúdo programático, metodologia do trabalho, forma de avaliação e bibliografia básica.

Para a análise dos conteúdos programáticos de Saúde Coletiva, determinou-se que esses estariam incluídos em cinco sub-áreas: Epidemiologia em Saúde Bucal, Educação em Saúde Bucal, Políticas Públicas de Saúde, Recursos Humanos em Odontologia e Prevenção em Saúde Bucal.

O material enviado pelos cursos recebeu tratamento estatístico descritivo e os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Assim, a presente pesquisa é de natureza bibliográfica e documental, visto que foi desenvolvida com base na análise da estrutura curricular e planos de ensino das disciplinas da área da saúde coletiva dos cursos de Odontologia do Brasil que, ao retornarem o material solicitado, consentiram sua participação nesta pesquisa.

Resultado

5 RESULTADO

Das 123 correspondências enviadas aos cursos de Odontologia do Brasil, obteve-se em um primeiro momento, o retorno do material de 45 cursos. Foram enviadas novamente 78 correspondências para os cursos que não responderam à primeira solicitação e, somente 5 retornaram o material solicitado. Assim, esses 50 cursos de Odontologia, 40,65% do total, constituem a amostra desta pesquisa.

Os dados analisados a seguir têm como referência aspectos estruturais dos currículos dos cursos de Odontologia participantes da pesquisa e, na seqüência, os dados relativos à Saúde Coletiva, com base nos planos de ensino das disciplinas.

Em relação à natureza administrativa das instituições, verificou-se que do total (50): 60% são privadas, 24% são federais, 16% são estaduais e nenhum curso municipal participou da pesquisa, totalizando 40% de cursos públicos (Figura 1).

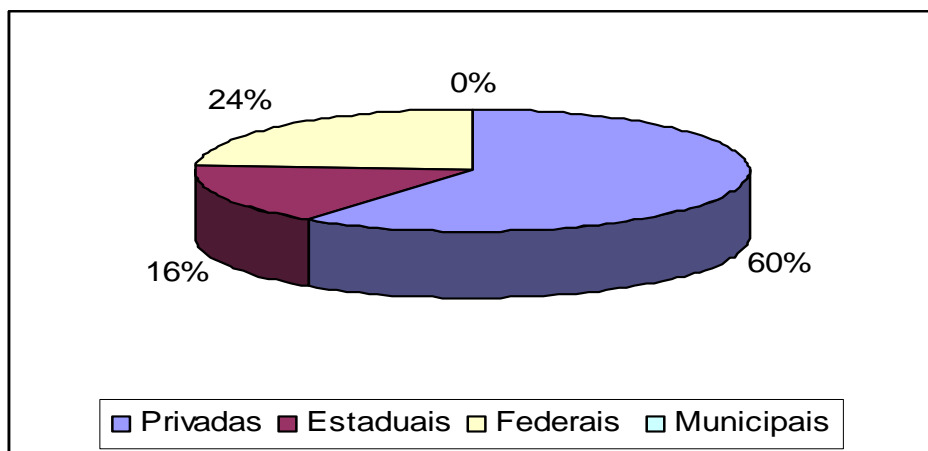


FIGURA 1 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados por natureza administrativa. Brasil, 2004.

Com relação à distribuição dos cursos integrantes da amostra, por regiões administrativas do Brasil, a região Norte teve 6% das IES pesquisadas; a Sul 14%; a Sudeste 56%; a Nordeste 22% e a Centro – Oeste 2% das Instituições (Figura 2).

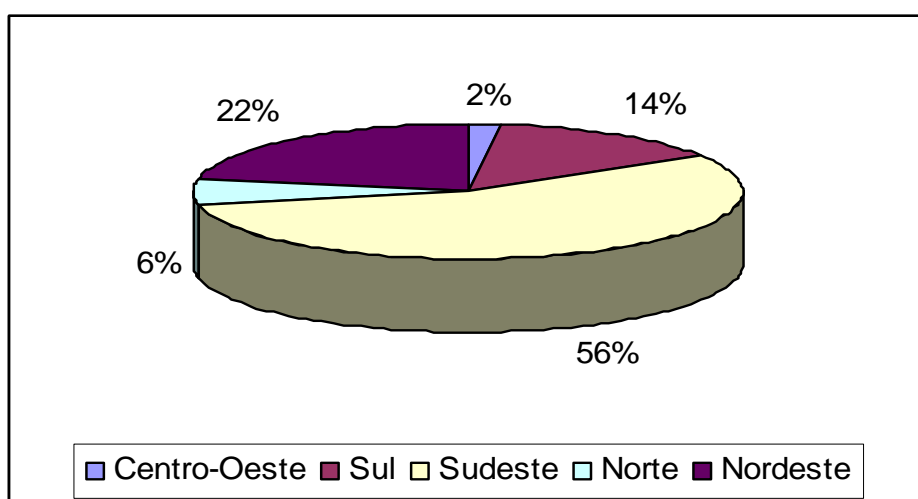


FIGURA 2 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados por regiões administrativas. Brasil, 2004.

Quando distribuídas por unidades da federação, um total de 15 Estados foram representados: São Paulo (34%); Minas Gerais (12%); Rio de Janeiro (10%), Rio Grande do Sul (8%); Bahia (6%), Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraná, Pernambuco e Pará (4% cada um); Rondônia, Paraíba, Ceará, Santa Catarina e Goiás (2% cada um), como pode ser demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados, segundo as unidades da federação. Brasil, 2004.

Unidades da Federação	n	%
São Paulo	17	34
Minas Gerais	6	12
Rio de Janeiro	5	10
Rio Grande do Sul	4	8
Bahia	3	6
Maranhão	2	4
Rio Grande do Norte	2	4
Paraná	2	4
Pernambuco	2	4
Pará	2	4
Rondônia	1	2
Paraíba	1	2
Ceará	1	2
Santa Catarina	1	2
Goiás	1	2
Total	50	100

Dos 50 cursos de Odontologia pesquisados, 6 (12%) não enviaram a sua estrutura curricular, mas enviaram os planos de ensino das disciplinas da área da saúde coletiva. Dessa forma, para a análise da duração do curso, regime e carga horária total, esses não foram incluídos na análise, ficando, portanto, 44 cursos de Odontologia que participaram dessas análises.

Em relação à duração mínima do curso, ou seja, o tempo mínimo para a integralização dos créditos, observou-se que 54,55% oferecem o curso em 4 anos; 18,18% oferecem-no em 4 anos e meio e 27,27% oferecem-no em 5 anos (Figura 3).

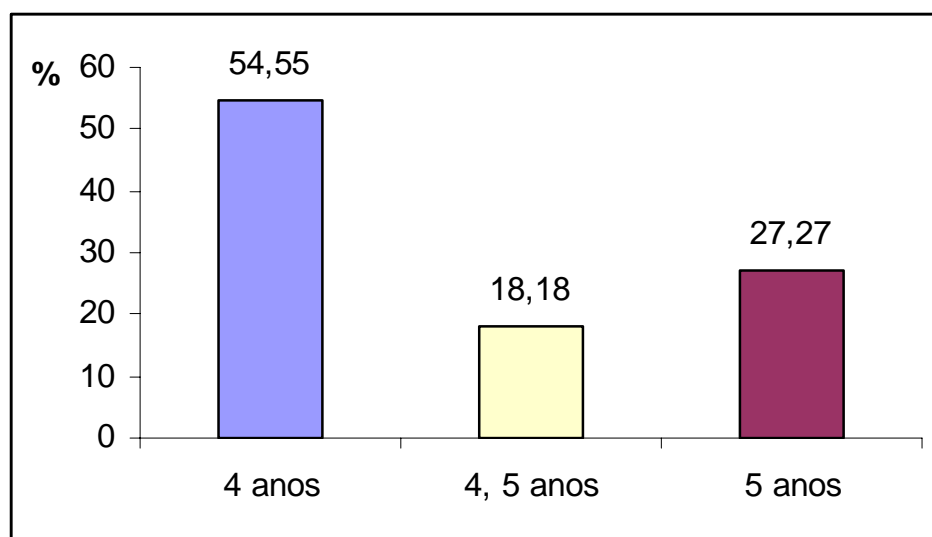


FIGURA 3 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados quanto a duração mínima. Brasil, 2004.

Da análise do regime dos cursos, constatou-se que 79,55% deles são anuais e 20,45% têm o regime semestral (Figura 4).

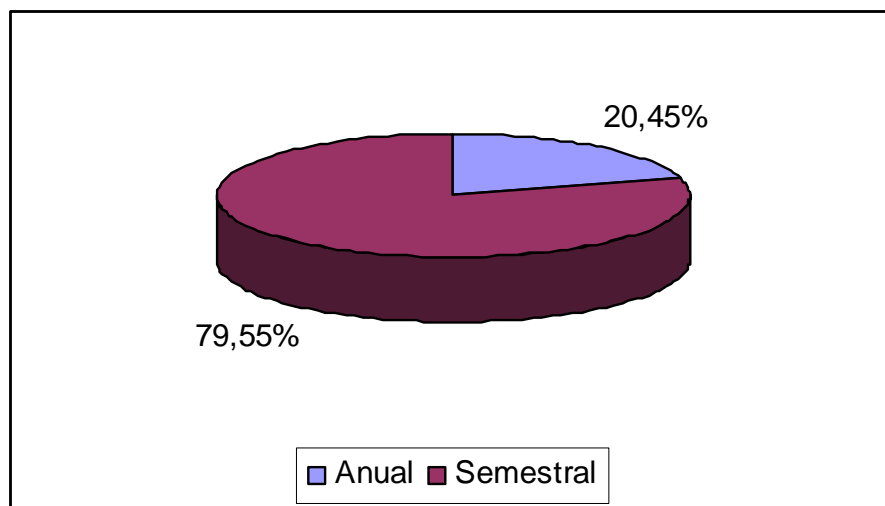


FIGURA 4 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados quanto ao regime do curso. Brasil, 2004.

Na análise da carga horária total do curso de Odontologia, observou-se que 13,6% dos cursos têm a carga horária total de 3.600 a 3.999 horas; 25% têm de 4.000 a 4.399 horas; 29,55% de 4.400 a 4.799 horas; 25% de 4.800 a 5.199 horas e 6,82% dos cursos têm carga horária total de 5.200 a 5.600 horas, conforme demonstrado na Figura 5. A média da carga horária oferecida pelos cursos foi de 4.542 horas.

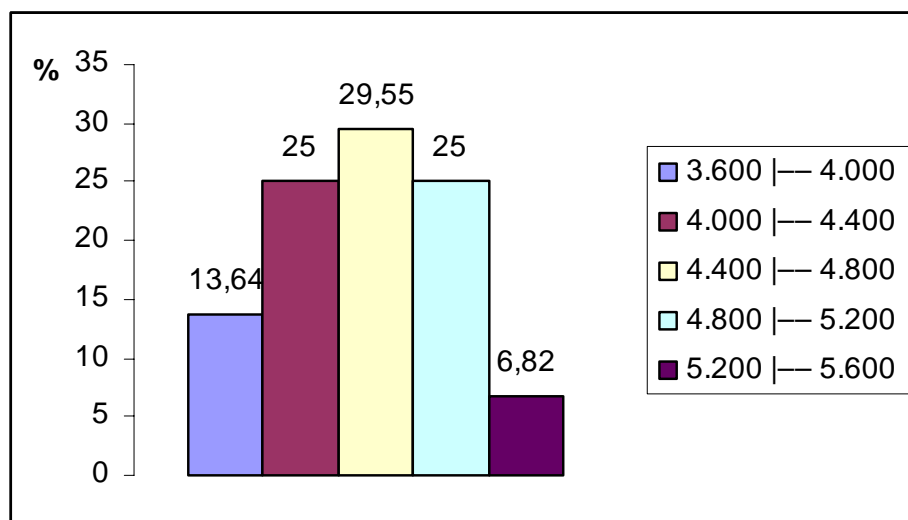


FIGURA 5 – Distribuição dos cursos de Odontologia pesquisados quanto a carga horária total, em horas. Brasil, 2004.

A análise da área da saúde coletiva foi feita por meio dos planos de ensino enviados pelas Instituições de Ensino Superior, planos nos quais, muitas vezes, não constavam todas as informações necessárias. Dessa forma, a quantidade de cursos analisados para cada variável sofreu alteração.

Convém ressaltar que os conteúdos de Orientação Profissional e Odontologia Legal, mesmo constituindo, às vezes, disciplinas separadas, estão relacionados à grande área da Saúde Coletiva. Mas, como a maior parte dos cursos pesquisados não enviou os planos de ensino dessas disciplinas, nesse estudo só fazem parte as disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva e aos estágios extra-murais. Dessa forma, nesta pesquisa, as referências feitas à área da saúde coletiva excluirão a área de Odontologia Legal e de Orientação

Profissional e incluirão o estágio extra-muros, quando esse se constituir uma disciplina isolada.

Um total de 7 cursos apresentam os conteúdos de Orientação Profissional e Odontologia Legal juntos com Saúde Coletiva; portanto, nesses cursos não foi possível delimitar de forma precisa a carga horária destinada a área da saúde coletiva, nem a quantidade de períodos destinados aos conteúdos. Assim, para a análise da carga horária e da quantidade de períodos destinados às disciplinas de Saúde Coletiva, foram analisados o total de 43 cursos de Odontologia.

Em relação à carga horária destinada às disciplinas de Saúde Coletiva, verificou-se que 32,56% dos cursos destinam carga horária de 75 a 199 horas; 44,18% destinam de 200 a 324 horas; 18,60% de 325 a 449 horas; 2,33% de 450 a 574 horas e 2,33% de 575 a 699 horas (Figura 6). A carga horária média destinada às disciplinas de Saúde Coletiva nos cursos pesquisados foi de 249 horas.

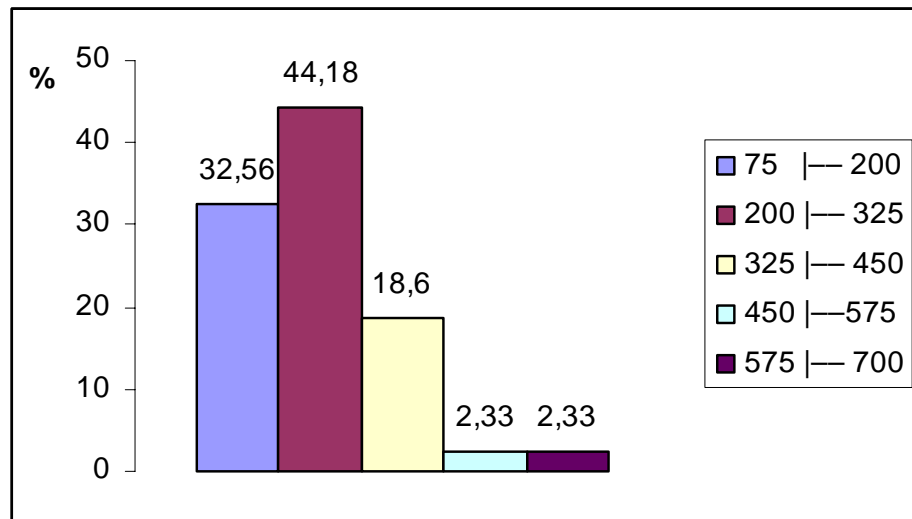


FIGURA 6 – Distribuição dos cursos de Odontologia quanto a carga horária, em horas, destinada às disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.

A carga horária das disciplinas de Saúde Coletiva não apresenta correlação com a carga horária total ($r=0,0271$ e $p=0,8644$), como demonstra a Figura 7.

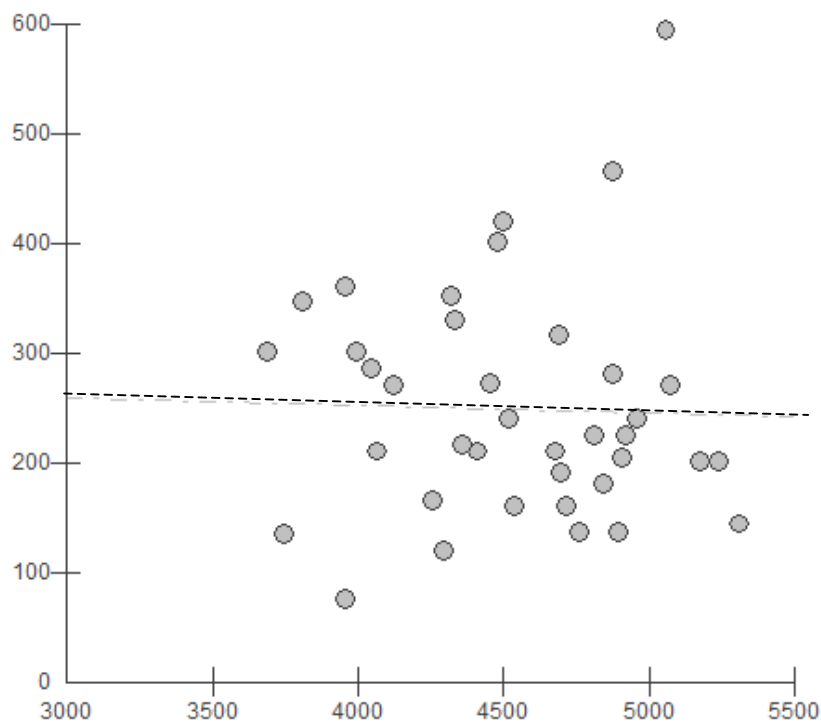


FIGURA 7 – Correlação entre a carga horária total e em Odontologia em Saúde Coletiva dos cursos pesquisados. Brasil, 2004.

Em relação à quantidade de semestres nos quais as disciplinas de Saúde Coletiva são ministradas, verificou-se que 4,65% dos cursos oferecem-na em 1 semestre; 20,93% em 2 semestres; 20,93% em 3 semestres; 27,91% em 4 semestres; 11,63% em 5 semestres; 6,98% em 6 semestres; 2,32% em 7 semestres e 4,65% oferecem as disciplinas em 8 semestres (Figura 8).

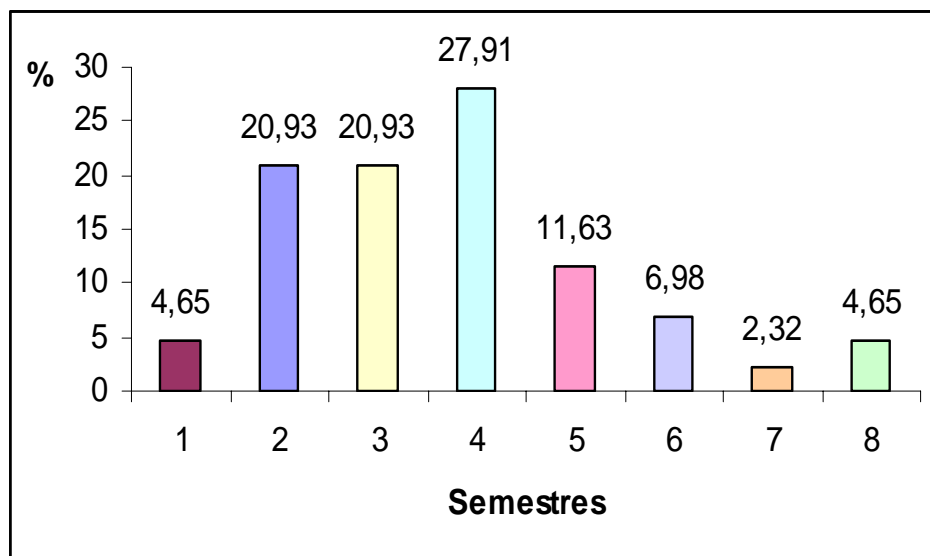


FIGURA 8 - Distribuição dos cursos de Odontologia, segundo os semestres destinados às disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.

Foi verificado que todas as disciplinas são de caráter teórico-prático e 95,35% delas mencionaram em seu plano de ensino a existência de atividades extra-murais.

A estrutura dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Coletiva foi analisada com base nas partes necessárias que devem constar um plano de ensino, de acordo com Carvalho (2001): ementário, objetivos específicos, conteúdo programático, metodologia do trabalho, forma de avaliação e bibliografia básica.

Da análise dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Coletiva, verificou-se que todos trazem dados relativos à identificação, como carga horária, quando é ministrada, nome das disciplinas, semestre

ou ano em que são ministradas e outros dados de identificação que variaram bastante entre os cursos.

Da observação das partes que devem constar um Plano de Ensino, verificou-se que 76% dos planos analisados trazem a ementa, 82% possuem objetivos; 84% trazem os conteúdos programáticos da disciplina; 64% apresentam a metodologia de ensino utilizada; 76% a avaliação empregada e 82% possuem a bibliografia básica (Tabela 2).

Tabela 2 – Partes verificadas nos planos de ensino de Saúde Coletiva dos cursos de Odontologia pesquisados. Brasil, 2004.

Partes Plano de Ensino	Citações no plano de ensino	% Citações no plano de ensino
Ementa	38	76
Objetivos (geral e específico)	41	82
Conteúdo programático	42	84
Metodologia de ensino	32	64
Avaliação	38	76
Bibliografia básica	41	82

Em relação aos dados relativos à análise da nomenclatura utilizada para designar a área da saúde coletiva, não houve exclusão de nenhuma escola, sendo o total de 50 instituições para a análise.

A nomenclatura utilizada para designar a área da saúde coletiva citada nos planos foi: Odontologia Social e Preventiva (30%); Odontologia em Saúde Coletiva (24%); Odontologia Social (20%); Saúde Bucal Coletiva (8%); Odontologia Preventiva (6%); Odontologia Preventiva e Sanitária (4%); Odontologia Sanitária (2%); Odontologia de Promoção

de Saúde (2%); Odontologia Coletiva (2%) e Saúde Coletiva (2%), o que pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Nomenclatura utilizada pelos cursos de Odontologia para a área da saúde coletiva. Brasil, 2004.

NOMENCLATURA	N	%
Odontologia Social	10	20
Saúde Bucal Coletiva	4	8
Odontologia Social e Preventiva	15	30
Odontologia em Saúde Coletiva	12	24
Odontologia de Promoção da Saúde	1	2
Odontologia Coletiva	1	2
Odontologia Preventiva	3	6
Odontologia Preventiva e Sanitária	2	4
Odontologia Sanitária	1	2
Saúde Coletiva	1	2
Total	50	100

Para a análise dos conteúdos programáticos de Saúde Coletiva, determinou-se que esses estariam incluídos em cinco sub-áreas: Epidemiologia em Saúde Bucal, Educação em Saúde Bucal, Políticas Públicas de Saúde, Recursos Humanos em Odontologia e Prevenção em Saúde Bucal. Um total de 42 cursos fez referência aos conteúdos programáticos das disciplinas de Saúde Coletiva em seus planos de ensino (Tabela 2). Verificou-se que em 39 escolas (92,86%) as cinco sub-áreas foram mencionadas; em 1 (2,38%) a sub-área de Educação em Saúde não foi mencionada; em 1 escola (2,38%) Educação em Saúde e Políticas Públicas de Saúde não foram mencionadas e em 1 curso

(2,38%) Políticas Públicas, Educação em Saúde e Recursos Humanos em Odontologia não foram mencionados.

Somente 32 planos de ensino trouxeram informações em relação às metodologias de ensino utilizadas pelas disciplinas da área da saúde coletiva (Tabela 2). Dessa forma, os dados a seguir referem-se a esses 32 planos. É importante ressaltar que um mesmo curso pode citar mais de uma estratégia para o ensino-aprendizagem.

As metodologias ou estratégias de ensino utilizadas pelas escolas são: aulas expositivas (100%), seminários (71,88%), aulas práticas (59,38%), trabalho em grupo (40,63%), estudo dirigido (34,38%), trabalho de campo (25%), dinâmicas de grupo (21,88%), discussão em grupo (21,88%), atividades clínicas (15,63%), visita a serviços de saúde (12,50%), pesquisa bibliográfica (12,50%), problematização (9,38%), discussão de caso clínico (9,38%), discussão de artigos (9,38%), produção de material educativo (6,25%), redação de texto (6,25%), revisão crítica sistemática (3,13%) e palestra com convidados (3,13%), conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Metodologias de ensino utilizadas pelos cursos de Odontologia para a área da saúde coletiva. Brasil, 2004.

METODOLOGIA	Citações no plano	% Citações no plano
Aulas expositivas	32	100,00
Seminários	23	71,88
Aulas práticas	19	59,38
Trabalho em grupo	13	40,63
Estudo dirigido	11	34,38
Trabalho de campo	8	25,00
Dinâmicas de grupo	7	21,88
Discussão em grupo	7	21,88
Atividades clínicas	5	15,63
Visitas a serviços de saúde	4	12,50
Pesquisa bibliográfica	4	12,50
Problematização	3	9,38
Discussão de caso clínico	3	9,38
Discussão de artigos	3	9,38
Produção de material educativo	2	6,25
Redação de texto	2	6,25
Revisão crítica sistemática	1	3,13
Palestra com convidados	1	3,13

Um total de 40 cursos (Tabela 2) fez referência aos métodos de avaliação explicitados nos planos de ensino. A prova escrita foi citada por 100% dos cursos, seguidos da prova prática (80%); da avaliação dos trabalhos solicitados aos alunos (57,5%); da avaliação dos seminários (52,5%) e da avaliação de relatórios (25%), conforme demonstra a Tabela 5. Da mesma forma que as metodologias de ensino, mais de um tipo de método avaliativo foi citado pela mesma escola.

Tabela 5 – Métodos de avaliação utilizados pelas disciplinas de Saúde Coletiva dos cursos de Odontologia pesquisados. Brasil, 2004.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	Citações no plano	% Citações no plano
Prova escrita	40	100,00
Prova prática	32	80,00
Avaliação dos trabalhos	23	57,50
Avaliação dos seminários	21	52,50
Avaliação de relatórios	10	25,00

No que se refere à bibliografia básica, 41 cursos de Odontologia (Tabela 2) citam, em seus planos de ensino, as referências básicas para consulta dos conteúdos ministrados (Quadro 2).

Quadro 2 – Bibliografia básica citada nos planos de ensino dos cursos de Odontologia para as disciplinas de Saúde Coletiva. Brasil, 2004.*

Nome do autor	Título	Citações no plano	%
BUISCHI, Y.P. <i>et al.</i>	Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.	17	41,46
KRIGER, L. <i>et al.</i>	Promoção de saúde bucal	35	85,36
NARVAI, P.C.	Odontologia e saúde bucal coletiva	16	39,02
PEREIRA, A.C.	Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde	13	31,70
PINTO, V.G.	Saúde bucal coletiva	37	90,24
MURRAY, J.J.	O uso correto de fluoretos em saúde pública	6	14,63
MURRAY, J.J.	Bases para prevenção de doenças bucais	5	12,19
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal	18	43,90
THYLSTRUP, A.E. <i>et al.</i>	Cariologia clínica	13	31,71
THYLSTRUP, A.E. <i>et al.</i>	Tratado de cariologia	11	26,83
ROUQUAYROL, M.Z	Epidemiologia e saúde	19	46,34
BARATIERI, L.N. <i>et al.</i>	Dentística: procedimentos preventivos e restauradores	11	26,83
CHAVES, M.M.	Odontologia social	19	46,34
KRASSE, B.	Risco de cárie: guia prático para controle e assessoramento	9	21,95
NEWBRUM, E.	Cariologia	10	24,39
PINTO, V.G.	Saúde bucal: odontologia social e preventiva	20	48,78
FEJERSKOV, O. <i>et al.</i>	Fluorose dentária: um manual para profissionais da saúde	5	12,19
LASCALA, N.T.	Prevenção na clínica odontológica	6	14,63
BOWEN, W.H. <i>et al.</i>	Cariologia para a década de 90	6	14,63
PEREIRA, M.G.	Epidemiologia: teoria e prática	7	17,07
KATZ, S. <i>et al.</i>	Odontologia preventiva em acción	6	14,63
LOESCHE, W.J.	Cáries dentárias: uma infecção tratável	6	14,63
PINTO, V.G.	Odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir.	7	17,07
OUTRAS*		20	48,78

*na categoria OUTRAS, foram incluídas obras com menos de 5 citações.

Discussão

6 DISCUSSÃO

É evidente que, como conseqüência da flexibilização dos currículos, proporcionada pela LDB de 1996, a área da saúde coletiva apresenta-se de forma bastante heterogênea, no que se refere aos vários aspectos de sua organização.

Até a extinção do currículo mínimo, essa disciplina fazia parte das disciplinas profissionalizantes e, além dos conteúdos sociais e preventivos, abordava os de orientação profissional e de Odontologia Legal. Com as Diretrizes Curriculares de 2002 (BRASIL, 2003c), os conteúdos essenciais para o curso de Odontologia não estão divididos em matérias básicas e profissionalizantes. A nova divisão propõe que os conteúdos sejam divididos em: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências Odontológicas. A área da saúde coletiva não está inserida nas Ciências Odontológicas, que comporta as disciplinas clínicas, passando a fazer parte da área de Ciências Sociais e Humanas, na qual incluem-se: “os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (BRASIL, 2003c, p.3).

No que se refere aos dados relativos as IES pesquisadas, a grande maioria delas é mantida pela iniciativa privada (60%) e, dentre as públicas (40%), 24% são federais e 16% são estaduais, como se verifica na Figura 2. Um valor aproximado ao encontrado para escolas privadas foi observado nos trabalhos de Poi (2002) e de Lima (2003), que também pesquisaram dados relativos às faculdades brasileiras, sendo encontrado um valor de 56,53% e 55,4%, respectivamente. O fato da maior participação de escolas privadas nessa pesquisa deve-se, possivelmente, ao fato do maior número de cursos de Odontologia do país serem privados. Em pesquisa realizada no site do Ministério da Educação (www.educacaosuperior.inep.gov/funcional/lista_cursos.asp), em 2004, observou-se que 75,54% dos cursos de Odontologia do país são ministrados pela iniciativa privada.

A região Sudeste foi a que mais apresentou representantes (54%). Também, de acordo com Poi (2002) e Lima (2003), essa região do país teve a maior participação em seus trabalhos, 58,71% e 55,4%, respectivamente. Dados do MEC, de 2004, demonstraram que 56,52% dos cursos de Odontologia estão concentrados na região Sudeste. Marcos (2000) mostra que 71,27% dos cursos estão localizados nas regiões Sul e Sudeste, sendo a Sudeste a região com maior concentração (54,2%).

A maior parte das escolas pesquisadas estão concentradas no estado de São Paulo (34%), seguido por Minas Gerais

(12%) e Rio de Janeiro (10%), o que também foi verificado nos estudos de Lima (2003) e Poi (2002). Esse fato pode ser atribuído à maior concentração de cursos na região Sudeste do país, conforme mencionado anteriormente.

Antes da extinção do currículo mínimo, a carga horária mínima para o curso de Odontologia deveria ser de 3.600 horas, distribuídas em 4 anos (BRASIL, 1982). Verifica-se que com a flexibilização curricular proporcionada pela LDB, atualmente, a maioria das escolas pesquisadas (54,5%) possui o curso em 4 anos, seguido de 27,3%, em 5 anos. Em pesquisa realizada por Paula e Bezerra (2003), a porcentagem de escolas com duração mínima do curso de 5 anos que participaram do estudo foi de 45%, valor superior ao encontrado nesta pesquisa.

Em relação ao formato do curso, a forma semestral é a eleita pela maioria das escolas pesquisadas, conforme demonstrado na Figura 5. De acordo com Estrela (2001), a adoção da seriação semestral pode ser positiva, pois possibilita uma constante atualização dos conteúdos e também possibilita que avaliações sejam feitas com mais frequência.

O Parecer CNE/CES de nº 329/2004, aprovado em 11/11/2004, estabelece a carga horária mínima dos cursos de graduação e bacharelado na modalidade presencial. Para o curso de Odontologia, ficou estabelecido um mínimo de 4.000 horas (BRASIL,2004b).

A grande maioria dos cursos de Odontologia pesquisados (79,55%) oferece a carga horária total de 4.000 a 5.199 horas; porém, 13,64% dos cursos terão que se adequar à nova proposta de carga horária mínima, pois oferecem uma carga horária inferior a 4.000 horas.

A carga horária média dos cursos encontrada nesta pesquisa foi de 4.542 horas, valor inferior a 4.730 horas, resultado que foi encontrado no estudo de Paula e Bezerra (2003).

O foco da discussão, agora, passa a ser a Saúde Coletiva.

No que se refere à carga horária destinada às disciplinas de Saúde Coletiva, é bom salientar que quando as atividades extra-muros constituem uma disciplina à parte, a carga horária destinada a ela foi incluída no total. Observa-se uma grande heterogeneidade na distribuição dessa carga horária, o que pode ocorrer devido a maior ou menor importância que é dada a essas disciplinas pelo curso de cada IES. A maior parte das escolas oferece de 75 a 325 horas e, ainda, algumas escolas estão conscientes da importância da Saúde Coletiva como eixo norteador do processo de formação, oferecendo uma carga horária acima de 450 horas. Um fato que chamou a atenção foi o de um curso destinar somente 75 horas de aula para a Saúde Coletiva, o que é incompatível para formar um profissional com uma visão social da profissão.

O presente estudo constatou que a carga horária média da Saúde Coletiva foi de 249 horas. Valor próximo a esse (257 horas) foi

encontrado em estudo sobre a estrutura curricular dos cursos de Odontologia do país realizado por Paula e Bezerra (2003), que incluíram os conteúdos de Odontologia Social, Preventiva, Saúde Pública, Epidemiologia, Estágios Comunitários e Programas de Saúde na área que foi denominada de Saúde Coletiva. Já os aspectos relacionados à Odontologia Legal e Orientação Profissional foram incluídos em outra área. Esses critérios também foram utilizados na presente pesquisa.

Na análise da carga horária destinada à Saúde Coletiva e à carga horária total do curso, observou-se que não houve correlação, ou seja, os cursos que oferecem maior carga horária não oferecem, necessária e proporcionalmente o mesmo número de horas à Saúde Coletiva (Figura 7). Paula e Bezerra (2003) também não encontraram correlação entre a carga horária do curso e da saúde coletiva e ainda constataram, em seu estudo, que a maioria dos cursos ainda não incorporou a saúde coletiva em seus currículos de maneira efetiva, o que para elas denota o descaso com o papel e a real importância da saúde pública.

A quantidade de semestres em que os conteúdos de Saúde Coletiva são ministrados apresentou uma grande variação, desde 1 até 8 semestres, mas para a maioria a quantidade variou de 2 a 4 semestres.

Em todos os cursos pesquisados, a área da saúde coletiva é de caráter teórico-prático.

É interessante observar o exemplo da disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que, em 1973, era ministrada em um único período e somente com conteúdos teóricos, não existindo atividades de extensão e estágio discente em comunidades. Mas, a partir de 1976, atividades práticas foram desenvolvidas por meio de estágios que promoviam a integração com a comunidade. (WERNECK; LUCAS,1996)

Essa integração da universidade com a comunidade, de acordo com Medeiros (1991), foi proposta pelo MEC, em 1979, e foi denominada de Programa de Integração Docente–Assistencial (IDA), podendo ser resumida como sendo a união de esforços entre as Escolas e os Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da comunidade, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino.

Posteriormente, um outro programa com o objetivo de também proporcionar uma maior articulação ensino-serviço-comunidade foi implementado. Esse programa recebeu o nome de Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade – UNI e foi considerado uma evolução dos projetos IDA (CHAVES, 2003).

Muitos projetos têm sido elaborados para que, com a parceria da comunidade, sejam desenvolvidos novos modelos de ensino e

também novos modelos de atenção à saúde. Do amadurecimento das experiências IDA e UNI, surge a Rede Uniida, mais tarde Rede Unida, com o objetivo de identificar proposições capazes de viabilizar uma política de formação e capacitação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (RANGEL; VILASBÔAS, 1996 *apud* CHIARATTO, 2002).

Minguili (1996), ao se referir às atividades teóricas e práticas, aponta que na organização curricular e extracurricular de um curso de graduação, essas atividades devem estar articuladas, pois a produção do conhecimento tem que ter uma utilidade social, um compromisso social de intervenção na realidade.

Atividades práticas como a realização de levantamentos epidemiológicos; atividades de educação em saúde em cenários diferentes, como escolas, creches, asilos; visitas a serviços de saúde, a clínicas particulares, a empresa de tratamento de águas são alguns tipos de atividades práticas que contribuem para a formação do cirurgião - dentista.

Somente dois cursos não mencionaram, no Plano de Ensino, a realização de atividades extra-muros. Essas atividades são consideradas como atividade de extensão e são fundamentais para a formação do cirurgião–dentista comprometido com os problemas de saúde bucal da população, pois as atividades extra-murais possibilitam ao aluno o conhecimento das dimensões estruturais dos serviços públicos

de saúde, bem como a participação no atendimento à população (MOIMAZ *et al.*, 2004; ÁLVAREZ, 2000).

Segundo Ayers *et al.* (2003), as atividades extra-muros devem ser vistas como componentes importantes de qualquer currículo contemporâneo de Odontologia.

Na América do Norte, cada escola de Odontologia, como parte do currículo, oferece uma ou mais atividades extra-muros, como forma de despertar entre os alunos o senso da responsabilidade social (JESSE, 2002).

Também, no que diz respeito aos estágios extra-muros, Berro (2000) defende essa prática como opção para aperfeiçoar o preparo profissional do aluno que, participando da rotina e do dia-a-dia da profissão, pode estruturar melhor e com mais consciência o seu projeto de vida profissional. Nesses estágios, o aluno busca a adequação do que foi aprendido à realidade diária e do mercado, aprimora a formação de sua postura ética, trabalhando a dimensão humana como um ser inserido e participante de uma comunidade.

Portanto, profissionais que participam de atividades extra-muros têm uma melhor preparação para trabalhar nos serviços de saúde, pois adquirem uma consciência social comunitária (LOMBARDO, 2001).

Até pouco tempo atrás, as instituições de ensino superior procuravam o profissional renomado, com sucesso em suas atividades profissionais e o convidava a ensinar os alunos a serem tão bons

profissionais como ele. Os tempos mudaram e os professores universitários começaram a se conscientizar de que o papel de docente exige uma capacitação própria e específica que não se restringe ao diploma de bacharel, mestre ou doutor, exige tudo isso e competência pedagógica (MASETTO, 2003).

Dessa forma, o professor, ao assumir uma disciplina, necessita de conhecimentos pedagógicos, tanto para a elaboração do plano de ensino, quanto para o ensino propriamente dito.

De acordo com Abreu e Masetto (1980), o professor, ao se comprometer a lecionar uma disciplina, tem como primeiro passo a elaboração de um Plano de Ensino dessa disciplina. O Plano de Ensino constitui uma previsão das atividades que serão desenvolvidas ao longo de uma disciplina (GIL, 1991) e organiza as ações do professor numa ordem seqüencial e hierárquica (ABREU; MASETTO, 1980).

Não existe um modelo rígido a ser seguido na elaboração do plano, mas, de forma geral, deve apresentar, numa seqüência coerente, os elementos a serem considerados no processo de ensino-aprendizagem. Em um Plano de Ensino, algumas partes não podem faltar; porém, não é consenso entre os autores quais são as partes mínimas que devem nele constar.

Nesta pesquisa, utilizou-se como referência Carvalho (2001), que considera como necessário informações como: ementário,

objetivos específicos, conteúdo programático, metodologia do trabalho, forma de avaliação e bibliografia básica.

Da observação dessas partes, nos Planos de Ensino pesquisados, constatou-se que dados referentes à metodologia de ensino e formas de avaliação foram os mais omitidos nos Planos de Ensino (Tabela 2).

O educador deve dedicar-se à atividade de elaboração do Plano de Ensino com todo o empenho, pois o planejamento fornece informações sobre a eficácia de seu trabalho e permite que ele seja aperfeiçoado e renovado, além de permitir a comunicação com os alunos (ABREU; MASETTO, 1980).

O termo Saúde Coletiva é o termo que consta no CFO como uma especialidade odontológica (BRASIL, 2004a); porém, a substituição de termos utilizados anteriormente como odontologia sanitária deverá ocorrer de forma gradual, à medida que os currículos forem sendo reestruturados. Segundo Narvai (1994), ao longo do tempo, as concepções de Odontologia foram mudando e várias adjetivações foram dadas à Odontologia como: Sanitária, Preventiva, Social, Simplificada, Comunitária, Integral, Sistêmica e Saúde Bucal Coletiva.

Dentre as denominações mais utilizadas pelas IES para designar a área da saúde coletiva neste trabalho, encontram-se: Odontologia Social e Preventiva, Odontologia em Saúde Coletiva e Odontologia Social.

O conteúdo programático de uma disciplina é relevante a partir do momento em que garante ao educando uma atuação mais eficiente e criativa. Sua seleção deve basear-se em: importância científica de cada assunto; articulações com programas anteriores; seqüência lógica e racionalização de aprendizagem; utilização e funcionamento. A organização dos temas deve obedecer a uma disposição lógica, favorecendo a ordenação, a importância, o ganho de tempo e o esforço na aprendizagem (ESTRELA,2001).

É importante ressaltar que os conteúdos devem ser selecionados com base nos objetivos propostos pela disciplina (ABREU; MASETTO, 1980).

No que se refere às cinco sub-áreas da Saúde Coletiva: Epidemiologia em Saúde Bucal, Educação em Saúde Bucal, Políticas Públicas de Saúde, Recursos Humanos em Saúde Bucal e Prevenção em Saúde Bucal, a maioria dos cursos abordam todos esses conteúdos.

Segundo Gil (1991), para facilitar a aprendizagem dos alunos, o professor faz uso de estratégias, ou seja, da aplicação de meios disponíveis para o alcance de seus objetivos.

O planejamento de métodos educacionais aplicáveis representa o elemento essencial na prática docente. Para a seleção do método de ensino, alguns critérios devem ser considerados, como: análise dos objetivos educacionais previamente determinados; o conteúdo programático adotado; o nível dos educandos; o tempo disponível para o

conteúdo; o domínio de métodos e técnicas pelo educador (ESTRELA, 2001).

Dentre as várias estratégias de ensino citadas nos Planos de Ensino, as aulas expositivas, os seminários, as aulas práticas, os trabalhos em grupo foram as mais citadas nos planos pesquisados (Tabela 4). Essas estratégias são consideradas tradicionais, principalmente, a aula expositiva. De acordo com Gil (1991), essa é a estratégia mais utilizada e mais controversa, pois enquanto alguns professores defendem seu uso, sobretudo pela praticidade, outros a criticam, chegando a conceituá-la como um processo em que os fatos são transmitidos das fichas do professor para o caderno do aluno sem passar pela mente de nenhum dos dois.

No mundo atual, o professor como simples repassador de conteúdos está com os dias contados, pois o mercado hoje exige um docente que partilhe seus conhecimentos com os alunos e mesmo aprenda com eles, visto que novos conhecimentos surgem a cada dia e, muitas vezes, o professor nem chega a tomar conhecimento de novos fatos.

Dessa forma, o professor deverá mudar o foco do ensinar como reprodução do conhecimento e passar a preocupar-se com o aprender e, em especial, o “aprender a aprender”, abrindo caminhos coletivos em busca e investigação para a produção do seu próprio conhecimento e do seu aluno (BEHRENS, 2000).

Uma estratégia de ensino pouco mencionada nos planos, mas bastante discutida atualmente, é a da problematização. No processo de resolver problemas, o aluno não somente aprende novos princípios que os resolvem, mas também uma série de estratégias mentais mais eficientes para combinar princípios já conhecidos, ou seja, aprende a pensar (BORDENAVE; PEREIRA, 2001).

No que se refere ao processo de avaliação, esse deve auxiliar o educando a progredir na aprendizagem e o educador a aperfeiçoar sua prática pedagógica; portanto, a avaliação deve ser um processo contínuo e sistemático, funcional e integral. O processo de avaliação deve apresentar como objetivos: o conhecimento dos alunos; a identificação das dificuldades de aprendizagem; a determinação de que se os objetivos propostos para o processo ensino aprendizagem foram ou não atingidos; o aperfeiçoamento do processo de ensino aprendizagem; a promoção dos educandos para um grau superior (FRANCO,1997).

Os meios de avaliação mais citados foram: as provas escritas, as provas práticas e a avaliação dos trabalhos (Tabela 5).

Um fato observado foi o de que todas as disciplinas desenvolvem atividades práticas, mas quando da avaliação, nem todas citaram a utilização da avaliação prática como forma de avaliação utilizada.

A avaliação fornece valiosas informações quanto ao domínio da aprendizagem, aos métodos educacionais, ao desempenho

do educador na utilização e adequação do plano de aula e características do conteúdo programático. Diferentes recursos têm sido utilizados para esse propósito, como provas escrita (objetiva, dissertativa, de consulta), oral e prática. Assim, a avaliação constitui o momento de reflexão e análise do desenvolvimento educacional do educando, do educador, da instituição de ensino e de todo o processo de ensino e aprendizagem (ESTRELA, 2001).

Em relação à bibliografia básica utilizada (Quadro 2), verifica-se que as obras “Saúde Bucal Coletiva” e “Promoção de Saúde Bucal” foram as mais citadas. É importante fazer uma observação de que esses dois livros têm suas edições atualizadas, o primeiro é de 2000 e o segundo, de 2003. Porém, o mais importante é que, independente da quantidade de vezes citados, os livros sejam consultados, pois cada um deles têm uma contribuição importante ao conhecimento intelectual do aluno.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, e considerando a metodologia empregada neste estudo, é possível concluir, em relação às características estudadas das disciplinas de Saúde Coletiva, que:

- a maioria dos cursos oferece a carga horária de 75 a 324 horas;
- a maior parte utiliza 2 a 4 semestres para ministrarem os conteúdos relacionados à Saúde Coletiva;
- a nomenclatura mais utilizada foi Odontologia Social e Preventiva;
- todas as disciplinas são de caráter teórico-prático;
- as metodologias de ensino mais citadas foram aulas expositivas, seminários e aulas práticas;
- a prova escrita, a prova prática e a avaliação de trabalhos foram as formas de avaliação mais citadas nos planos de ensino.

Referências

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. T. A.; MASETTO, M. T. *O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos*. São Paulo: Cortez, 1980. 130 p.

ÁLVAREZ, T. B. La nueva formación odontológica y el compromiso social con las comunidades. *Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva*, nesp, p. 83-90, jul. 2000.

ARCIERI, R. M. A odontologia ontem e hoje. In: GOMES, D. C. R. (Org.) *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: EDUFU, 1997. p. 253-283.

AYERS, C. S. *et al.* A comparison of private and public dental students perceptions of extramural programming. *J. Dent. Educ.*, v.67, n.4, p. 412-417, Apr. 2003.

BEHRENS, M. A. Projetos de aprendizagem colaborativa num paradigma emergente. In: MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas: Papirus, 2000. p. 67-132.

BERRO, R. J. Estágios podem preparar acadêmico para o mercado de trabalho. *J. Apcd*, p.21, dez. 2000.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 312 p.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. *Resolução CFO-22/2001*.
Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades
odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações
do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas
aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-
198/95. 15p. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/default01.cfm>>.
Acesso em: 20 mar. 2004a.

_____. Conselho Federal de Odontologia. 2ª ANEO notícias.com. *As
novas especialidades*. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/2aneo_am>.
Acesso em: 20 dez. 2002.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado
Federal, 1988. 292p.

_____. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. *Estabelece as
diretrizes e bases da educação nacional*. *Diário Oficial*, 23 dez. 1996.
Disponível em: <[http://www.mec.gov.br/legis/default.shtm pdf/LDB.pdf](http://www.mec.gov.br/legis/default.shtm%20pdf/LDB.pdf)>.
Acesso em: 8 jun. 2003a.

_____. Parecer nº 370, de 9 de julho de 1982. Proposta do novo
currículo mínimo para o Curso de Graduação em Odontologia – CCC.
Documenta, v. 260, p. 46-54, jul. 1982.

_____. Ministério da Educação e Cultura. *Parecer CNE/CES nº 329/2004*. Carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Disponível em:< <http://www.abeno.org.br>>. Acesso em 1 dez. 2004b.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. *Parecer nº 776/97*. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Disponível em <<http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em 2 jun. 2003b.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. *Diário da União*, 4 mar. 2002. Disponível em:< <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/03020odontologia.doc>>. Acesso em: 8 jun. 2003c.

_____ Ministério da Saúde. *Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>>. Acesso em 12 nov. 2004c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 67p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/media/AprenderSUSfinal.doc>>. Acesso em 12 nov. 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processo de mudança na graduação em saúde: Aprender/SUS*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgetes/deges>>. Acesso em: 14 out. 2004f.

BUARQUE, C. *A aventura da universidade*. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 239 p.

_____. Por uma universidade ligada. *Ensino Superior*, v. 4, n. 47, p. 32 - 37, ago. 2002.

CANGUSSU, M.C.T.; MAGNAVITA, R.; ROCHA, M.C.B.S. Educação e construção da cidadania em um programa de saúde bucal em Salvador-BA. *Rev. Aboprev*. Salvador, v.4, n.1, p. 15-20, jan./jun. 2001.

CARVALHO, A .C. P. *Definições preliminares para caracterização das qualificações do profissional a ser formado*. São Paulo: Ed.UNESP, 1995. 16 p.

_____. *Ensino de odontologia em tempos de L.D.B*. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. 95 p.

_____. *Panorama sobre o ensino e a prática da odontologia no Estado de São Paulo*. São Paulo: Ed.UNESP, 1994. 27 p.

_____. Planejamento do curso de graduação de odontologia. *Rev. ABENO*, v.4, n.1, p. 7-13, jan./dez. 2004.

CHAVES, M. M. *Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde*. 1998. No prelo.

_____. *A odontologia no componente acadêmico dos projetos UNI*. Disponível em: <<http://www.ibiblio.org/taft/cedros/portugues/newsletter/n4/dentacde.html>>. Acesso em: 12 out. 2003.

_____. *Odontologia social*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448 p.

CHIARATTO, A. R. *A utilização da metodologia PBL na odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo ensino-aprendizagem*. 2002. 155 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)- Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2002.

CHIARATTO, R. A.; SALIBA, N. A. PBL: uma nova forma de ensinar, uma nova forma de avaliar – UNESP, Araçatuba. *Rev. ABENO*, v.1, n.1, p. 68-69, jan./dez. 2001. Abstract n. 20.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília, DF.. *Relatório Final*. Brasília: Centro Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CONRADO, C. A.; GOMES, G. S.; ROBAZZA, C. R. C. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares: o currículo multidisciplinar integrado. In: TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. (Org.). *A implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá*. São Paulo:Hucitec, 2004. p. 23-49.

CORAZZA, S. M. *O que quer um currículo?* Pesquisas pós-críticas em educação. Petrópolis: Vozes, 2001. 150 p.

CORDÓN, J. A. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. *Divulg. saúde debate*, n. 13, p.36-53, jul, 1996.

COSTA, I. C. C.; LEITE, M. J. V. F. Recursos humanos em odontologia. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRRN, 1997. p. 205-222.

COSTA, M. V. (Org.). *O currículo nos limiares do contemporâneo*. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 176 p.

DIAS SOBRINHO, J. *Avaliação da educação superior*. Petrópolis: Vozes, 2000. 235 p.

DOLL JÚNIOR, W. E. *Currículo: uma perspectiva pós-moderna*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 224 p.

ESTRELA, C. *Metodologia científica: ensino e pesquisa em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2001. 483 p.

FERNANDES NETO, A. J. A evolução dos cursos de odontologia no Brasil. *Rev. ABENO*, v. 2, n.1, p. 55-56, jan./dez. 2002.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. *Rev. ABENO*, v.4, n.1, p.14-16, jan./dez. 2004.

FORGRAD - FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. *O currículo como expressão do projeto pedagógico: um processo flexível*. Rio de Janeiro: FORGRAD, 2000.

FRANCO, A. *Metodologia de ensino: didática*. Belo Horizonte: Lê, 1997. 88p.

FRANCO, E. B. *et al.* A odontologia em prova, *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 54, n. 5, p. 353-363, set./out. 2000.

FREITAS, S. F. T.; NAKAYAMA, M. Y. Um perfil do estudante de Odontologia no Estado de São Paulo. *Divulg. Saúde Debate*, n. 10, p. 29-37, 1995.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207p.

GONTIJO, L.P.T. *A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia: estudo de uma experiência*. 2002. 227 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GUERRA, E. L. A. *O ensino superior de administração no Brasil: desafios do novo milênio*. Disponível em: <[http://www.angrad.com/angrad/pdfs/xii_enganrad/O%20ensino%20superior%20de%20Administracao%20no%20 Brasil. pdf](http://www.angrad.com/angrad/pdfs/xii_enganrad/O%20ensino%20superior%20de%20Administracao%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2003.

JESSE, S. A. Extramural and/or intramural clinical rotations. *J. Dent. Educ.*, v.66, n.11, p.1240, Nov. 2002.

LEITE, S. B. Considerações em torno do conhecimento. *IN: MOREIRA, A. F. B. Conhecimento educacional e formação do professor*. Campinas: Papirus, 2002. p. 11-24.

LIMA, F. J. A. *Análise de características curriculares da disciplina de odontologia legal nos cursos de graduação em odontologia do Brasil*. 2003. 115 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal)– Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOMBARDO, I. Reflexões sobre o planejamento do ensino de odontologia. *Rev. ABENO*, v.1, n.1, p.17-24, jan./dez. 2001.

LOMBARDO, I.A.; RANALI, J. *Projeto pedagógico: manual de orientação*. Uberlândia: ABENO, 1999. 25 p.

LOUREIRO, I.; DEL-MASSO, M. C. (Org.). *Tempos de greve na universidade pública*. Marília: Ed. UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2001. 222 p.

MACHADO, L. M. Mercado global: a esfinge do presente. In: CIRCUITO PROGRAD, 6., 1996, São Paulo. Anais... São Paulo: Ed. UNESP, 1996. p. 91-105.

MADEIRA, M. C.; CARVALHO, A. C. P. Necessidades e tendências da odontologia nas faculdades e no exercício da profissão: a propósito de uma enquete. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 34, n.4, p, 284-293, jul./ago. 1980.

MAIA, A. S. Prefácio. In: ORGANIZAÇÃO UNIVERSITÁRIA INTERAMERICANA, *A gestão da universidade brasileira: a visão dos reitores*. Piracicaba: Ed. UNIMEP, 1995. p. 5-8.

MANFREDINI, M. Saúde bucal nos municípios, fortalecendo o SUS e melhorando a qualidade de vida. *Ação Coletiva*, v.1, n.1, p. 3-6, jan./mar. 1998.

MARCOS, B. Criação de cursos de graduação em odontologia e novas propostas acadêmicas. *Rev. do CROMG*, v.1, n. 1, p. 14-22, fev. 1995.

_____. Ensino odontológico; novos cursos, mais profissionais e menos demanda da população. *J. do CROMG*, p.8-9, jan../fev. 2000.

MARSIGLIA, R. M. G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru: EDUSC; São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 175-196.

MASETTO, T. M. *Competência pedagógica do professor universitário*. São Paulo: Summus, 2003. 194 p.

MEDEIROS, U. V. Integração docente-assistencial em odontologia no Brasil. *Educ. Méd. Salud*, v.25, n.2, p. 126-137, abr./jun.1991.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. saúde pública*, v. 2, n. 4, p. 533-552, out./dez. 1986.

MENDES, E. V.; MARCOS, B. *Odontologia integral: bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas*. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984. 66p.

MINGUILI, M. G. O desejo do futuro como articulador das atividades de um curso. In: CIRCUITO PROGRAD, 5., 1996, São Paulo. *As atividades de seu curso atendem ao perfil do profissional a ser formado?* São Paulo: PROGRAD, 1996. p. 27-40.

MOIMAZ, S. A. S. *et al* .Serviço extramuro odontológico: impacto na formação profissional. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.*, v.4, n.1, p.53-57, jan./abr. 2004.

MORIN, E. *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal: EDUFRN, 2000. 56 p.

NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.

PADILHA, W. W. N. *Análise da situação do ensino (evolução, modelo pedagógico e enfoque curricular) da disciplina de clínica integrada nos cursos de graduação em odontologia*. 1998. 210 f. Tese (Doutorado em Odontologia: Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PAULA, L. M., BEZERRA, A. C. B. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. *Rev. ABENO*, v.3, n.1, p. 7-14, jan./dez. 2003.

PINTO, E. B. Estado atual do ensino odontológico no Brasil: o prolatino. *Bol. Ass. Bras. Ens. Odont.*, v. 9, n.1, p.25-31, jul.1978.

PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. 541p.

POI, W. R. *Clínica integrada: do ensino à aprendizagem*. 2002. 153 f. Tese (Livre docência) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2002.

RAMALHO, L. B.; NUÑEZ, I. B.; GAUTHIER, C. *Formar o professor profissionalizar o ensino*. Porto Alegre: Sulina, 2003. p.150-151.

RAPHAEL, H. S. Considerações sobre as atividades de curso como veículo de construção curricular. In: CIRCUITO PROGRAD, 5., 1996, São Paulo. *As atividades de seu curso atendem ao perfil do profissional a ser formado?* São Paulo: PROGRAD, 1996. p. 55-62.

SÁCRISTAN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998. 352 p.

SANTOS, L. L. C. P. Dilemas e controvérsias no campo do currículo. In: *Diretrizes Curriculares da Escola Sagarana*. Belo Horizonte: PROCAD/SEE-MG, 2001. p. 35-50.

SOUZA, J. A. A universidade e o ensino da odontologia no Brasil. *Rev. bras. odontol.*, v. 39, n.5, p. 41-44, set./out. 1982.

UNESCO. *Declaração mundial sobre educação superior*. Piracicaba: Ed. UNIMEP, 1998. 51 p.

WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D. Estágio supervisionado em odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arq. Centro Estud. Curso Odontol.*, v.32, n.2, p.95-108 jul./dez. 1996.

LAS UNIVERSIDADES: torres de marfil o atalayas para el progreso? *Bol. Oficina Sanitaria Panam.*, v. 100, n.6, p. 660-667, jun.1986.

Anexos



ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



OF. 212/03
CEP
ACBD/mbc

Araçatuba, 10 de dezembro de 2003.

Referência Processo FOA 2018/2003

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto "Análise de aspectos curriculares da Disciplina de Odontologia Preventiva e Social nos Cursos de Odontologia do Brasil", expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial até 10/12/04 e o relatório final até 10/05/05.


Prof. Dr. Alberto Carlos Botelho Delbem
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Prof. Dra Nemre Adas Saliba
Campus de Araçatuba

ANEXO B

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA**

Prezado(a) Sr(a) Coordenador(a) do Curso de Odontologia

O Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social está desenvolvendo um projeto de pesquisa, no qual faço parte como mestranda, sobre a Odontologia Social ou Saúde Coletiva e sua inserção na estrutura curricular das faculdades brasileiras, projeto este, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Seria de grande importância que a sua valorosa instituição fizesse parte do banco de dados dessa pesquisa que trará certamente informações importantes para o desenvolvimento da área. Para isso, solicitamos a gentileza de vossa senhoria enviar a Estrutura Curricular do Curso e o Plano de Ensino das disciplinas da Área de Odontologia Social ou Saúde Coletiva. Informamos que será mantido o sigilo das informações, não sendo estas divulgadas de forma isolada.

Segue, em anexo, o envelope já selado e endereçado para o retorno do material a fim de facilitar a postagem.

Agradecemos antecipadamente, certos de que podemos contar com a vossa colaboração no envio do material requisitado num prazo de 15 dias, tendo em vista os prazos estabelecidos pela instituição e pela Capes para a conclusão da pesquisa, e aproveitamos para renovar os votos de estima por esta instituição de ensino.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora nos telefones XXXX, pelo endereço XXX ou por e-mail: renatapcb@hotmail.com.

Renata Prata Cunha Bernardes Rodrigues

Mestranda em Odontologia Preventiva e Social pela FOA – UNESP

ANEXO C



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

Prezado(a) Sr(a) Coordenador(a) do Curso de Odontologia

O Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social está desenvolvendo um projeto de pesquisa, no qual faço parte como mestranda, sobre a Odontologia Social ou Saúde Coletiva e sua inserção na estrutura curricular das faculdades brasileiras, projeto este, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Foi enviado em data anterior, um envelope já selado e endereçado para o retorno do material solicitado (**Estrutura Curricular do curso e Plano de Ensino das disciplinas que fazem parte da Área de Odontologia Social ou Saúde Coletiva**) a fim de facilitar a postagem, e foi verificado que a sua valorosa instituição até o momento ainda não enviou o material solicitado.

A participação da sua Instituição é muito importante para a conclusão da pesquisa, que trará certamente informações importantes para o desenvolvimento da área.

Dessa forma, aguardamos o material solicitado e agradecemos antecipadamente, certos de que podemos contar com a vossa colaboração no envio do material requisitado num prazo de 15 dias.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora nos telefones XXXX, pelo endereço XXX ou por e-mail: renatapcb@hotmail.com.

Renata Prata Cunha Bernardes Rodrigues

Mestranda em Odontologia Preventiva e Social pela FOA – UNESP

Autorizo a reprodução deste trabalho
Araçatuba - 2005.
Renata Prata Cunha Bernardes Rodrigues