

**PERCEPÇÕES DOS RÉCEM FORMADOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA  
UNOESTE SOBRE A COMPETÊNCIA “ATENÇÃO À SAÚDE” DESCRITA NAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

**CLÁUDIA DE OLIVEIRA LIMA COELHO**

**PERCEPÇÕES DOS RECÉM FORMADOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA  
UNOESTE SOBRE A COMPETÊNCIA “ATENÇÃO À SAÚDE” DESCRITA NAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

**CLÁUDIA DE OLIVEIRA LIMA COELHO**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Educação. - Área de concentração: Instituição Educacional e Formação do Educador.

Orientador:  
Prof. Dr. José Camilo dos Santos Filho

D  
C672p Coelho, Cláudia de Oliveira Lima  
Percepções dos recém formados do curso de odontologia da Unoeste sobre a competência “Atenção à Saúde” descrita nas diretrizes curriculares nacionais. / Cláudia de Oliveira Lima Coelho. – Presidente Prudente, 2010.  
100 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) – UNOESTE –  
Universidade do Oeste Paulista, 2010.  
Bibliografia.

1. Educação baseada na competência. 2. Odontologia.  
3. Ensino Superior. I. Título.

CLAÚDIA DE OLIVEIRA LIMA COELHO

**PERCEPÇÕES DOS RECÉM FORMADOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA  
UNOESTE SOBRE A COMPETÊNCIA “ATENÇÃO À SAÚDE” DESCRITA NAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Educação - Área de Concentração: Instituição Educacional e Formação do Educador.

Presidente Prudente, 15 de dezembro de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador Prof. Dr. José Camilo dos Santos Filho  
Universidade do Oeste Paulista - Unoeste  
Presidente Prudente - SP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Celeste Morita - Membro Externo  
Universidade Estadual de Londrina - UEL  
Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Ivone Tambelli Schmidt  
Universidade do Oeste Paulista – Unoeste  
Presidente Prudente - SP

## DEDICATÓRIA

*Ao meu marido Rogério e a meus filhos Arthur e Pedro, razões da  
minha vida,*

*Aos meus pais, aos quais devo a vida,*

*A Deus, por derramar, a cada dia, seu amor em mim!*

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. José Camilo dos Santos Filho, pelos seus ensinamentos e direcionamento na realização desta pesquisa.

Ao prof. Dr. Robson Quintilio, pela preciosa contribuição em colocar a pesquisa na internet e confecção de gráficos.

A Jakeline Queiroz Ortega, bibliotecária, pela presteza na revisão.

Ao Jackson, pela colaboração na normatização;

E a todos os docentes do programa de mestrado que nos guiaram nesta tarefa e a todos os docentes do curso de Odontologia que me auxiliaram e incentivaram de algum modo.

Muito, muito obrigada!

*"Não são as espécies mais fortes e nem as mais inteligentes  
que sobrevivem, mas sim aquelas que melhor respondem às  
mudanças".*

**...Charles Darwin**

## RESUMO

### **PERCEPÇÕES DOS RECÉM FORMADOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNOESTE SOBRE A COMPETÊNCIA “ATENÇÃO À SAÚDE” DESCRITA NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.**

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Odontologia descrevem o perfil profissional e as competências que o profissional deve adquirir em sua formação. O objetivo geral da pesquisa foi verificar as percepções dos profissionais que concluíram o curso de Odontologia da Unoeste, nos anos de 2007, 2008 e 2009, sobre a aquisição da competência geral “Atenção à Saúde” descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia. O questionário estruturado quantitativo, contendo 29 questões formuladas com base no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais foi enviado por e-mail aos egressos. A maioria dos egressos (96,4%) relata que se sentem capazes de atender às necessidades de atenção à saúde nas comunidades em que estão inseridos, considerando que a contribuição do curso para a capacidade de compreender, analisar problemas (77,8%), propor soluções para estes (71,4%) e tomar decisões (57,1%) foi contribuição plena. Dentre as ações de prevenção e promoção de educação bucal os pontos melhores avaliados foram o preparo para trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde bucal e as ações educativas para clientela específicas e a aplicação de métodos de prevenção e promoção de saúde relacionados às principais doenças bucais. Os pontos com avaliação mais frágil foram as percepções sobre o preparo para desenvolver ações de educação para saúde bucal, para participar dos programas governamentais de promoção e proteção à saúde bucal, para reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais. A contribuição da prática docente na formação de princípios éticos e bioéticos foi considerada plena por 67% dos egressos. O tratamento restaurador com técnicas de dentística, tratamento endodôntico estão entre as competências de reabilitação bucal com melhores avaliações. Entre as competências de mais baixa avaliação estão o preparo para realizar tratamento reabilitador com uso de próteses, preparo para realizar tratamento cirúrgico através de exodontias, preparo para realizar tratamento periodontal e realizar tratamento ortodôntico preventivo. A análise das respostas encontradas ressaltou a importância da pesquisa com egressos na adequação para melhorar a aderência do curso de Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. A pesquisa mostrou, segundo a opinião dos egressos, as fragilidades e pontos fortes do curso, e essas serão encaminhadas ao Núcleo Docente Estruturante para aprimoramento do Projeto Pedagógico.

Palavras chave: Educação em Odontologia. Diretrizes Curriculares Nacionais. Atenção à saúde.



## **ABSTRACT**

### **UNOESTE DENTISTRY COURSE NEWLY GRADUATES PERCEPTIONS OF THE ABILITY "HEALTH CARE" DESCRIBED IN THE NATIONAL CURRICULAR GUIDELINES**

The National Curricular Guidelines (NCG) for the dentistry course describe the professional skills and profile that dentistry undergraduate students must acquire in their formation. The overall objective of the research was to verify the perceptions of professionals who completed the course of dentistry at Unoeste, in 2007, 2008 and 2009 regarding the acquisition of the general ability "Health Care" described in NCG to this course. A structured questionnaire, containing 29 questions based on the text of the National curriculum guidelines was submitted by email to graduates. Most of them (96.4%) report that they feel able to meet the needs of health care in the communities in which they are inserted, whereas the contribution of the course to the ability of understanding and analyzing problems (77.8%), proposing solutions (71.4%) and decisions (57.1%) was fully achieved. In relation to prevention and promotion of oral health education, the skills best evaluated were team work preparation, development of group actions for promoting and protecting oral health and educational actions for specific clientele, and application of methods of prevention and health promotion related to the main oral diseases. Skills with more fragile evaluation were perceptions about developing actions for oral health education, participation in government programs for the promotion and protection to dental health, recognition of key factors related to the etiology, epidemiology levels of prevention and control of major mouth diseases. Sixty eight percent of the students consider that the faculty fully contributes to the formation of ethical and bioethical principles. The restorative treatment with operative dental techniques and endodontic treatment were among the best oral rehabilitation skills evaluated. Among the lowest evaluation skills there was the preparation to perform rehabilitator treatment using dental prostheses, surgical treatment using exodontias, periodontal treatment and performing preventive orthodontic treatment. The analysis of the responses emphasized the importance of research with undergraduates in order to improve the adherence to the National Curriculum Guidelines. The survey showed, according to the opinion of graduates, the weaknesses and strengths of the course and these will be forwarded to the core Faculty for enhancement of structuring teaching projects.

**Keywords:** Dentistry education. National Curriculum Guidelines. Health Care.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contexto do Problema .....	11
1.2 O Problema da Pesquisa .....	14
1.3 Objetivos da Pesquisa .....	17
1.4 Importância e Relevância da Pesquisa.....	18
1.5 Organização Geral da Pesquisa .....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 O Ensino da Odontologia no Brasil.....	20
2.2 A Lei de Diretrizes e Bases da Educação e o Curso de Odontologia .....	23
2.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia.....	24
2.4 As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).....	27
2.5 O Ensino por Competências na Formação do Cirurgião-Dentista .....	28
2.6 Promoção da Saúde, Níveis de Atenção à Saúde e o Ensino da Odontologia .....	37
3 MÉTODO .....	40
3.1 Caracterização da Pesquisa .....	40
3.2 O Universo da Pesquisa .....	40
3.3 Instrumento da Pesquisa .....	43
3.4 Procedimentos para a Coleta de Dados .....	44
3.5 Análise de Dados.....	45
3.6 Aspectos Éticos .....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	46
4.1 Capacidade de Atender às Necessidades de Atenção à Saúde das Comunidades em que estão Inseridos .....	46

4.2	Capacidade de Trabalhar de Forma Integrada e Continua com as Demais Instâncias de Saúde .....	49
4.3	Capacidade de Raciocinar Criticamente, Analisar os Problemas de Saúde Encontrados e Propor Soluções para estes.....	52
4.4	Prática Docente e Princípios de Ética e Bioética .....	55
4.5	Capacidade de Desenvolver Ações de Prevenção, Promoção e Reabilitação da Saúde Bucal.....	57
4.5.1	Capacidade de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde bucal .....	57
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
ANEXOS		
	Anexo A .....	89
	Anexo B .....	95
APÊNDICES		
	Apêndice A .....	96
	Apêndice B .....	100

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de egressos e de respondentes do curso de Odontologia da Unoeste, nos anos de 2007 a 2009.....	41
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Porcentual dos egressos respondentes, segundo o sexo .....	41
Gráfico 2	Distribuição dos egressos respondentes, segundo o ano de conclusão do curso.....	42
Gráfico 3:	Distribuição dos Egressos respondentes, segundo a idade .....	43
Gráfico 4:	Porcentual de egresso que se sentem capazes de atender às necessidades de atenção à saúde das comunidades em que estão inseridos.....	47
Gráfico 5:	Atuação fora do ambiente universitário .....	48
Gráfico 6:	Oportunidade de realizar ações integradas com outros profissionais da saúde .....	50
Gráfico 7:	Referenciar pacientes para o SUS .....	51
Gráfico 8:	Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento do raciocínio lógico e análise crítica .....	53
Gráfico 9:	Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da competência de compreensão e análise de problemas de saúde bucal.....	54
Gráfico 10:	Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da competência de tomada de decisões.....	54
Gráfico 11:	Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da capacidade de propor soluções para os problemas de saúde bucal encontrados .....	55
Gráfico 12:	Percepções sobre a contribuição da prática docente para a formação de profissionais preocupados em agir dentro dos princípios de ética/bioética e com o melhor padrão de qualidade .....	57
Gráfico 13:	Percepções sobre o preparo para desenvolver ações de educação para a saúde bucal para a população em nível individual e ou coletivo.....	58
Gráfico 14:	Percepções sobre o preparo para trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde bucal .....	59
Gráfico 15:	Percepções sobre o preparo para participar dos programas governamentais de saúde bucal e promoção e proteção à saúde bucal (ex. ESF) .....	60
Gráfico 16:	Percepções sobre o preparo para planejar ações educativas para clientelas específicas (gestantes, crianças, hipertensos, adolescentes, idosos, etc.) .....	61
Gráfico 17:	Percepções sobre o preparo para reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais.....	62
Gráfico 18:	Percepções sobre o preparo para aplicar métodos de prevenção e promoção de saúde, relacionados às principais doenças bucais.....	63
Gráfico 19:	Percepções sobre o preparo para realizar diagnóstico preciso de doenças e problemas bucais .....	65
Gráfico 20:	Percepções sobre o preparo para elaborar plano de tratamento odontológico .....	66

Gráfico 21: Percepções sobre a capacidade de realizar tratamento restaurador com técnicas de dentística .....	67
Gráfico 22: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento Endodôntico.....	68
Gráfico 23: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento reabilitador com uso de próteses.....	69
Gráfico 24: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento cirúrgico através de exodontia .....	69
Gráfico 25: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento periodontal.....	70
Gráfico 26: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento ortodôntico preventivo .....	71
Gráfico 27: Percepções sobre o preparo para prescrever terapêutica medicamentosa .....	72
Gráfico 28: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento emergencial.....	73
Gráfico 29: Percepção de insuficiências no curso de graduação de Odontologia da Unoeste.....	74
Gráfico 30: Causas das Insuficiências do curso de graduação, na percepção dos egressos.....	75
Gráfico 31: Causas das Insuficiências do curso de graduação, na percepção dos egressos (2007 a 2009) .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contexto do Problema

A escolha do tema “Percepções dos recém-formados do curso de Odontologia da Unoeste sobre a competência “Atenção à saúde”, descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais” se dá em um momento importante da Faculdade de Odontologia da Unoeste. Com a tarefa de realizar mudanças que invertessem a curva descendente da qualidade de ensino e conseqüentemente do número de alunos fui chamada à direção deste curso. O mestrado em Educação foi uma conseqüência da busca por caminhos que guiassem esta tarefa. Uma das primeiras e principais preocupações foi aprofundar o conhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia e propor mudanças no projeto pedagógico.

Educação e Saúde são temas de vital importância para o ser humano. A contribuição que esta pesquisa teve na vida dos egressos e terá na vida dos futuros formandos da Faculdade de Odontologia da Unoeste é gratificante para qualquer iniciante na pesquisa. A formação educacional no terceiro grau faz parte do projeto de vida do aluno e o aprendizado resultante influenciará de maneira definitiva na vida do futuro profissional.

As diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro 2002) (Anexo A) propõem o perfil do profissional a ser formado: generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Também deve ser capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população e estar pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. A formação de profissionais generalistas tem sido um desafio para os cursos de graduação em Odontologia, pois o ensino exercido por especialistas tende à valorização da especialização precoce.

Dentre as competências e habilidades gerais descritas no Art. 4º, inciso I, a competência *Atenção à saúde* descreve quais competências e habilidades gerais o cirurgião dentista deve adquirir em sua formação. Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (CNE/CES 3,19/02/2002).

Nas competências e habilidades específicas para a formação do Cirurgião-Dentista, as DCN enfatizam que este deve estar apto à:

- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizado e comprometido com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multi, inter e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, na cidadania e na ética;
- reconhecer a saúde como direito e condição digna de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para sua investigação, prevenção, tratamento e controle;



- promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- desenvolver raciocínio lógico e análise crítica;
- propor e executar planos de tratamento adequados;
- realizar a preservação da saúde bucal;
- trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde.

Para Silveira (2004), a forma das diretrizes que temos hoje não é fruto da decisão isolada e atemporal de um “governo” que decidiu, de forma autoritária, o que é melhor para o ensino de uma nação. Para ele, trata-se de um processo histórico, fruto de diferentes momentos e espaços político-ideológicos, porque constituiu-se a partir de um marco conceitual determinado por relações externas e de âmbito social, incluindo a ideologia profissional, influências internacionais, relações dos profissionais da saúde com a sociedade e a estrutura e o contexto sócio-econômico em determinado momento e contexto histórico.

Para Morita e Kriger (2004, p.17),

as DCN são orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior, na área da saúde, entretanto, estas precisam ser entendidas dentro de um contexto maior, o da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira resultou de um movimento social amplo, advindo das discussões e reflexões principalmente das Conferências Nacionais de Saúde. Entre seus pontos estratégicos, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como compromisso assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva, cujo objetivo é melhorar a qualidade da atenção à saúde no País.

Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.088/1990, são aliados às premissas da Educação Superior Brasileira, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001, no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006, além da proposta de reforma da educação superior coordenada pelo Ministério da Educação. (BRASIL, 2006).

A reflexão sobre a formação dos profissionais da saúde dentro do contexto e das necessidades do SUS tem ocorrido na área da Medicina e da Enfermagem há algum tempo, e mais recentemente e, com certo atraso, na área Odontológica. O capítulo da Constituição Brasileira que definiu o SUS traz também um marco regulatório que diz que compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde. O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, tem procurado orientar o processo de formação dos recursos humanos da área, a fim de diminuir o distanciamento entre suas necessidades e a formação desses recursos. Assim, os conceitos de saúde da Constituição de 1988 e os princípios que nortearam a criação e implantação do SUS foram essenciais na elaboração das Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde.

## 1.2 O Problema da Pesquisa

Entendemos que é na Competência *Atenção à Saúde* que podemos alcançar os melhores avanços na formação alinhada às DCN e também as maiores dificuldades. De acordo com Morita et al. (2007, p. 86) “a perspectiva de uma

formação centrada no diagnóstico e tratamento de doenças deve ceder espaço para uma compreensão ampliada, que permita o manejo de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais foram forjadas para aproximar-se das orientações do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca a universalidade e a integralidade. A formação dos profissionais da saúde, dentre eles a dos cirurgiões-dentistas, deve estar direcionada e comprometida com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde.

Como consequência da interrelação entre saúde e educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais assumem um papel importante na formação de profissionais para trabalhar no Sistema Único de Saúde e no aprimoramento deste sistema, formando profissionais capazes de prover atenção integral mais humanizada, resolutiva e contínua à comunidade em que estão inseridos. Em síntese, todas as competências descritas nas DCN são aquelas requeridas para trabalhar para o SUS e como resultado, temos a indagação: Está o curso de Odontologia da Unoeste formando profissionais competentes na “Atenção à Saúde”, como descrito nas DCN?

Entendemos que a preparação para a prática desse profissional durante o curso de graduação requer um trabalho conjunto entre docentes, discentes, coordenação e direção. É preciso conhecer quais são as percepções dos profissionais formados no curso de Odontologia da Unoeste que estão entrando no mercado de trabalho, sendo que deve existir uma constante retroalimentação entre o órgão formador e seus egressos.

A fim de alcançar a plenitude dessa formação, fizemos e ainda estamos fazendo algumas alterações na estrutura curricular para que nos aproximemos do perfil descrito nas DCN. Essas mudanças não foram uma reforma ampla na estrutura curricular vigente, mas aproximações que valorizaram a disciplina de saúde coletiva com atividades em ambientes externos à universidade, com maior interdisciplinaridade de ações, valorização de atividades integralizadoras, com acompanhamento mais atento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e das ações de atenção básica à saúde.

De acordo com Ranali e Lombardo (2006), o projeto pedagógico não deve ser só um documento da Instituição de Ensino Superior (IES), mas deve ser, principalmente, um compromisso de trabalho coletivo de todos os segmentos (docentes, discentes e funcionários), sendo de suma importância para a formação de um profissional com uma visão abrangente de sua responsabilidade como agente de saúde e como cidadão atuante em sua comunidade.

Ao refletir sobre as relações entre o perfil profissiográfico traçado nas DCN, as práticas acadêmicas e a formação profissional do cirurgião-dentista, Matos (2005) conclui que, por terem uma imagem da Odontologia como uma profissão eminentemente liberal, ao finalizarem o curso os graduandos se confrontam com uma realidade profissional diferente da imaginada. Isso induz a um provável enfrentamento de uma situação de frustração e incapacidade de realização do seu projeto profissional.

Sobre o processo de formação de odontologia entre alunos de cursos de especialização (pós-graduação *lato sensu*), Cordioli (2006) constata que existe uma visão da odontologia descontextualizada da realidade e com ênfase intraprofissional, com pouca integração com as outras áreas da saúde. O atual momento requer reflexões, discussões e mudanças nos cursos de graduação juntamente com a universidade, serviços de saúde e sociedade. O que se busca com estas diretrizes é que o eixo da formação centrada na assistência individual, restrita à clínica privada, mude para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Para ser coerente com as novas diretrizes, devemos formar profissionais capazes de enfrentar os problemas saúde/doença da população. Apesar de aprovadas em 2002, as DCN ainda não estão bem compreendidas pela maioria dos coordenadores, corpo docente e alunos dos cursos de odontologia, pois muitos são os desafios, áreas de desconhecimento e nós críticos.

A preocupação com a formação dos profissionais com excelência técnica e responsabilidade social, que consigam atuar não só nos tratamentos de doenças, mas também na promoção da saúde, apesar de atual, começa com a estratégia internacional de Saúde para Todos, da Declaração de Alma Ata em 1978, e culmina atualmente com as avaliações propostas pelo Sistema Nacional de

Avaliação do Ensino Superior (SINAES), abrangendo entre outras avaliações externas, o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE). As DCN não indicam os caminhos concretos que as escolas devem seguir para alcançar as transformações necessárias, pois são orientações genéricas que requerem espaços coletivos para debates, discussões e avaliações de todos os sujeitos envolvidos no processo de formação profissional, a fim de traduzi-los em diretrizes curriculares específicas para um curso concreto, contextualizado numa realidade específica.

Paula e Bezerra (2003, p.10) escreveram:

o conteúdo curricular é responsável pela formação de bases sólidas que propiciem o pensamento crítico, fundamentado cientificamente. Na sua ausência, provavelmente os profissionais terão dificuldades para fazer um julgamento criterioso do uso de novas tecnologias, não diferenciando o que significa um avanço real do que é meramente um estratagema mercadológico.

Isto também é aplicado aos conhecimentos sobre saúde geral, novas terapias, mecanismos de ação de novas drogas que têm interferência no padrão de saúde bucal.

### 1.3 Objetivos da Pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa foi verificar as percepções dos profissionais que concluíram o curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia “Dr. Mário Leite Braga” da Unoeste, nos anos de 2007, 2008 e 2009, sobre a aquisição da competência geral “*Atenção à Saúde*” descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia, tendo em vista o aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso.

Foram objetivos específicos desta pesquisa:

- 1- Verificar se os recém-egressos se sentem aptos a atender às necessidades de atenção à saúde das comunidades em que estão inseridos;
- 2- Investigar se os recém-egressos se sentem aptos a trabalhar de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde;

3- Investigar se o curso de Odontologia vem formando profissionais com capacidade de raciocinar criticamente, analisar os problemas de saúde encontrados e propor soluções para estes problemas, pois não deixa claro quais experiências educativas são eficazes para desenvolver tais habilidades;

4- Verificar se os recém-egressos se sentem aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde bucal, tanto em nível individual como coletivo, da comunidade na qual estão inseridos e quais os nós críticos percebidos por eles para a aquisição desta competência, uma vez que estão recentemente formados ou prestes a entrar no mercado de trabalho e por isso têm plena lembrança de seu período de formação;

5- Investigar se os princípios de ética e bioética foram trabalhados pelos docentes do curso de odontologia junto ao corpo discente.

#### 1.4 Importância e Relevância da Pesquisa

A interrelação entre saúde e educação assume uma importância estratégica para o funcionamento e aperfeiçoamento do SUS, e reciprocamente, os princípios que nortearam a criação e a implantação do SUS foram elementos fundamentais na definição das DCN para os cursos da área da saúde. Assim, a integração do processo ensino-aprendizagem à rede de serviços de saúde deve fazer parte do projeto político-pedagógico do curso de Odontologia.

Segundo Morita e Kriger (2004), para formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e do SUS, profundas mudanças são necessárias nos cursos de graduação em Odontologia. Para os autores, é essencial que ocorra efetiva articulação entre as políticas de Educação e de Saúde.

A inadequação da formação dos profissionais de Saúde tem levado à necessidade de requalificação profissional que pode ser constatada através dos recursos gastos pelo Ministério da Saúde em “capacitações” (MORITA; KRIGER, 2004).

O resultado da pesquisa sobre a aquisição da competência “*Atenção à Saúde*” deve culminar com sugestões de ações e mudanças para o Núcleo Docente Estruturante do curso de Odontologia da Unoeste.

### 1.5 Organização Geral da Pesquisa

Quanto à organização dos demais capítulos, no capítulo dois fazemos uma breve contextualização histórica do ensino Odontológico no Brasil, uma análise da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e das Diretrizes Curriculares referente ao curso de Odontologia. Ainda discutimos nesse capítulo, a influência e importância da reforma Sanitária na formação dos profissionais da saúde e a contribuição da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) para a concretização dessas diretrizes, através dos relatos das oficinas sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais com dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos Cursos de Odontologia no Brasil. Nesse capítulo sintetizamos também a contribuição das pesquisas realizadas recentemente sobre a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia. Concluímos o capítulo conceituando competência e fazendo uma breve descrição dos níveis de Atenção à Saúde e do ensino da Odontologia.

No capítulo três descrevemos a metodologia utilizada na pesquisa.

No capítulo quatro apresentamos os resultados e a discussão dos dados da pesquisa, através de comparações com resultados de pesquisas semelhantes e de reflexões sobre esses resultados e a realidade da Faculdade de Odontologia da Unoeste.

Encerrando o trabalho, no capítulo cinco apresentamos as conclusões finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O Ensino da Odontologia no Brasil

A prática da odontologia no Brasil existe desde o século dezesseis. Pode ser caracterizada em três períodos: período artesanal ou vocacional, período acadêmico e período humanístico.

No período de artesanato ou vocacional, que vai de 1500 a 1850, a profissão foi exercida de forma empírica nos primeiros centros formadores e se preocupava com a estética. Entre 1500 e 1600, houve os “Comissários Delegados” que representaram o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor do Reino, que concediam licença aos boticários e autorização para o exercício da arte de curar. O exercício da arte dentária no Brasil foi regularizado somente em 9 de novembro de 1629, com a Carta Régia de Portugal, que citava pela primeira vez os barbeiros. O Regimento do Ofício de Cirurgião-mor, de 12 de dezembro de 1631, estabelecia multa de dois mil réis para quem tirasse dentes sem licença, o que era concedido pelo doutor Antonio Francisco Milheiro, responsável pela avaliação de sangradores que também tiravam dente, além das parteiras e barbeiros. Era preciso comprovar mais de dois anos de aprendizado nesses ofícios.

A sanção do Regimento ao Cirurgião Substituto das Minas Gerais, em 09 de maio de 1743, representou os primórdios da legislação ligada à Odontologia. Os pretendentes pagavam uma taxa para fazer o exame e obter a carta para trabalhar. Para melhorar a fiscalização nas colônias portuguesas, a rainha D. Maria I assinou, em 17 de junho de 1782, a criação da Real Junta de Protomedicato, que extinguiu os cargos de físico-mor e cirurgião-mor e passou a responsabilidade da concessão de cartas e licenças para essa junta, formada por deputados, médicos e cirurgiões aprovados. Do candidato à profissão de dentista exigia-se um exame muito rudimentar que constava de conhecimentos parciais de anatomia, métodos operatórios e terapêuticos, sendo que a maioria dos candidatos era advinda da França e Portugal. Somente após alguns anos foi concedida esta titulação a um brasileiro (ROSENTHAL, 2001, apud COSTA NETO, 2006).



O período Acadêmico (1850 a 1970) foi assinalado pela implantação formal das primeiras faculdades de Odontologia, quando se iniciou o reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas (CARVALHO, 1995).

As histórias da odontologia e da medicina no Brasil estão ligadas, como em outras regiões do mundo, o que dificulta o isolamento preciso da origem da prática dental nesta nação (SALIBA et al., 2009, p. 225). Em 1850 exigiu-se a prestação de exames nas Faculdades de Medicina para a Habilitação da prática odontológica, o que se constitui o marco inicial deste período. Em Decreto de 16 de agosto de 1851, o Estatuto das Faculdades de Medicina previa um exame para dentistas. Em 1854, em outra reformulação estatutária da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, incluiu-se a realização de “exames dos dentistas e dos sangradores que se quiserem habilitar a fim de exercerem a sua profissão”, o que foi regulamentado pelo Decreto nº1764, de 14 de maio de 1856. (CARVALHO, 1995). A educação formal na área odontológica começou em 1879, com a introdução da disciplina “Cirurgia Dental”, a qual estava ligada às escolas de medicina.

O ensino de Odontologia só foi oficialmente instituído no Brasil em 1884, no governo imperial, graças à chamada Reforma Sabóia, desenvolvida pelo Visconde Sabóia, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, quando em 25 de outubro de 1884, pelo Decreto 9311 tornou oficial e criou simultaneamente os dois primeiros cursos de Odontologia de Nível Superior na Bahia e no Rio de Janeiro. No início, estes cursos estavam vinculados às Faculdades de Medicina, com duração de 3 anos, sendo que a parte prática era ministrada na 2ª série, com “Patologia dentária e higiene da boca” e na 3ª série, com “Terapêutica dentária” e “Cirurgia e Prótese dentária”.

Carvalho (1995) ressalta que o desenvolvimento inicial do ensino odontológico no Brasil, embora localizado nas Faculdades de Medicina, como em vários países europeus, na realidade era diferente do de alguns destes países, pois era um curso com currículo próprio, sem que houvesse disciplinas em comum com o curso médico. Na segunda metade do século XIX, reconhecendo que a técnica americana era superior, iniciaram-se viagens de instrução aos Estados

Unidos. O ensino odontológico nos Estados Unidos surgiu em 1839 com o Baltimore Dental College e, diferentemente da tradição europeia, era desvinculado das faculdades de medicina.

De acordo com Saliba et al. (2009), em 1911 a disciplina chamada “Técnica Dental” foi introduzida no Brasil, a qual envolveu treinamento em manequins de aprendizagem. Este passo representou um avanço nos aspectos técnicos da educação odontológica. Em 1919, a educação odontológica no Brasil começou a se realizar em um programa de graduação de quatro anos e a enfatizar o conhecimento básico na biologia e na metodologia. A partir de 1933, os cursos de odontologia tornaram-se autônomos, e a profissão começou a diferenciar-se da medicina, o que permitiu que algumas escolas desenvolvessem a especialização além do treinamento básico.

A partir da LDB 4024/61 o Conselho Federal de Educação (CFE), em 1961, passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores. Em 1962, por meio do Parecer 299/62, fixou a duração do Curso de Odontologia em 04 anos e dividiu o elenco de matérias em dois ciclos: um básico e outro profissionalizante.

Em 1964 a Lei nº 4324/64 instituiu os Conselhos Federais e Estaduais de Odontologia com a finalidade de “supervisionar a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente”. Em 1966, por meio da Lei 5.081 de 24/08/1966, o exercício da odontologia foi oficialmente regulamentado.

No período humanístico, a partir de 1970, surgiram as preocupações de introdução das matérias da área de humanas no currículo odontológico. Em 1970, o Conselho Federal de Educação reestudou a matéria e emitiu o Parecer 840/70, do CFE, aprovado em 11 de novembro de 1970. Este Parecer fixou o currículo mínimo do curso de graduação em Odontologia em 3240 horas/aula, que poderiam ser integralizada no mínimo em três e no máximo em cinco anos letivos. Em 1º de janeiro de 1971, surgiu novo currículo, sem alterações substanciais, reorientando o ciclo básico com a Biologia, as Ciências Morfológicas, as Ciências Fisiológicas e a Patologia, ficando o ciclo profissional com a Patologia e Clínica

Odontológica, Odontologia Social e Preventiva, a Odontopediatria e a Odontologia Restauradora (FERNANDES NETO, 2002).

Em 03 de setembro de 1982, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o novo currículo mínimo. Por meio da Resolução CFE nº 04/82, fixou os conteúdos mínimos e a duração mínima do curso de Odontologia em 3600 horas, integralizadas, no mínimo em oito e no máximo em dezoito semestres letivos. Foram introduzidas as disciplinas de Clínica Integrada e Odontologia Social e Preventiva e também matérias da área de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. Este currículo mínimo vigorou até a promulgação da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e bases da educação nacional, a partir da qual passaram a vigorar as diretrizes curriculares, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação.

## 2.2 A Lei de Diretrizes e Bases da Educação e o Curso de Odontologia

Promulgada em 20 de dezembro de 1996, a Lei 9.394 estabelece as “diretrizes e bases da educação nacional”. Esta lei define as aplicações, na prática escolar, dos princípios formulados na Constituição Nacional e que devem ser obedecidos em todos os níveis e instituições da escolaridade. Constituiu-se em um marco histórico importante na educação brasileira, uma vez que reestruturou a educação escolar, reformulando os diferentes níveis e modalidades da educação. Além disso, desencadeou um processo de implementação de reformas, políticas e ações educacionais, tendo por base as transformações em curso na sociedade contemporânea (BITTAR et al., 2008).

A Lei 9394/96 estabelece os princípios da educação e os deveres do Estado em relação à educação escolar pública, definindo as responsabilidades, em regime de colaboração, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Ela está fundamentada nos princípios de liberdade e ideais de solidariedade humana e tem como finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, prevendo igualdade de condições para o acesso e permanência na

escola, gestão democrática do ensino público e aproveitamento formal de experiências extra-escolares, como carga curricular (COSTA NETO, 2006).

A Lei 9.394/96 estabelece uma divisão de competências entre União, Estados e Municípios, sendo que compete à União baixar normas, assegurar o processo nacional de avaliação, autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar os cursos das instituições de ensino superior.

De acordo com Seixas (2002), a LDB, ao estabelecer um ensino baseado no desenvolvimento de competências, enfatiza a formação a partir do trabalho e permite a flexibilização dos currículos, substituindo o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares que, no caso da saúde, estabelecem um conjunto de competências comuns para os profissionais voltados para as necessidades dos serviços e abre espaços para significativas inovações e oportunidades para essa aproximação, tanto no nível superior como no nível médio.

A LDB confere às instituições de nível superior maior grau de autonomia e liberdade de organização, trazendo importantes transformações para a estruturação da educação nacional. Esta lei enfatiza os processos de avaliação visando à melhoria da qualidade de ensino e, como reforço para regulação do setor, o credenciamento de instituições e o reconhecimento de cursos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2004).

### 2.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde ocorreu em um momento privilegiado da nossa sociedade. Por um lado, a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu um sistema único de saúde regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento integral e com participação da comunidade. Por outro lado, a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, permitiu a flexibilização dos currículos. Vários setores da sociedade contribuíram para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais. Em 2001 foi realizada uma audiência pública, na sede do Conselho

Nacional de Educação, para apreciação das propostas apresentadas, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e outras entidades organizadas da sociedade civil. A sociedade assim representada apreciou e elaborou as diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde. O objetivo das diretrizes curriculares é construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como, para atuarem, com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Para Feuerwerker (2003, p.15)

as diretrizes 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. Não por outra razão aparece explícita a necessidade de a formação estar claramente comprometida e direcionada à concentração dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia em vigência desde 2002 descrevem o perfil do profissional e as competências e habilidades necessárias para que o profissional a ser formado tenha este perfil. Em seu artigo 4, inc. I, a competência à saúde é assim descrita:

os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002).

De acordo com Plasschaert et al. (2005), espera-se que os dentistas cooperem para o sucesso da saúde integral dos pacientes durante a gerência da saúde bucal. O dentista deve ter adquirido essa habilidade durante a aquisição de uma série de competências - habilidades essenciais para começar uma prática profissional independente e sem supervisão. Isto deve ser adquirido quando ele ou ela obtém seu primeiro grau profissional (graduação).

A competência “Atenção à Saúde” deve ser o resultado da aquisição e integração dos conhecimentos adquiridos em todas as disciplinas e ações desenvolvidas durante a graduação e deve beneficiar, além dos graduandos, a população que recebe o(s) tratamento(s), quer sejam eles preventivos, curativos ou reabilitadores. Ela reflete o comprometimento e a adesão dos cursos de graduação aos princípios norteadores das diretrizes curriculares.

Podemos considerar que a Competência “Atenção à Saúde” é o nível essencial e básico do comportamento profissional e que os formados devem ter adquirido conhecimentos e habilidades para enfrentar a maioria das situações da prática profissional, incluindo o reconhecimento de sua própria limitação ou do sistema, com a referência para centros ou profissionais especializados.

A preocupação com a formação dos profissionais, com a excelência técnica e a responsabilidade social, para atuar não só nos tratamentos de doenças, mas também na promoção da saúde, apesar de atual, vem desde a estratégia internacional de Saúde para Todos, da Declaração de Alma Ata em 1978, e culmina com as avaliações propostas pelo SINAES.

A implantação das DCN prevê ampla discussão no meio acadêmico, pois redireciona a prática odontológica e requer discussões coletivas, debates e avaliações de todos os sujeitos envolvidos no processo de formação profissional. As instituições formadoras devem estar abertas às demandas sociais, serem capazes de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência, deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. Para serem coerentes com as novas diretrizes curriculares, os cursos de graduação devem capacitar os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/ doença da população (MORITA et al., 2007).

## 2.4 As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO)

A ABENO teve, de acordo com Morita et al. (2007), uma atuação relacionada com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) desde o momento da discussão de projetos para as mesmas. Entre 1998 e 1999 foram realizadas diversas reuniões da Comissão de Ensino da ABENO em conjunto com o Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do NUPES/USP, em São Paulo, subsidiando discussões da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC e do tema da 34ª Reunião da ABENO, em Canela (RS).

Após a aprovação das DCN, as discussões sobre a sua implantação foram pauta de vários fóruns, reuniões de discussão e reuniões da ABENO e Encontros Nacionais de Dirigentes de Faculdades de Odontologia e da Rede Unida. A ABENO realizou oficinas sobre Diretrizes Curriculares Nacionais com dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos Cursos de Graduação de Odontologia do Brasil, atendendo convocação de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde/ Secretaria de Trabalho e Gestão da Educação na Saúde/DEGES e Associações de Ensino.

Estas oficinas procuraram criar um espaço de estudo, análise, reflexão e debate sobre a implantação das DCN nos cursos de graduação de Odontologia e também diagnosticar os nós críticos que são encontrados e dificultam esta implantação. Foram 63 oficinas de Trabalho realizadas com docentes e representantes discentes dos cursos de Odontologia.

As recomendações e sugestões para implantação da Competência “Atenção à saúde” como resultado destas oficinas incluem:

- Antecipação das clínicas integradas, com ações de complexidade crescente;
- Criação de unidades de promoção à saúde e controle de doenças, que juntamente com a triagem seriam portas de entrada e saída do sistema de atendimento.
- Rompimento do enfoque mecanicista, centrado na doença, buscando a promoção e a manutenção da saúde dos pacientes;
- Estabelecimento de novos cenários de prática, tanto intra como extramuros.

- Estreitamento das relações com os serviços, transformando-os em cenários de ensino aprendizagem, com a participação de todo o corpo docente;
- Integração com outras áreas do conhecimento para ações multidisciplinares e multiprofissionais, em que os cenários de extensão devem ocupar lugar de destaque;
- Valorização dos conteúdos das Ciências Sociais, que serão ferramentas importantes no trabalho com famílias, tanto na clínica privada como no serviço público;
- Promoção de capacitações para docentes, trabalhando mudanças curriculares e de conteúdo;
- Ampliação do diálogo entre as disciplinas e áreas de conhecimento;
- Revisão da exigência do trabalho mínimo, fator primordial para o incremento de intervenções desnecessárias;
- Estabelecimento de critérios de intervenção mínima, trabalhando sempre com base nas melhores evidências científicas (MORITA et al., 2007).

## 2.5 O Ensino por Competências na Formação do Cirurgião-Dentista

A palavra *competência* tem-se constituído uma referência nas propostas das reformas curriculares em diversos níveis e também na avaliação dos sistemas escolares. Entre outras hipóteses, a noção de competência, no interior das prescrições normativas tem o significado de adaptar a escola às mudanças e demandas do mundo do trabalho, sendo que as mudanças nos textos normativos significam uma adaptação da formação a supostas demandas do mercado de trabalho.

Competência não é um termo recente, porém tinha uso mais restrito à linguagem jurídica, significando quando determinado indivíduo ou tribunal ou corte era “competente” para realizar certo julgamento. Este termo ganhou espaço na educação dando idéia de qualificação, de capacitação e aparece em vários contextos de situações de ensino-aprendizagem e de avaliação.

Silva (2008, p. 25), diz que

a racionalidade tecnológica, imputada ao trabalho produtivo e generalizada às demais formas de trabalho, como o pedagógico, conduz a um tipo de formação na qual o indivíduo se vê diante da necessidade de se integrar a uma sociedade que lhe impõe uma série de necessidades e, para satisfazê-las, é preciso adaptar-se a ela.

A reestruturação do sistema produtivo e da sociedade em geral tem influenciado de maneira definitiva as mudanças nos processos de formação. Esta



influência vai além das anunciadas como adequação ao mercado de trabalho. A questão das competências e da relação conhecimentos–competências está no centro de certo número de reformas curriculares em muitos países, mais especialmente no ensino médio (PERRENOUD, 1999). Para Silva (2008), as propostas de mudanças curriculares, de modo geral, incorporam o espírito do “novo capitalismo” e impregnam todos os espaços de formação.

Para Perrenoud (1999), são “múltiplos os significados da noção de competência”. O autor define competência como uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Portanto, competência e conhecimento “são estreitamente complementares”, mas é preciso que o profissional saiba utilizar, integrar, mobilizar, interpretar, relacionar e fazer inferências em relação a esses conhecimentos, utilizando a mobilização de um conjunto complexo de operações mentais, ligando o desconhecido ao conhecido, o inédito ao já visto.

Um bom médico consegue identificar e mobilizar conhecimentos científicos pertinentes no momento certo, em uma situação concreta que, evidentemente não costuma apresentar-se como “um problema proposto em aula” para o qual bastaria encontrar a “pagina certa de um grande livro” e aplicar a solução preconizada. Que o clínico disponha de amplos conhecimentos (em física, em biologia, em anatomia, em fisiologia, em patologia, em farmacologia, em radiologia, em tecnologia, etc.) não é senão uma *condição necessária* de sua competência. Se estivesse reduzida a uma simples aplicação de conhecimentos memorizados para casos concretos, iria bastar-lhe, a partir dos sintomas típicos, identificar uma patologia registrada e encontrar, em sua memória, em um tratado ou em um banco de dados, as indicações terapêuticas. As competências clínicas de um bom médico vão muito além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se *ao vivo*, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação (PERRENOUD, 1999, p.8).

Ainda para Perrenoud (1999, p.22) escreve,

Construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes” para resolver uma situação-problema. É dar significado ao que é aprendido pelo aluno, partindo de sua vivência em realidade mais próxima e estendendo para conhecimentos de alcance mais universal, entendendo-se por “vivência” a “familiaridade que os alunos têm com os fatos, do que com esses fatos serem parte de sua vida física e social.

A competência implica na mobilização:

- de recursos, entendendo recursos como conhecimentos processuais ou procedimentais;
- de saberes oriundos de experiências ou lembranças mais ou menos vagas do que fazer em situações comparáveis;
- de saberes teóricos para resolver ou construir um problema, os processos envolvidos e as estratégias disponíveis nesse processo;
- de saberes metodológicos e que propiciem hipóteses para ordenar as questões, memorizar, comparar hipóteses, complementar e verificar dados, etc.;
- de saberes que orientem a busca de informações, de conselhos, de ajuda, em bases de dados ou no ambiente mais ou menos próximo;
- enfim, de todos os saberes táticos e organizacionais (Perrenoud, 2002)

Pacheco (2001, apud SILVA, 2008, p.60) observa que *competência* indica “o que é necessário para se percorrer um dado caminho” e o *objetivo* significa “o resultado que se deve alcançar no final desse caminho”. Afirma ainda que no quadro da teoria curricular, tanto a abordagem por objetivo quanto a por competência denotam “uma racionalidade de transmissão do conhecimento dirigida para a solução de problemas mediante a aquisição de estratégias cognitivas”. Pacheco conclui que a pedagogia por competências situa-se no âmbito das políticas curriculares recentes, como um prolongamento da pedagogia por objetivos.

Em seu sentido geral aplicado ao aprendizado e domínio de uma prática profissional, competência se refere à capacidade de atuação idônea frente a uma necessidade ou problema. Isto significa que o aluno deve ser competente para diagnosticar, formular um plano de tratamento integral e realizar ou encaminhar o paciente para que receba o tratamento proposto. As atividades que o profissional da Odontologia realiza e os conhecimentos requeridos para atender a uma pessoa ou coletividade se integram nas chamadas competências odontológicas.

Estes conceitos têm sido discutidos no mundo acadêmico em relação à formação odontológica nos EUA e nos países da Europa, com repercussões no ensino profissional ao redor do mundo.

O conceito de educação baseada em competências na formação do odontólogo foi introduzido nos EUA por Chambers em 1993 (LICARI; CHAMBERS, 2008). Em uma sessão plenária da Associação Americana de Educação Odontológica, Chambers descreve uma exploração do impacto potencial das competências nos vários aspectos da formação profissional. Na época, ele propôs a seguinte definição de competência: “competências são as habilidades essenciais para começar a prática odontológica”. Em 1997, a padronização do credenciamento para formação odontológica nos EUA foi mudada para requerer uma aproximação baseada em competência com a seguinte definição: “Competente: o nível de conhecimento, habilidades e valores requeridos para o recém formado para começar uma prática odontológica autônoma e sem supervisão” (LICARI; CHAMBERS, 2008, p. 8).

Chambers (1994, apud PLASSCHAERT, 2002, p.33) afirma que

Competência significa o comportamento esperado de clínicos gerais iniciantes e independentes. Este comportamento incorpora compreensão, habilidades, e valores em uma resposta integrada para uma gama completa de circunstâncias encontradas na prática profissional geral. Este nível de atuação requer algum grau de rapidez e precisão consistente com o bem estar do paciente, porém não um desempenho no nível mais alto possível. Também requer uma consciência do que constitui um desempenho aceitável nestas circunstâncias e desejo de aperfeiçoamento.

Do ponto de vista curricular, competência é um componente do currículo que pode ser considerado o elemento que integra os conteúdos e as atividades que os constituem. É uma prescrição nuclear da organização dos currículos que tem a eficiência e a credibilidade como critérios para a formação administrada.

Nas décadas recentes, iniciativas para aprimorar a educação e a formação profissional em uma grande variedade de profissões com a introdução e o desenvolvimento de sistemas baseado em competências têm ocorrido na Europa, América do Norte e Austrália. Nas profissões da saúde, em particular, tem

sido sugerido que esta abordagem possui mais vantagens do que os modelos tradicionais de formação (PRESCOTT; HURST; RENNIE, 2003) e que os sistemas baseados em competências fornecem mais foco na integração de conhecimentos e habilidades transversais das disciplinas e asseguram melhores resultados práticos. Chegou-se à conclusão de que esta abordagem tem um efeito positivo naqueles responsáveis pela atenção à saúde, capacitando-os a ser mais preparados para suas futuras carreiras e responsabilidades profissionais. (CHAMBERS, 1993, apud PRESCOTT; HURST; RENNIE, 2003).

A educação baseada em competências e o desenvolvimento de competências profissionais na formação odontológica foram revisados por Plasschaert et al. (2002). Estes autores fazem uma revisão da literatura de vários grupos da União Européia, America do Sul, EUA e Canadá e seus textos demonstram mais similaridades do que diferenças. Estes textos refletem os parâmetros colocados pelas instituições e organizações profissionais de Odontologia, como por exemplo, diretrizes da União Européia, Conselho Odontológico Geral, ou a Comissão de Credenciamento Odontológico nos USA e Canadá. Estas agências adotaram a abordagem baseada em competências e esta está guiando os documentos que delineiam e referenciam os programas de formação odontológica.

Na Europa, após a assinatura da Declaração de Bologna em 1999, pelos ministros da educação de 29 países, iniciou-se um processo de direcionamento para convergir e compatibilizar o sistema de educação superior europeu. Um dos objetivos foi o ajuste dos currículos em termos de estrutura, programas e ensino atual a fim de torná-los mais comparáveis. Isto facilitaria para estudantes e funcionários se moverem por uma Europa integrada e a obtenção de informação confiável sobre o papel da qualificação odontológica. Uma área europeia social e economicamente única deveria estar em ação neste ano de 2010 e as duas organizações responsáveis por estes ajustes na formação odontologia foram a Association for Dental Education (ADEE), e o DentEd Thematic Network . (COWPE et al., 2009)

A ADEE é uma organização que agrega e representa mais de 160 escolas europeias e desde 1975 está no processo de promoção do

profissionalismo na Odontologia. O DentEd Thematic Network foi financiado pela União Europeia para convergir e compatibilizar os vários currículos odontológicos e transferir conceitos e atividades, incluindo visitas e sistemas de avaliação de qualidade para a ADEE. O primeiro documento resultante do projeto DentEd foi o “Perfil e Competências para o Dentista Europeu” que foi aprovado pela ADEE e publicado no *European Journal of Dental Education*, em 2005. Este documento reconhece a diretiva do parlamento Europeu que definiu, em 1995, o perfil do cirurgião-dentista como distinto do profissional médico, sendo este especialista ou não em estomatologia e que deve ter pelo menos 5 anos de estudos integrais. A identificação acordada do perfil e das competências foi um grande desafio para a odontologia europeia e diferiu grandemente dos programas educacionais mais antigos da Europa.

Em relação à competência “Atenção geral à saúde” dos pacientes, os dentistas europeus devem implementar e promover ações e manejos apropriados de saúde oral. Para a ADEE, o dentista deve ter adquirido esta competência através da aquisição de uma série de habilidades gerais e específicas, consideradas essenciais para iniciar uma prática profissional independente e autônoma. Estas devem ser adquiridas na época em que ele ou ela obtém seu primeiro grau profissional, ou seja, a graduação. (COWPE et al., 2009). Assim, as competências para a graduação são o nível básico do comportamento profissional, conhecimento e habilidades necessárias ao dentista graduado para responder a uma gama variada de circunstâncias encontradas na prática do clínico geral. As competências devem integrar e consolidar todas as disciplinas, as quais devem beneficiar dentistas em formação e os pacientes que recebem os tratamentos. A declaração de competências deverá prover aos cursos de graduação em odontologia referências para: rever, redefinir e estruturar o currículo de graduação, rever e melhorar os processos de avaliação e estabelecer e aplicar medidas para avaliar a efetividade do programa de graduação.

As declarações de competência também podem ser usadas como um ponto de referência nos processos de credenciamento. Nos Estados Unidos e no Canadá, documentos oficiais sobre competências têm sido publicados. No Reino Unido, o Conselho Geral de Odontologia produziu “Os primeiros Cinco Anos”; e

várias escolas de Odontologia têm produzido seus próprios documentos sobre competência (COWPE et al., 2009).

A Association for Dental Education in Europe (Adee), no documento “Profile and Competences for the Graduating European Dentist - update 2009”, identificou sete domínios que representam as categorias principais da atividade profissional e dizem respeito à prática clínica geral. Os domínios são interdisciplinares e devem abranger elementos do pensamento crítico, ser aplicados de diferentes modos para pacientes de todas as idades, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos de uma dada população. São eles: I profissionalismo ou atitude ou comportamento profissional, II capacidade de comunicação interpessoal e social, III base de conhecimentos, informação e capacidade de alfabetização, IV obtenção de informações clínicas, V diagnóstico e plano de tratamento, VI estabelecimento e manutenção da saúde oral, VII prevenção e promoção da saúde. Em cada um desses domínios são elencadas as competências principais e as competências de apoio.

Na América Latina, o grupo de trabalho do Projeto Latino-Americano de Convergência nos Estudos Odontológicos, no que diz respeito ao perfil profissional do Cirurgião dentista para a América Latina, conclui:

O perfil profissional para a América Latina deve ser de um clínico geral, com conhecimento e compreensão das ciências básicas biomédicas e uma sólida formação técnico-científica em Odontologia; com competências para solucionar a maior parte dos problemas de saúde bucal, tanto em nível individual como comunitário, atuando com ética e profissionalismo. Deve possuir formação humanística; consciente de sua responsabilidade social na promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal da população, apoiado na evidência científica; com capacidade de comunicação, gestão e liderança, capaz de integrar de forma eficiente e responsável uma equipe multidisciplinar de saúde; com espírito crítico para investigar e socializar seu conhecimento, conhecedor de seu papel como agente de transformação da realidade social e responsabilidade com o meio ambiente; consciente da necessidade de atualização permanente de seus conhecimentos, motivado no processo de aprendizagem contínua e no desenvolvimento de ações que contribuam para seu crescimento pessoal e profissional (PLACEO, 2010, p. 73).

As necessidades de formação de recursos humanos em Odontologia para a América Latina devem, portanto, ser concebidas como competências tanto profissionais como trabalhistas, e tanto em seu entorno local como em um contexto global. (PLACEO, 2010).

No Brasil, o currículo baseado em competências, a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), também tem propiciado discussões no meio acadêmico. A LDB estrutura a base curricular na noção de competência, delegando à União “estabelecer, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, que nortearão os currículos e seus conteúdos mínimos, de modo a assegurar formação básica comum”<sup>1</sup>. A partir da promulgação da LDB, o Conselho Nacional de Educação (CNE) regulamentou-a em todos os níveis e modalidades de ensino e definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para educação Básica e para a educação superior.

A Resolução CNE/CES nº 3, de 11/02/2002, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Odontologia estabelece que o objeto e objetivo das DCN para os cursos de graduação na área da saúde é:

... permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.

O Art. 4º da referida Resolução, ao se reportar à formação do cirurgião-dentista, explicita que esta “tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e gerenciamento, e Educação permanente e o Art. 5º aborda as competências e habilidades específicas.

Também as avaliações dos cursos superiores realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) são elaboradas levando em consideração, entre outros fatores, o perfil desejado para o graduando, as competências e habilidades que deveriam ter sido desenvolvidas durante o curso. O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) em 2003, que

---

<sup>1</sup> Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional

substituiu o Exame Nacional de Curso, conhecido como provão, e fazendo parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) tem como objetivo *“ aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares nacionais do respectivo curso de graduação...”*

O termo “competência” aparece em diferentes contextos, desde a elaboração da LDB, DCN até as avaliações pelo INEP, culminando com sua influência na elaboração do projeto pedagógico dos cursos (PPC), com a elaboração do perfil do egresso e com o planejamento dos currículos dos cursos de graduação.

O currículo é planejado e construído no projeto pedagógico do curso e passa a refletir um conjunto de práticas, saberes e experiências do contexto sociocultural, que, naquele momento histórico, os educadores julgam que devam integrar o processo formativo desenvolvido na instituição. É o que viabiliza a execução do processo educacional, conferindo-lhe referências teórico-metodológicas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação. É aonde se articulam a teoria e a prática, a epistemologia e a didática, as necessidades sociais a proposta de formação. O PPC é, pois, a alma do curso, a ponte que une as DCN às práticas pedagógicas propostas pelo currículo (BRASIL, 2006).

Kruger (2005) definiu o perfil profissional do cirurgião dentista generalista da seguinte forma: deve entender a lógica do processo saúde-doença, compreender o ciclo da vida, ter entendimento das doenças bucais (relação com outras doenças), construir um processo de raciocínio para a intervenção clínica, atuar sobre a dinâmica da vida e da comunidade, intervir sobre a família, ter competência para fazer diagnóstico, fazer boa terapêutica, abordagem humana e ética, ser resolutivo. Deve aliar competência clínica com responsabilidade social.

O profissional deve desenvolver sua atuação baseada nos princípios de integralidade, atuação interdisciplinar e intersetorial, acolhimento, responsabilidade e compromisso com o processo educativo, desenvolvimento de ações e áreas temáticas integradas, acompanhamento e avaliação sistemática e contínua. Se analisarmos as diretrizes curriculares nacionais no enunciado das competências e habilidades gerais, estes princípios parecem estar embutidos nas competências desejadas.



## 2.6 Promoção da Saúde, Níveis de Atenção à Saúde e o Ensino da Odontologia

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986) descreve na Carta de Ottawa, a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A OMS, alicerçada no conceito ampliado de saúde, recomenda que a reorientação dos serviços de saúde faça um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde.

O ensino da Odontologia esteve, durante anos, estabelecido sobre paradigmas curativos e fragmentado em especialidades. A ênfase na formação de profissionais tecnicistas, com práticas individualizadas e elitizadas e afastadas das questões sociais, não contribui muito para o enfrentamento das necessidades de saúde bucal da população. Ações pontuais de assistência à saúde não têm produzido impacto sobre o bem estar das pessoas e grupos sociais (OLIVEIRA et al., 2008, p.76).

Para Badan, Marcelo e Rocha (2010) o mundo contemporâneo, dinâmico, exige uma revisão do paradigma de se oferecer saúde, não apenas tratando doenças, sendo necessária uma reformulação na definição de necessidades que rompam com a visão técnica e individualista das causas de saúde e doença.

O Ministério da Saúde conceitua “Atenção à Saúde” como tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. A atenção à saúde engloba três níveis de ação: Atenção primária à saúde, Atenção Secundária à saúde e Atenção Terciária à saúde.

Atenção primária à saúde engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos: assistência, intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, e políticas externas no setor saúde (NOB/96).

O Nível de atenção secundária é representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que se incorpora nas funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com o objetivo de reabilitação.

O nível terciário é constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços. Os níveis de atenção dos cuidados odontológicos estão intimamente relacionados com os níveis de atenção à saúde e abrangem, segundo Pinto (2000), cinco esferas:

- Esfera 1, de ordem mais complexa e relacionada a fatores externos à odontologia: saúde geral, habitação, renda digna e ambiente;

- Esfera 2, ou atenção primária ou elementar, engloba ações elementares no campo da prevenção, educação, práticas curativas indispensáveis que podem ficar a cargo de pessoal auxiliar e técnico treinado pelo profissional cirurgião-dentista; Exemplos, fluoretação da água, uso complementar de flúor através de aplicações tópicas, orientações de prevenção de cárie, problemas periodontais, câncer bucal.

- Esfera 3 e 4, a atenção básica corresponde à prestação dos serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade, o que coincide com as definições formuladas pela OMS de que não é possível conceber a atenção básica como um programa limitado a satisfazer, em alguma medida, as necessidades mínimas de grupos que vivem em estado de pobreza (OPS, 1980), embora a satisfação dessas necessidades seja uma prioridade básica.

Na esfera três, temos os grupos sociais e epidemiologicamente prioritários. A esfera quatro engloba os serviços especializados mais necessários como as áreas de endodontia, periodontia, cirurgias como biópsia. A atenção complexa ou atenção terciária (esfera 5) abrange ações que implicam conhecimentos avançados, desenvolvidos geralmente por especialista, referentes às doenças de menor prevalência ou a atividades que exigem tecnologia de ponta e conhecimento mais aprofundado, serviços geralmente proporcionados pela rede privada ou por seguros-saúde.

Estas esferas ou níveis de atenção na área odontológica têm os cuidados específicos de saúde bucal a partir da esfera dois, e estas só se tornam importantes para a população se a atenção geral à saúde estiver sendo atendida, o que nos coloca frente à interdisciplinaridade de problemas de saúde, algo indissociável das demais áreas da saúde e para sua resolutividade, a atuação do cirurgião dentista deve estar de acordo com as políticas de saúde vigentes no país.

O reflexo que estes conceitos têm sobre as Instituições formadoras de profissionais da saúde, quer sejam elas públicas ou privadas, evidencia-se no redirecionamento que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde imprimem na formação destes profissionais, que devem ter maior resolutividade, comprometimento com o bem estar, qualidade de vida e saúde da população e também conscientes de seu papel transformador na sociedade.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Caracterização da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida a partir do enfoque quantitativo. A abordagem do problema através da coleta de dados quantitativos tende a imprimir à pesquisa certa objetividade para assim traduzir em números, as opiniões e informações e então classificá-las e analisá-las.

A opção pela pesquisa quantitativa visa caracterizar a realidade da formação do graduado em Odontologia e a transformação desta realidade para que este profissional contribua para a melhoria do cenário social da saúde da população, que é o principal objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais.

A pesquisa sobre as percepções dos egressos é relevante, pois seu resultado deverá contribuir sobremaneira para aprimoramento do Projeto Pedagógico do curso, para a reestruturação do currículo para que se adéque às Diretrizes Curriculares Nacionais e para a melhor formação dos atuais e futuros alunos do curso de Odontologia da Unoeste.

#### 3.2 O Universo da Pesquisa

O universo da pesquisa foram todos os egressos do curso de Odontologia da Unoeste, formados em 2007, 2008 e 2009.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do comitê de ética em pesquisa (Anexo B). A tabela 1 apresenta o número de sujeitos participantes da pesquisa. Os questionários foram enviados aos 89 sujeitos do universo pesquisável, sendo 29 egressos de 2007, 27 de 2008 e 33 de 2009, de ambos os sexos, com idade entre 21 e 38 anos. Foi considerado critério de inclusão, os sujeitos pesquisados serem egressos do curso de Odontologia da Unoeste nos anos de 2007, 2008 e 2009 e que concordaram em participar da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido.

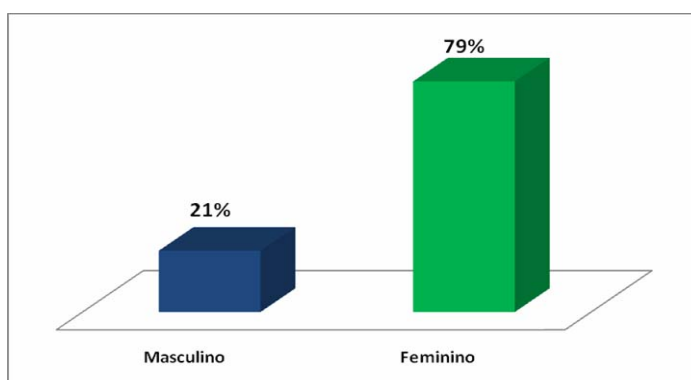
Tabela 1: Número de egressos e de respondentes do curso de Odontologia da Unoeste, nos anos de 2007 a 2009

Sujeitos	2007	2008	2009	Total
Egressos	29	27	33	89
Respondentes	9	11	8	28

O índice de retorno das respostas foi 31,46% o que corresponde a 28 questionários válidos. Devemos enfatizar que ao longo do período em que o questionário ficou aberto para os egressos foram enviados vários e-mails pedindo a colaboração deles em participar da pesquisa e inclusive com contatos telefônicos e com confirmação do endereço eletrônico.

Como podemos observar no gráfico 01, 79% dos respondentes são do sexo feminino. A distribuição dos cirurgiões dentistas por sexo no Brasil, de acordo com Morita et al. (2010) revela que 56,3% dos profissionais brasileiros são do sexo feminino e no Estado de São Paulo o percentual de mulheres é de 56%.

Gráfico 1: Porcentual dos egressos respondentes, segundo o sexo

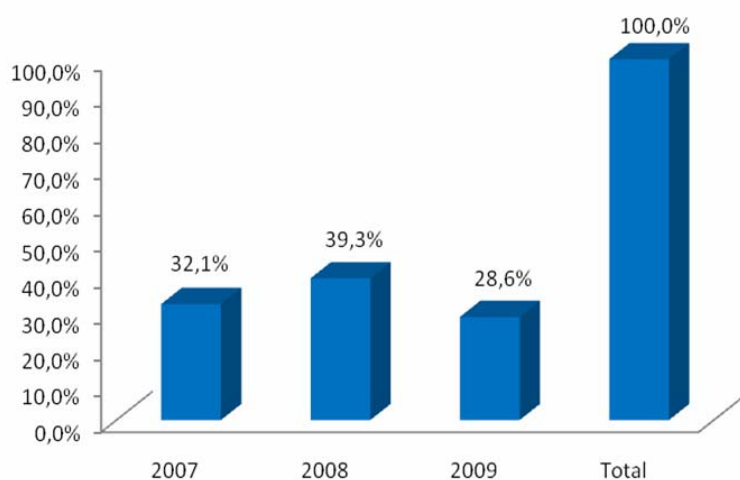


A predominância de Cirurgiões-Dentistas do sexo feminino tem sido observada, segundo dados do CFO, a partir de 2008 e esta tendência também têm

vido observada na Universidade do Oeste Paulista, dados estes relatados na Pesquisa Institucional do Perfil dos Ingressantes realizado pela Comissão Própria de Avaliação (CPA) desta Instituição, a partir de 2004. De acordo com os resultados das pesquisas da CPA, para o curso de Odontologia, em 2007, o percentual de ingressantes do sexo feminino foi de 72,7%, em 2008 de 68,4% e em 2009, de 75%.

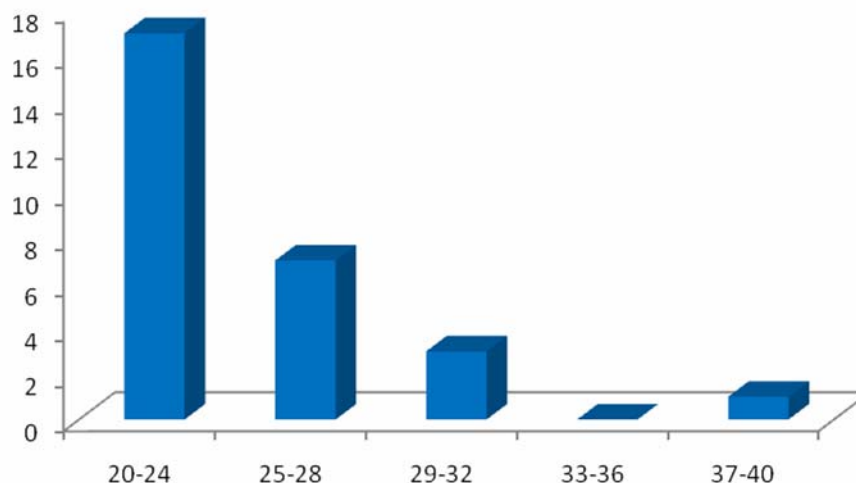
O gráfico 02 indica que o maior percentual é de egressos respondentes formados em 2008, seguido por 2007 e com menor percentual os de 2009.

Gráfico 2 Distribuição dos egressos respondentes, segundo o ano de conclusão do curso



A maioria dos egressos respondentes está na faixa etária entre 20 e 24 anos de idade, o que era esperado, já que o universo pesquisado trata de egressos recentemente graduados.

Gráfico 3: Distribuição dos Egressos respondentes, segundo a idade



### 3.3 Instrumento da Pesquisa

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento de investigação um questionário estruturado contendo 29 questões formuladas com base no texto das DCN. O instrumento permitiu que cada participante se auto-avaliasse em relação à aquisição da competência “Atenção à saúde” descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia. Foram abordadas cinco dimensões, a saber:

1 - Capacidade de atender às necessidades de atenção à saúde das comunidades em que estão inseridos, englobando os níveis de atenção primária, secundária e terciária;

2 - Capacidade de trabalhar de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde;

3 - Capacidade de raciocinar criticamente, analisar os problemas de saúde encontrados e propor soluções para estes;

4 - Capacidade de desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde bucal, tanto em nível individual como coletivo, abrangendo as ações de Atenção básica, secundária e complexa;

5 - Percepção de se os princípios de ética e bioética foram trabalhados pelos docentes do curso de odontologia junto ao corpo discente.

Antes do início da coleta de dados propriamente dita, o instrumento de pesquisa (questionário) foi testado com o objetivo de verificar se estava adequado a fim de realizar os ajustes necessários. A testagem foi realizada com dez alunos concluintes de 2009. Com base neste resultado preliminar foram feitas as alterações necessárias. O instrumento definitivo encontra-se no Apêndice A.

### 3.4 Procedimentos para a Coleta de Dados

Os questionários foram enviados por e-mail, no período de 17 de junho a 25 de julho de 2010 a todos os egressos dos anos estipulados, usando o Sistema de Avaliação (SAV) desenvolvido pelo setor de WEB da Unoeste para os processos de avaliação da Comissão Própria de Avaliação (C.P.A.). O sistema permitiu que o aluno lesse e preenchesse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), após um esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Depois do aceite de forma voluntária, os sujeitos da pesquisa foram direcionados para o questionário estruturado. O acesso ao questionário foi realizado por meio de senha anônima de modo a manter o anonimato e o sigilo das respostas, além de garantir que cada usuário respondesse à avaliação uma única vez. As respostas foram armazenadas em banco de dados no próprio SAV, que também pode gerar relatórios com gráficos e listagens das respostas às questões abertas. O SAV também permite a exportação dos dados em arquivo tipo texto que pode ser utilizado em outros sistemas de análise estatística, se necessário. Para os fins desse trabalho, para que se tivesse uma maior flexibilidade na forma de apresentação dos resultados, utilizou-se o programa Statistica 8.0.



### 3.5 Análise de Dados

As questões contidas nos questionários e suas respectivas respostas foram organizadas em gráficos e tabelas, de acordo com a natureza das variáveis analisadas, em termos de percentuais e médias para melhor compreensão dos dados coletados. As respostas às questões abertas foram transcritas, agrupadas e sintetizadas em categorias.

### 3.6 Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Unoeste (protocolo número 267/2009), obedecendo às normas presentes em documentos exigidos pela Unoeste. O termo de avaliação e aprovação encontra-se no Anexo B.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

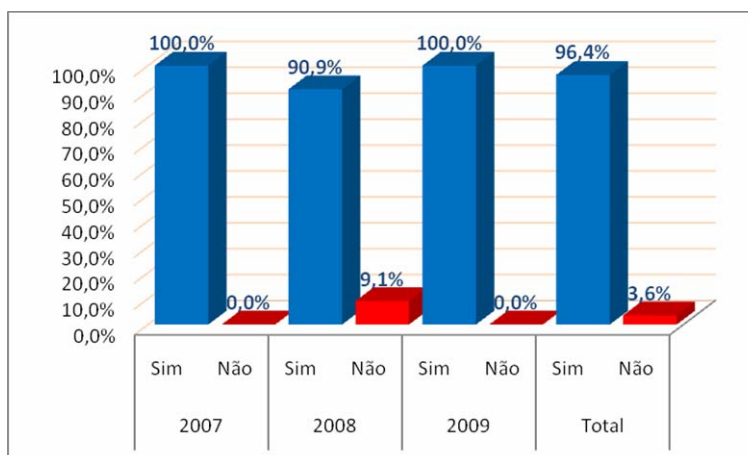
Para responder às questões levantadas pela pesquisa, a análise e discussão dos resultados estão vinculadas às cinco dimensões previstas e relatadas na competência “Atenção à Saúde” descrita nas DCN para o curso de Odontologia.

### 4.1 Capacidade de Atender às Necessidades de Atenção à Saúde das Comunidades em que estão Inseridos

Na primeira dimensão avaliada, os participantes, em sua maioria absoluta (96,4%), se avaliaram capazes de atender a esta competência, ou seja, estão na sua prática diária se avaliando competentes na função para a qual foram formados (gráfico 4). Este dado indica que, na opinião desses egressos, o curso de Odontologia da Unoeste cumpriu seu papel formador e que estes egressos não estão encontrando dificuldades em atender às necessidades de saúde bucal encontradas na população em que estão inseridos.

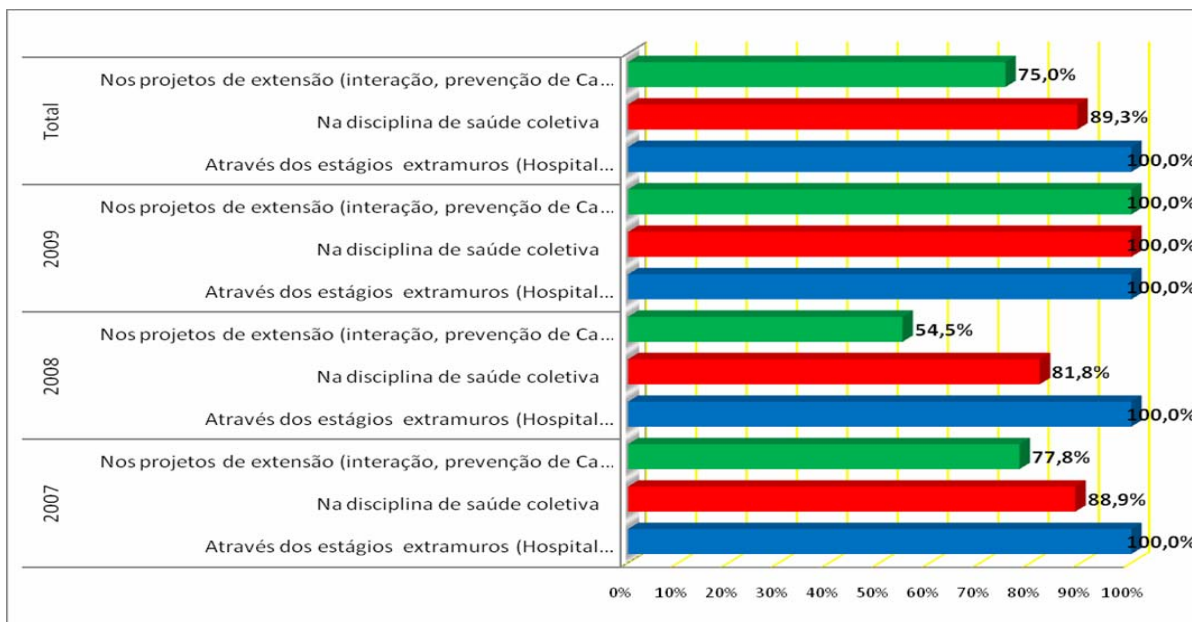
Saúde é uma dimensão crítica do bem estar e da prosperidade humana e a saúde bucal é um componente integrante da saúde, pois ninguém é saudável sem saúde bucal, portanto o entendimento que temos é que, para alcançar níveis de saúde bucal ótimos em determinada população é necessário formar profissionais com conhecimento, excelência técnica e capacidade de compreender os determinantes das doenças bucais para agir com resolubilidade dentro do sistema de saúde vigente no país.

Gráfico 4: Porcentual de egresso que se sentem capazes de atender às necessidades de atenção à saúde das comunidades em que estão inseridos



O gráfico 05 apresenta os dados sobre a oportunidade de atuação dos estudantes na comunidade fora do ambiente universitário. Em 2009, cem por cento relata que esta oportunidade ocorreu através dos estágios extramuros realizados no Hospital Regional de Presidente Prudente, na Fundação Mirim ou na APAE. No Hospital Universitário, hoje Hospital Regional de Base de Presidente Prudente, com atendimento preventivo e curativo para bebês (0 a 3 anos), crianças internadas no Setor de Pediatria e orientações às mães e puérperas. O estágio na Fundação Mirim tem como população assistida, adolescentes de 14 a 18 anos que recebem orientações de promoção de saúde bucal, cuidados preventivos e curativos. O estágio na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Presidente Prudente ocorre como parte da disciplina Pacientes com Necessidades Especiais quando, através de ações integradas com outros cursos da área da saúde da Unoeste, cuidados de promoção, proteção e curativos são realizados. Os estágios acima descritos, a partir da grade curricular de 2007 fazem parte do Estágio Integrado de Atenção Odontológica à Comunidade e juntamente com outros cenários de prática, como a Unidade Básica de Saúde Brasil Novo de Presidente Prudente, são de caráter obrigatório e de complexidade crescente a partir do segundo termo do curso de odontologia.

Gráfico 5: Atuação fora do ambiente universitário



A disciplina Saúde Coletiva, apontada por 88,9% dos egressos em 2007 e 81,8% dos egressos em 2008, como oportunidade de atuação fora do ambiente universitário, refletiu a necessidade de integração com o Sistema Único de Saúde, com maior proximidade do aluno com ambientes de serviço na rede pública, como as ESF (Estratégia de Saúde da Família) e UBS (Unidades Básicas de Saúde). Para os alunos ingressantes no segundo semestre de 2007, foi acrescido na matriz curricular, o Estágio em Saúde Coletiva que, juntamente com a disciplina “Saúde Coletiva” faz uma aproximação com os serviços do SUS, o que está refletido nas respostas dos egressos de 2009 (100%).

As atividades práticas fora do ambiente universitário ou extramuros para os cursos de graduação na área da saúde podem colaborar para a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes na vivência do mundo real, onde a integração da universidade com a comunidade é importante para o futuro profissional, pois além do aprendizado, pode praticar a cidadania, possibilitando a construção de um profissional mais humano (BADAN; MARCELO; ROCHA, 2010).

Nos estudos de Arantes et al. (2009), em que os autores buscaram identificar a influência exercida pelo Estágio Supervisionado na formação do cirurgião-dentista, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, por meio da percepção de uma turma de alunos do último semestre do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, os resultados indicaram que os estágios exercem papel importante na incorporação das competências/habilidades descritas nas DCN.

#### 4.2 Capacidade de Trabalhar de Forma Integrada e Continua com as Demais Instâncias de Saúde

Os gráficos 06 e 07 apresentam a percepção dos egressos sobre a capacidade de trabalhar de forma integrada e continua com as demais instâncias de saúde.

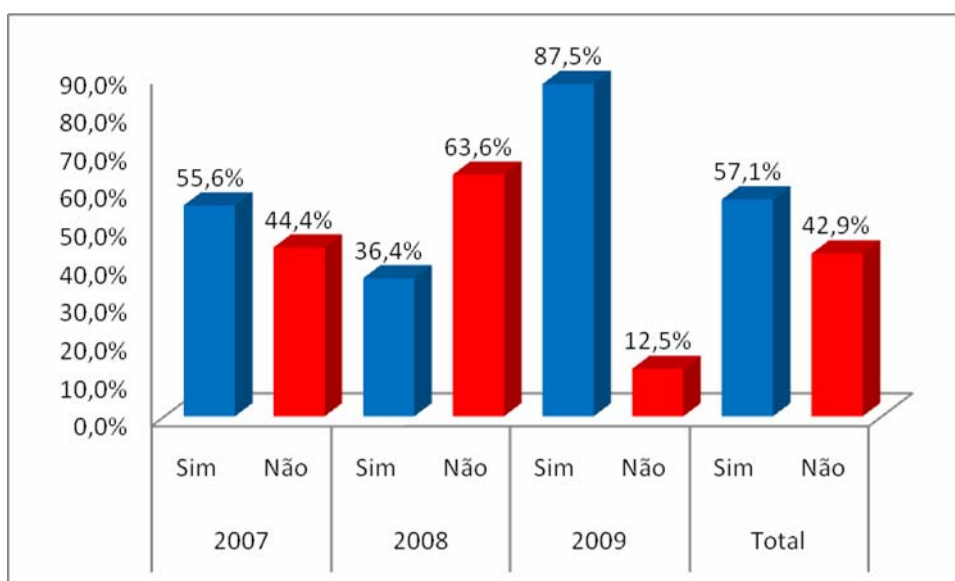
Dos respondentes, 57,1% relatam que tiveram a oportunidade de realizar ações integradas com outros profissionais da saúde, sendo que a porcentagem de egressos de 2009 (87,5%) indica que o curso de Odontologia da Unoeste tem aumentado a oportunidade de ações integradas com outros profissionais da saúde. É nítido que o relato de oportunidades de realizar ações integradas com outros profissionais da área da saúde foi consideravelmente maior em 2009, pois os dados de 2007 (55,6%) e 2008 (36,44%) indicaram que estes egressos tiveram uma formação muito mais restrita às atividades intramuros e com pouca integração com outros setores da saúde. Os locais mais citados para essas ações são aqueles referentes às ações extensivas como os projetos de Interação, mutirões da saúde, campanhas de prevenção ao Câncer bucal junto com a vacinação de idosos. Estas ações são de caráter optativo e isto indica a necessidade de se implementar cenários de prática, com ações multi e interdisciplinares e abordagem integral do processo saúde/ doença e da promoção de saúde, como parte integrante da matriz curricular.

No estudo de Arantes et al. (2009), a realização de atividades multidisciplinares com profissionais/alunos de outras áreas de conhecimentos foi

de 78,1% após a realização do estágio supervisionado e de 13,1% antes da realização deste. Os estudantes concluintes do Brasil que responderam ao questionário socioeconômico do Enade 2007 (BRASIL, 2008), na questão número 98 (BRASIL, 2007), sobre a atuação em equipes multi, pluri e interdisciplinares, 54,% consideraram a contribuição do curso como ampla e 31,9% como parcial, já os concluintes do curso de Odontologia da Unoeste que responderam a este questionário consideraram como ampla a contribuição em 76,5% e 11,8%, como parcial.

As ações multidisciplinares, em consonância com as DCN, como as desenvolvidas como parte dos Estágios de Atenção Odontológica à Comunidade inseridas na matriz curricular do curso de Odontologia da Unoeste, para os ingressantes do segundo semestre de 2007, em que os alunos integram ações de saúde com outros profissionais, são muito importantes na formação integral dos estudantes.

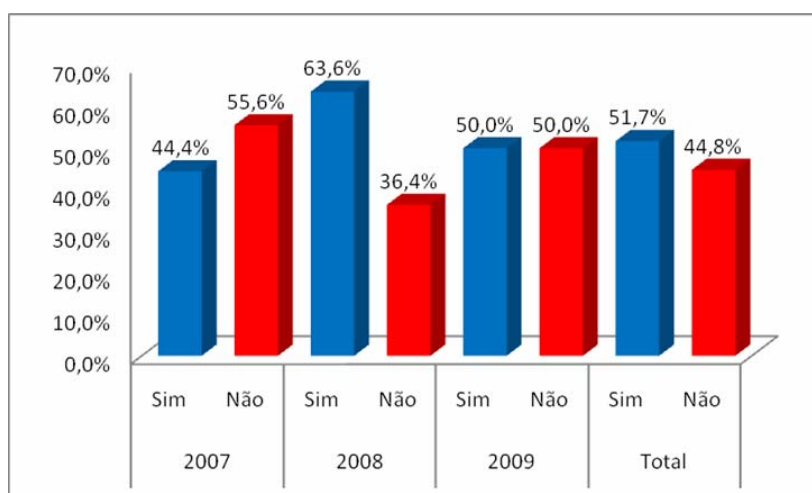
Gráfico 6: Oportunidade de realizar ações integradas com outros profissionais da saúde



A integração entre a instituição formadora de recursos humanos para a área odontológica, ou seja, a Faculdade de Odontologia, e a assistência prestada

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das formas de integração ensino-assistência com busca de resolubilidade e compromisso com a realidade social. Do total de respondentes, 51,7% relatam a oportunidade de referenciar e contra referenciar pacientes para o SUS, o que está em consonância com as recomendações da ABENO (MORITA et al., 2007). O estreitamento das relações com os serviços de saúde, transformando-os em cenários de prática, possibilitará a oportunidade de encaminhamentos. Os egressos que relatam a oportunidade deste intercâmbio com o SUS provavelmente o tiveram por ser a Faculdade de Odontologia uma referência informal de atendimento e de encaminhamento de pacientes por ex-alunos e Instituições de saúde, pois não há uma formalização, pelo SUS, do atendimento realizado pela Faculdade de Odontologia da Unoeste. No Hospital Universitário, hoje Hospital Regional de Base de Presidente Prudente a referência se faz através de projetos de extensão. Assim, há necessidade de estreitar e formalizar esta integração para um atendimento mais efetivo do perfil profissiográfico do cirurgião-dentista para atuar com resolutividade e qualidade dentro do SUS. A pesquisa de Arantes et al. (2009), relata que, após a realização dos estágios supervisionados, 80,5% dos alunos responderam que tiveram conhecimento sobre encaminhamento de pacientes para atenção especializada ou consulta médica e somente 48,9% antes destes. Esses dados revelam que a prática na Faculdade de Odontologia da Unoeste ainda pode ser aprimorada.

Gráfico 7: Referenciar pacientes para o SUS



#### 4.3 Capacidade de Raciocinar Criticamente, Analisar os Problemas de Saúde Encontrados e Propor Soluções para estes

A contribuição do curso para o desenvolvimento da capacidade de raciocinar criticamente, analisar os problemas de saúde encontrados e propor soluções para estes está sintetizada nos gráficos 08 a 11. Estas competências são necessárias a todos os profissionais da saúde, que na sua prática enfrentam a todo momento e situações, a necessidade de analisar, criticar, diagnosticar e propor soluções.

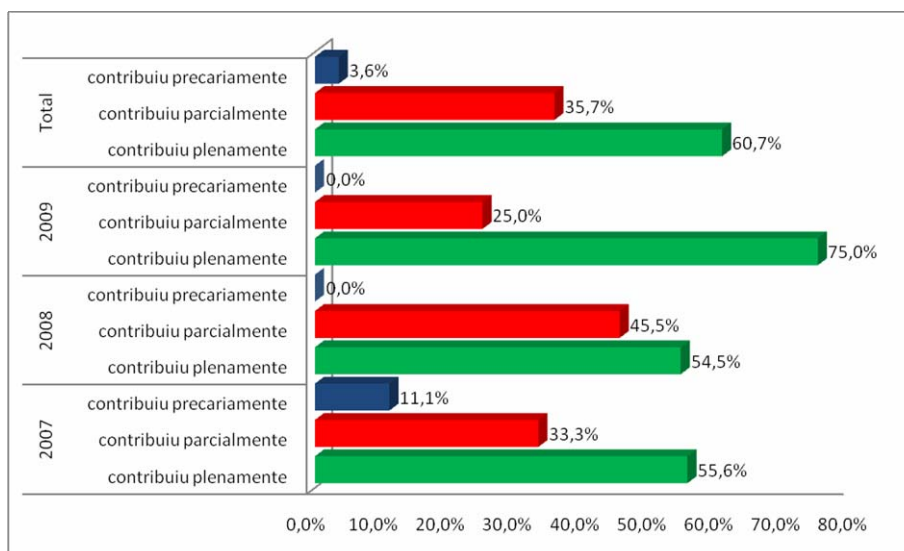
Para 60,7% dos egressos houve uma contribuição plena do curso para o desenvolvimento do raciocínio e análise crítica. Na questão semelhante do questionário socioeconômico do ENADE 2007 (BRASIL, 2008), dos alunos concluintes da Unoeste, 47,1% consideraram que o curso contribuiu amplamente e 41,2% parcialmente para o desenvolvimento do raciocínio lógico e análise crítica e 52,1% dos estudantes concluintes do Brasil, consideraram esta contribuição ampla e 35,8% parcial. Comparando-se os dados de 2007 a 2009 desta pesquisa, está demonstrado que os egressos de 2009 relatam uma maior contribuição plena (75%) do que os egressos de 2007 (55,6%) e de 2008 (54,5%).

A formação de profissionais reflexivos, capazes de inovar, propor e melhorar as condições do trabalho profissional e a saúde da população tem como passo inicial a compreensão dos significados e interfaces de todo o processo do cuidar da saúde. Para isto o raciocínio e a crítica são os passos iniciais desta competência que juntamente com a capacidade de compreender e analisar os problemas de saúde bucal contribuirá para a tomada de decisões que certamente influenciará a capacidade de propor soluções e tratamentos adequados para indivíduos e/ou populações.

Em artigo sobre a Pesquisa e a formação do professor de Odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação, Péret e Lima (2003) apresentam a pesquisa como um elemento necessário para o desenvolvimento da crítica na formação do aluno e, para isso, deve fazer parte da formação e da prática docente.



Gráfico 8: Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento do raciocínio lógico e análise crítica



A capacidade de compreender e de analisar os problemas bucais foi avaliada como uma contribuição plena do curso, para 77,8% dos formados egressos (Gráfico 09). Para se entender os problemas de saúde bucal, os profissionais devem saber que estão lidando com processos dinâmicos de saúde e doença e entender os determinantes de ordem geral, local, social, econômica e cultural.

A capacidade de tomar decisões (Gráfico 10) foi considerada por 57% dos egressos como uma contribuição plena do curso. Em 2009, este percentual aumentou para 62,5% em contraposto com 2007 que foi de 44,4%. Apesar do aumento verificado, este resultado aponta uma insegurança de uma porcentagem significativa de egressos (43%), o que demonstra que esta é uma das fragilidades do curso e deverá ser motivo de questionamentos e propostas de ação.

Gráfico 9: Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da competência de compreensão e análise de problemas de saúde bucal

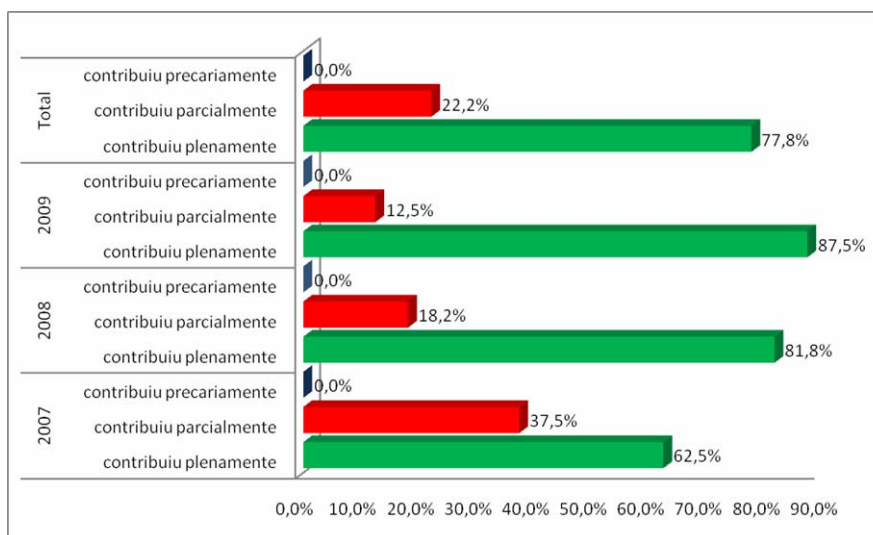
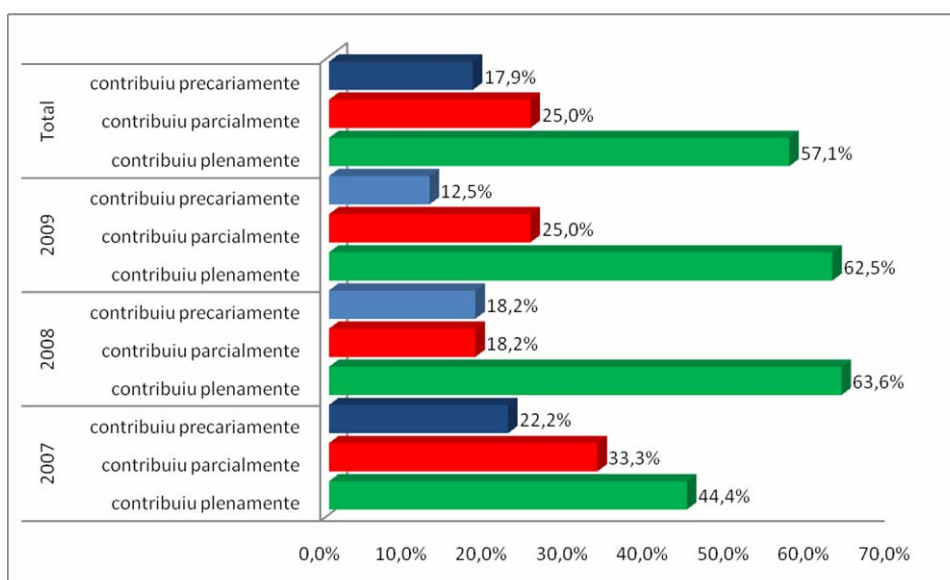


Gráfico 10: Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da competência de tomada de decisões

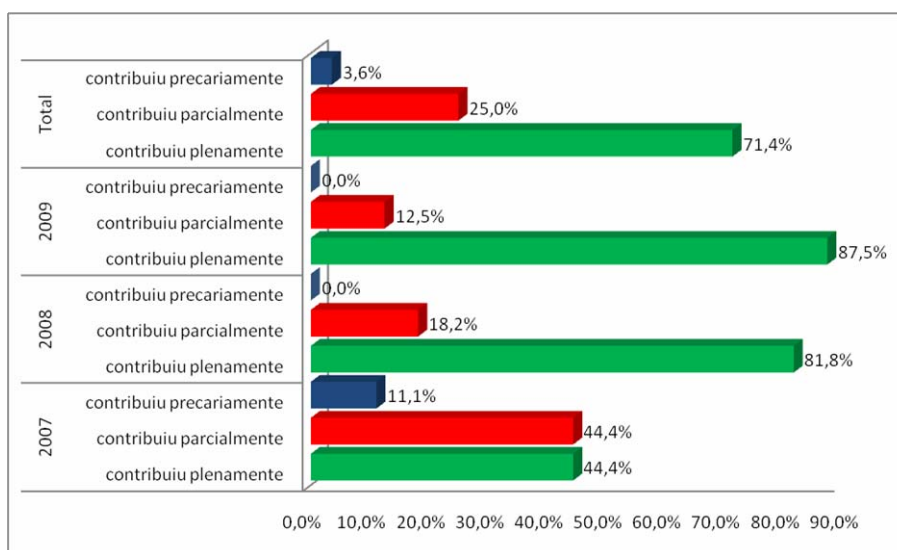


Comparando com o questionário socioeconômico do ENADE de 2007 (BRASIL, 2008), na questão 97, na qual se perguntou sobre o desenvolvimento da capacidade de compreensão de processos, tomada de decisão e resolução de

problemas no âmbito de sua área de atuação, 82,4% dos concluintes do curso de Odontologia da Unoeste, responderam que o curso contribuiu plenamente e 17,6% parcialmente. Sessenta e dois por cento (mais precisamente 61,9%) dos estudantes concluintes do Brasil responderam que seus cursos contribuíram amplamente e 21,5% parcialmente para o desenvolvimento de tal competência.

Para 96% dos egressos o curso contribui plena ou parcialmente para propor soluções para os problemas de saúde bucal, sendo que 71,4% consideraram esta contribuição como plena (Gráfico 10 e 11). Também aqui, observa-se o aumento da percepção sobre a contribuição plena do curso, que em 2007 era de 44,4% e em 2009, de 87,5%.

Gráfico 11: Percepções sobre a contribuição do curso para o desenvolvimento da capacidade de propor soluções para os problemas de saúde bucal encontrados



#### 4.4 Prática Docente e Princípios de Ética e Bioética

O Gráfico 12 mostra a percepção dos egressos sobre a contribuição da prática docente para a formação de profissionais preocupados em agir segundo os princípios éticos e bioéticos e com melhor padrão de qualidade.

Para 68% dos egressos entrevistados, a contribuição da prática docente para a formação de princípios éticos e bioéticos foi plena, não havendo grandes diferenças entre estes percentuais para os egressos de 2007, 2008 e 2009.

A questão número 94 do questionário socioeconômico do ENADE 2007 (BRASIL, 2008), abordou questão semelhante quando questionou sobre a contribuição do curso em relação ao desenvolvimento da competência para atuação ética, com responsabilidade social, para a construção de uma sociedade incluyente e solidária. Oitenta e dois por cento (82,4%) dos alunos concluintes de 2007 da Unoeste, responderam que contribui amplamente. Nesta pesquisa, 67% dos egressos de 2007, que foram os mesmos concluintes do ENADE de 2007, responderam que esta contribuição foi plena. O resultado muito semelhante aos estudantes concluintes do Brasil, cuja resposta para a contribuição ampla foi de 60,8%.

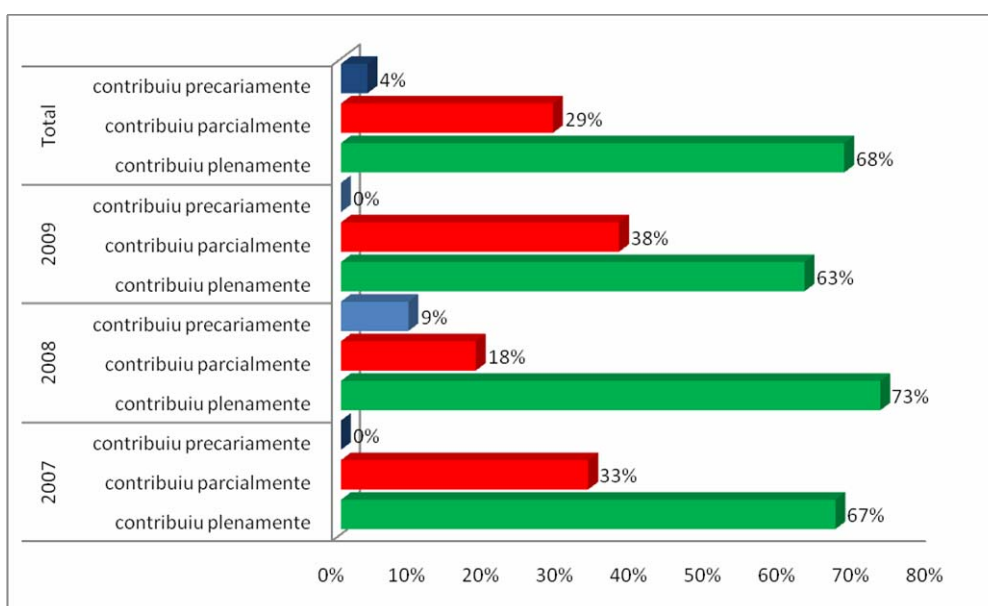
Este resultado aponta a necessidade de o docente estar mais comprometido com as mudanças e transformações sociais requeridas pelo perfil do profissional cidadão, descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais. O julgamento de valor ético embutido em todas as ações de ensino-aprendizagem deve estar refletido no agir docente e no agir discente. Não pode haver dúvidas sobre se esta contribuição foi ou não ampla. Ela deve ser ampla e ser parte da ação pedagógica ética. Para Rupaya (2008, p.74),

...o docente universitário tem um papel fundamental no desenvolvimento de projetos educativos que facilitem a aprendizagem e proporcionem influências positivas que levam à formação e desenvolvimento de valores nos estudantes. O docente deveria ser um modelo educativo em virtude de suas qualidades pessoais e profissionais.

Para ela, a maioria das faculdades capacita o docente em conhecimentos atualizados em odontologia e em técnicas didáticas. No entanto, é difícil encontrar oficinas sobre temas de socialização para uma melhor comunicação docente-aluno, aplicação e discussão de critérios éticos na prática profissional ou aspectos bioéticos na pesquisa científica, entre outros. A prática diária requer reflexão sobre dilemas éticos e bioéticos, portanto os docentes devem estar preparados para orientar corretamente e isto demanda uma mudança

paradigmática. Rupaya (2008) conclui que é necessário fornecer aos estudantes de Odontologia, princípios e normas éticas, de tal forma que os levem à reflexão sobre os dilemas que poderão enfrentar no desenvolvimento de sua vida profissional, ressaltando a importância de interiorizar valores de responsabilidade, honestidade e justiça como primordiais na relação profissional-paciente. Portanto, os princípios de ética e bioética devem ser um compromisso de todos os envolvidos no processo de formação profissional, para que os profissionais egressos possam ter atitudes positivas e construtivas na solução dos problemas de saúde do indivíduo e da população assistida.

Gráfico 12: Percepções sobre a contribuição da prática docente para a formação de profissionais preocupados em agir dentro dos princípios de ética/bioética e com o melhor padrão de qualidade



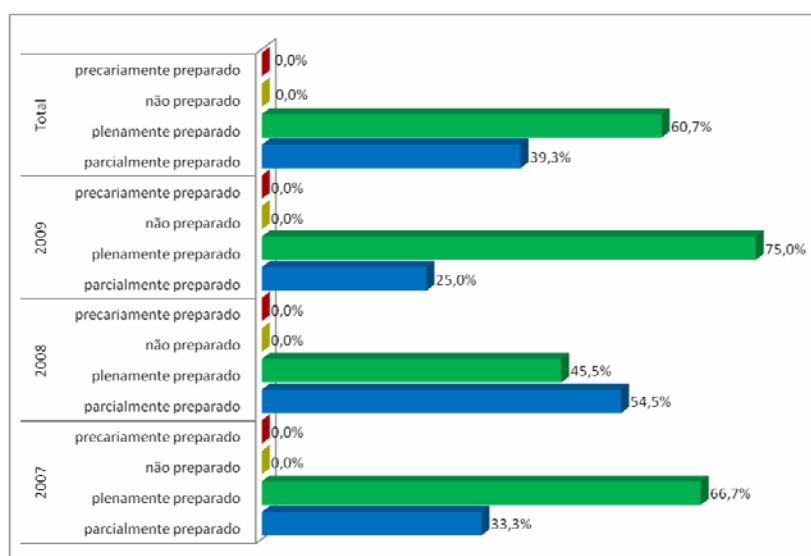
#### 4.5 Capacidade de Desenvolver Ações de Prevenção, Promoção e Reabilitação da Saúde Bucal

##### 4.5.1 Capacidade de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde bucal

Os gráficos de 13 a 17 apresentam a percepção dos egressos sobre a capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde bucal, tanto em nível individual como coletivo, no âmbito das ações desenvolvidas dentro da Atenção Básica ou Primária.

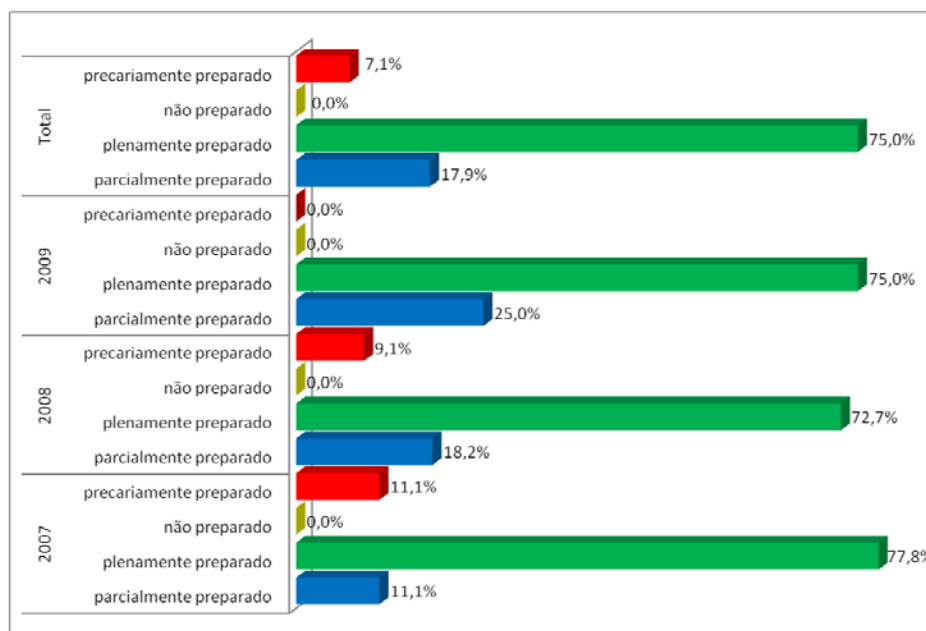
Número significativo de egressos, 60,7% (Gráfico 13), se considera plenamente preparado para desenvolver ações de educação para a saúde bucal e os demais 39,8% consideram-se parcialmente preparados. No ano de 2009, houve aumento bastante importante daqueles que se sentem preparados para desenvolver ações de educação para saúde bucal (75%), sendo os de 2007, os que reportam pior resultado.

Gráfico 13: Percepções sobre o preparo para desenvolver ações de educação para a saúde bucal para a população em nível individual e ou coletivo



Setenta e cinco por cento (75%) dos egressos de 2009 e 77,8% dos egressos de 2007 se sentem aptos a trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde (Gráfico 14). Sendo que, os resultados não apresentaram grandes diferenças nos anos pesquisados.

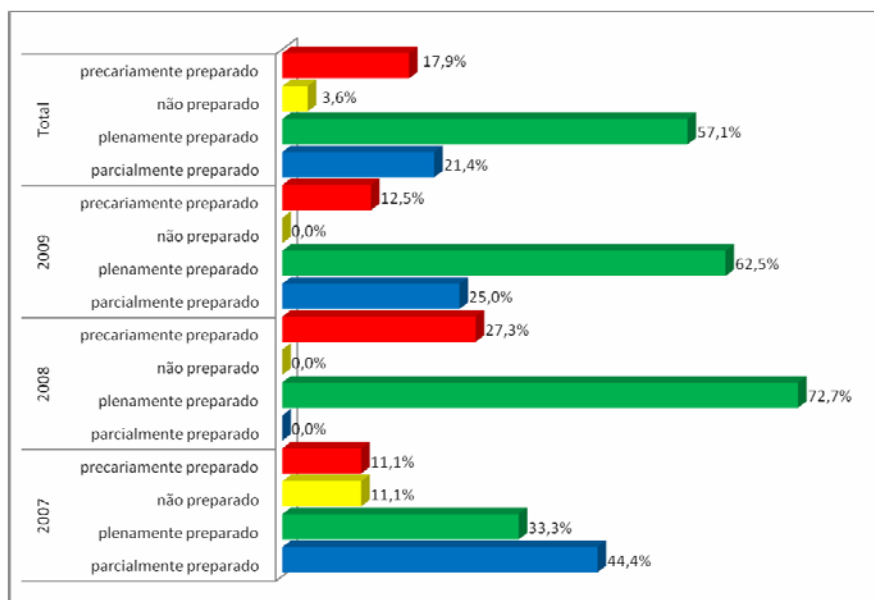
Gráfico 14: Percepções sobre o preparo para trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde bucal



No trabalho de Arantes et al. (2009), a participação em atividades de educação em saúde foi de 92,7% após a realização dos estágios e de 66,7% antes. A participação em atividades coletivas de prevenção foi de 68,9% antes e de 92,7% após os estágios supervisionados. Quando perguntados sobre o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, 80,5% dos alunos relataram ter desenvolvido estas ações nos estágios. Como se constata, os dados dos egressos da Unoeste não se distanciam dos constatados por Arantes e colaboradores.

Dos egressos pesquisados, 57,1% (Gráfico 15) se sentem plenamente preparados para participar em programas de saúde bucal instituídos pelo governo, com 21,4% avaliando-se parcialmente, 17,9% precariamente e 3,6% não preparados. Observou-se, aumento considerável daqueles que se percebiam como plenamente preparados que, em 2007 era de 33,3% para 62,5% em 2009.

Gráfico 15: Percepções sobre o preparo para participar dos programas governamentais de saúde bucal e promoção e proteção à saúde bucal (ex. ESF)



A inclusão dos profissionais da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma medida importante do SUS que afeta o mercado de trabalho dos formados e os cursos de Odontologia. As equipes de Saúde Bucal integrantes da ESF estão em expansão, abrindo um importante mercado de trabalho para os formados. No entanto, se a formação destes profissionais seguir o modelo que privilegia o tratamento de doenças e a não familiaridade com o trabalho em equipe e programas e ações educativas, o egresso terá muita dificuldade em trabalhar de forma efetiva na resolução dos problemas de saúde individuais e/ou coletivos.

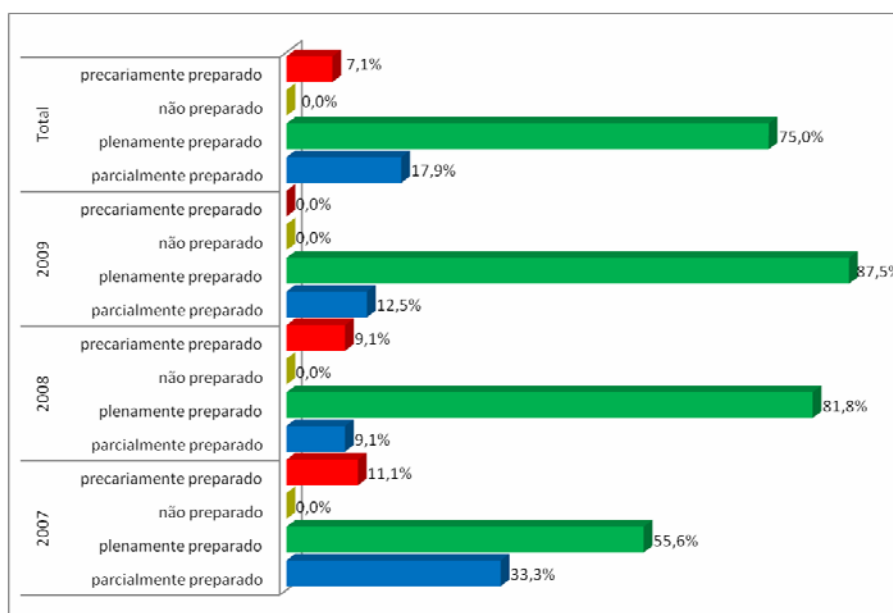
No relato de Arantes et al. (2009, p.155), os alunos ao serem questionados sobre o nível de conhecimento sobre o SUS e ESF, a porcentagem dos alunos que considerava ter nenhum/pouco conhecimento foi menor após a realização dos estágios, enquanto a dos que consideravam ter muito/completo conhecimento foi maior. Assim como estes autores, concordamos que a vivência dentro da realidade dos SUS e o contato com as equipes de saúde da família é que podem propiciar o preparo adequado para a participação nos programas de saúde governamentais, atendendo as DCN quando estas estabelecem que “a



formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país” (BRASIL, 2002).

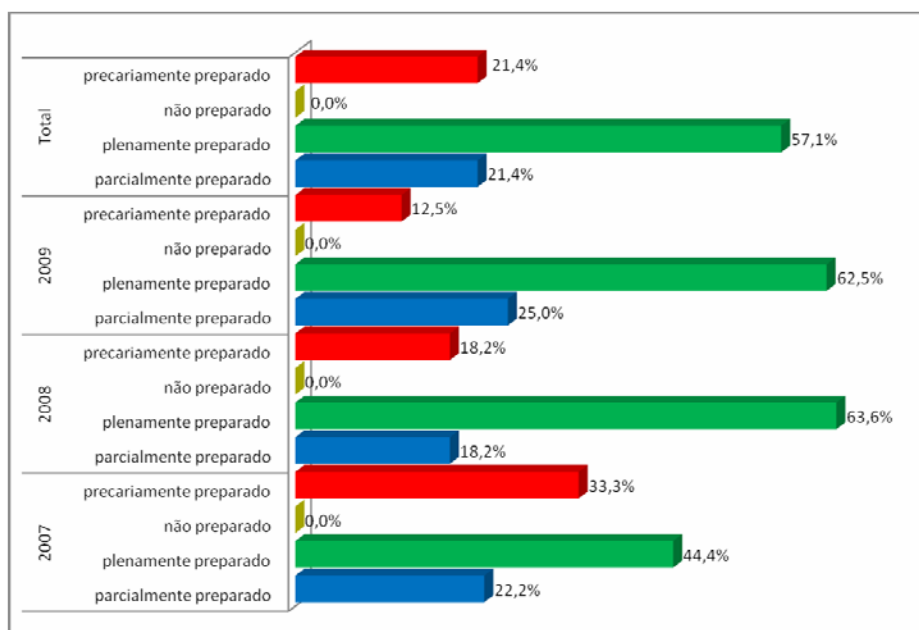
Setenta e cinco por cento (75%) dos egressos se avaliam como preparados para planejar ações educativas para clientela específica, como gestantes, idosos hipertensos e adolescentes (Gráfico 16). É importante observar que houve um aumento dos que se avaliam como preparados, sendo que a maior porcentagem ocorreu em 2009 (87,5%), significando um aumento considerável se comparado com os de 2007 (55,6%).

Gráfico 16: Percepções sobre o preparo para planejar ações educativas para clientela específica (gestantes, crianças, hipertensos, adolescentes, idosos, etc.)



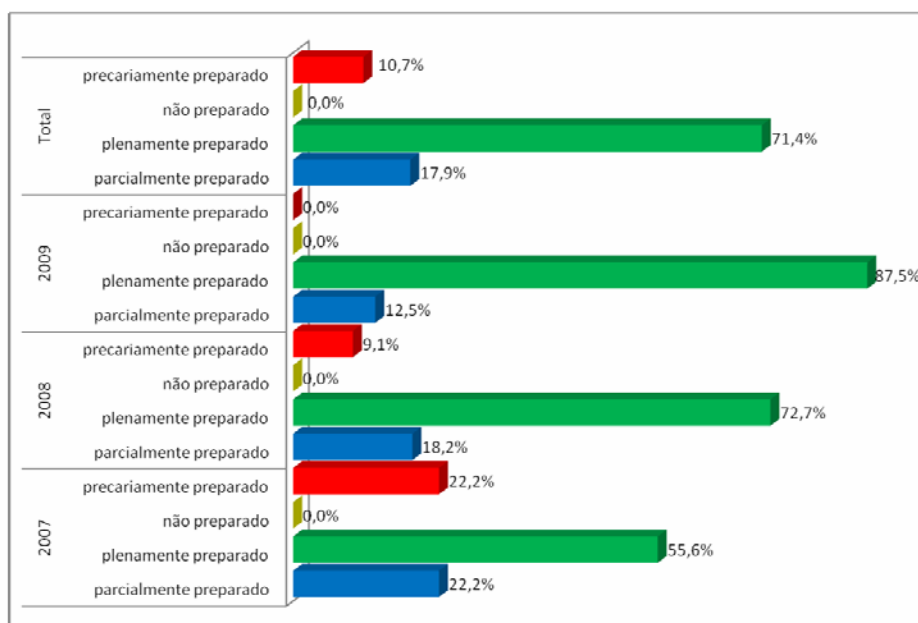
Cinquenta e sete por cento (57,1%) se dizem capazes de reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais, sendo que 42,8% se avaliam entre parcialmente e precariamente preparados (Gráfico 17). Observa-se também neste gráfico, um aumento dos que se sentem plenamente preparados em 2008 (63,6%) e 2009 (62,5%) em relação aos de 2007 (44,4%).

Gráfico 17: Percepções sobre o preparo para reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais



A grande maioria dos egressos, 71,4%, se diz plenamente preparada para aplicar métodos de prevenção e promoção da saúde, sendo que o percentual para os egressos de 2009 é de 87,5% (Gráfico 18), mostrando que as ações adotadas pelo curso de Odontologia da Unoeste estão atendendo às propostas de mudanças.

Gráfico 18: Percepções sobre o preparo para aplicar métodos de prevenção e promoção de saúde, relacionados às principais doenças bucais



De acordo com Feuerwerker (2003, p. 24), o momento histórico de tensão paradigmática se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Também afirma que há necessidade de redefinir referenciais e relações com os distintos segmentos da sociedade no sentido de a Universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. Para transformar o modelo de Atenção à Saúde, o fortalecimento de ações na Atenção básica e a formação dos profissionais que nela atuam são requisitos importantes. As propostas de mudança na formação de profissionais da Saúde estabelecidas pelas novas Diretrizes Curriculares e apoiadas pelo Ministério da Saúde estão orientadas à superação de alguns destes problemas (FEUERWERKER, 2003). Concordamos com Oliveira et al. (2008, p.77) que afirma:

As instituições formadoras, públicas ou privadas, devem investir em diversificação de cenários formadores que extrapolem os limites técnicos da excelência clínica, ponto nevrálgico da formação odontológica atual. Não que a excelência clínica não deva ser perseguida, mas isto tem sido buscado através da negligência dos aspectos sociais da profissão.

As ações de promoção da saúde bucal tanto em nível individual como coletivo, na Faculdade de Odontologia da Unoeste, estavam basicamente concentradas nas disciplinas de prevenção e de Saúde Coletiva. Para atender as DCN e formar profissionais capazes de fornecer serviços de qualidade de atenção à saúde, a Faculdade está promovendo mudanças curriculares e principalmente mudanças no processo ensino-aprendizagem para contextualizar e ampliar as ações desenvolvidas em todas as disciplinas, buscando integrar ações de saúde com outros profissionais, inserindo ações de prevenção e promoção à saúde juntamente com as disciplinas chamadas de clínicas e diversificando os cenários de prática.

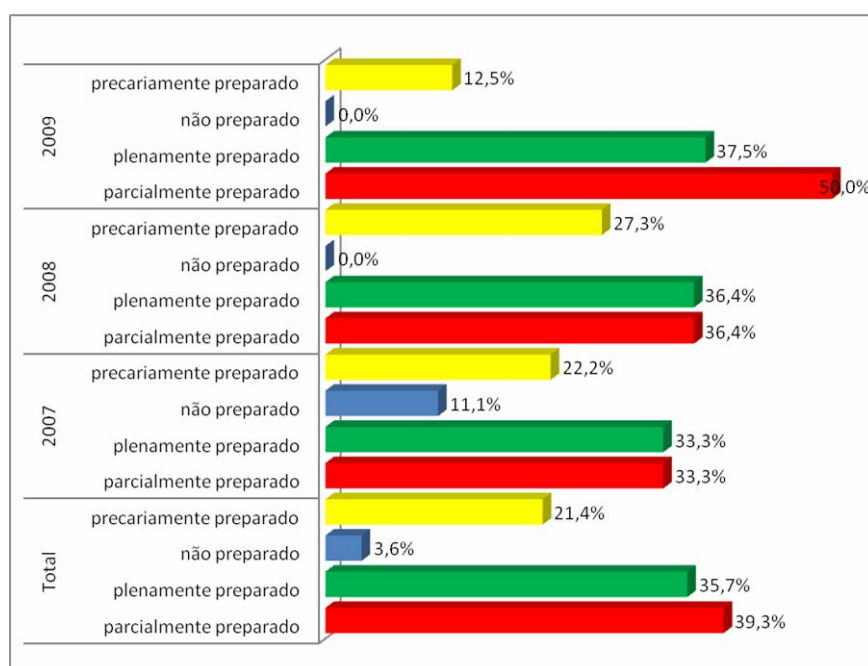
A participação em atividades extramuros, como a Estratégia de saúde da Família (ESF), que é um dos principais programas governamentais, deve ser valorizado e inserido nos estágios supervisionados como meio para melhor capacitar os alunos para atuar na prevenção e promoção da saúde de comunidade ou de indivíduos, pois possibilita o desenvolvimento destas competências junto à comunidade. É possível afirmar que os estágios extramuros de Atenção Odontológica à Comunidade e os de Saúde Coletiva que constam da matriz curricular da Faculdade de Odontologia da Unoeste a partir do segundo semestre de 2007 têm tido um papel importante no desenvolvimento destas competências. Concordamos com Badan, Marcelo e Rocha (2010) quando afirmam que o contato do aluno de graduação com a realidade dos serviços, saindo dos espaços da universidade, apresenta-se como uma importante atividade que o curso de odontologia pode proporcionar na preparação do futuro cirurgião-dentista para seu campo de atuação.

#### 4.5.2 Ações de reabilitação da saúde bucal

A atenção secundária e a atenção terciária requerem que os egressos obtenham a capacidade de desenvolver ações de reabilitação da saúde bucal, tanto em nível individual como coletivo. Os resultados sobre o preparo dos egressos em relação a tal competência são apresentados nos gráficos 19 a 27.

Setenta e cinco por cento (75%) dos egressos se avaliam plenamente ou parcialmente preparados para realizar diagnóstico. Vinte e cinco por cento (25%) daqueles que se avaliam como não preparados ou precariamente preparados para realizar diagnóstico deve ser analisada com preocupação, já que o diagnóstico é o primeiro passo para uma atuação profissional resolutive e de qualidade (Gráfico 19).

Gráfico 19: Percepções sobre o preparo para realizar diagnóstico preciso de doenças e problemas bucais



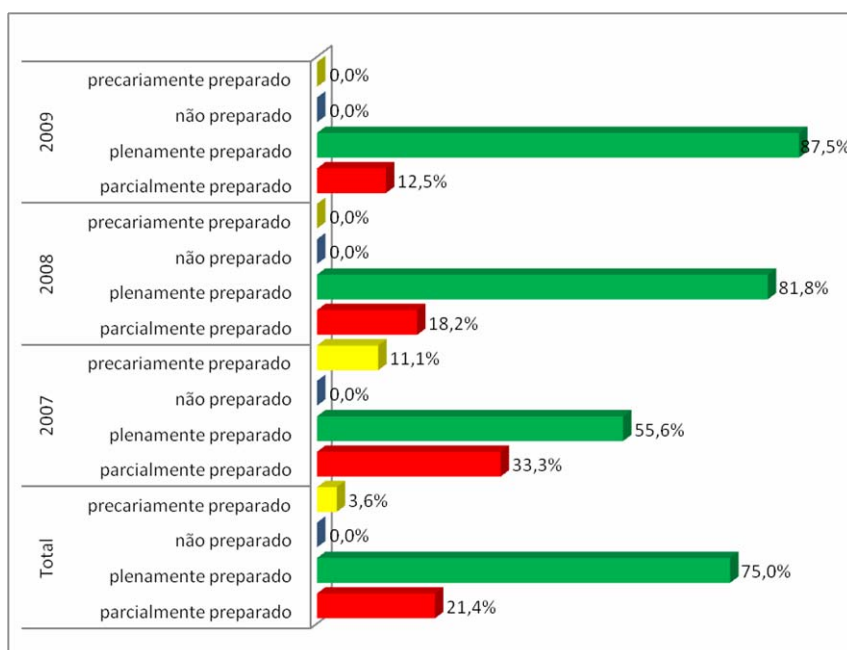
Arantes et al. (2009, p. 157) obtiveram os seguintes resultados quando questionaram os alunos sobre o preparo para fazer diagnóstico odontológico sem a ajuda de um professor: 78,1%, que se avaliaram como capazes ou plenamente capazes após a realização de estágios, resultado muito semelhante ao desta pesquisa.

As fases cognitivas que precedem a ação prática, o diagnóstico preciso e a elaboração do plano de tratamento são, no mínimo, tão importantes quanto a realização do tratamento e certamente influenciarão de modo inexorável o seu resultado. Assim, para atuar com resolutividade, além do conhecimento e

treino em diagnóstico, há necessidade de planejamento de ações de reabilitação à saúde bucal.

A pesquisa mostra que 25% dos egressos sentem-se parcial ou precariamente preparados para esta competência. A introdução, no Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia, de seminários clínicos integrados, discussão de casos clínicos, treinamento dos docentes em avaliação formativa, auxiliará no progresso para obtenção de resultados melhores em relação a esta competência (Gráfico 20). Quanto aos que se avaliaram como plenamente preparados, 75%, observa-se aqui também um aumento importante em 2008 (81,8%) e 2009 (87,5%) em relação aos de 2007 (55,5%).

Gráfico 20: Percepções sobre o preparo para elaborar plano de tratamento odontológico

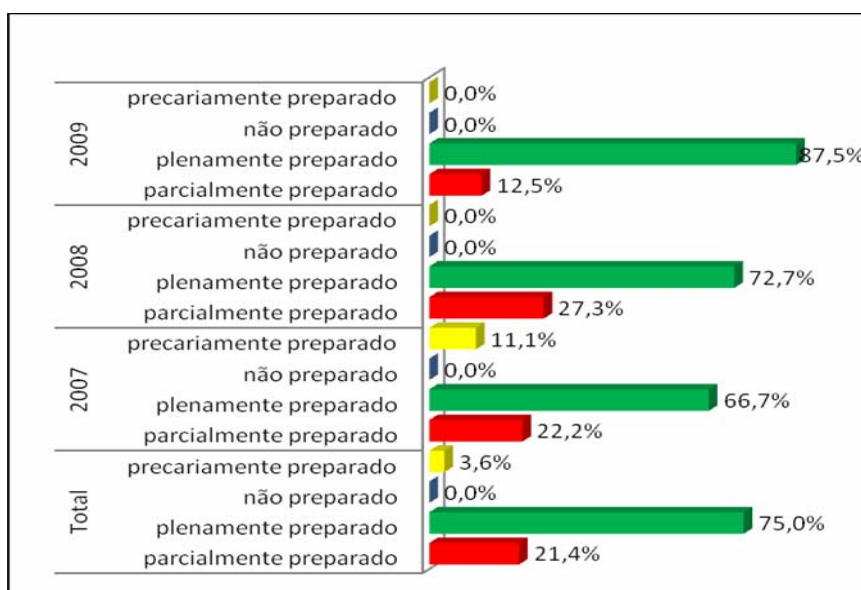


Os gráficos 21 a 28 tratam da competência para reabilitar a saúde bucal e destacam os pontos fortes e frágeis do curso de Odontologia da Unoeste.

O tratamento restaurador com técnicas de dentística é avaliado pelos egressos como plenamente preparados por 75% e parcialmente preparados por 21% dos egressos (Gráfico 21). Está claramente demonstrado pelos percentuais de 2008 (81,8%) e 2009 (87,5%) que a disciplina Dentística está efetivamente

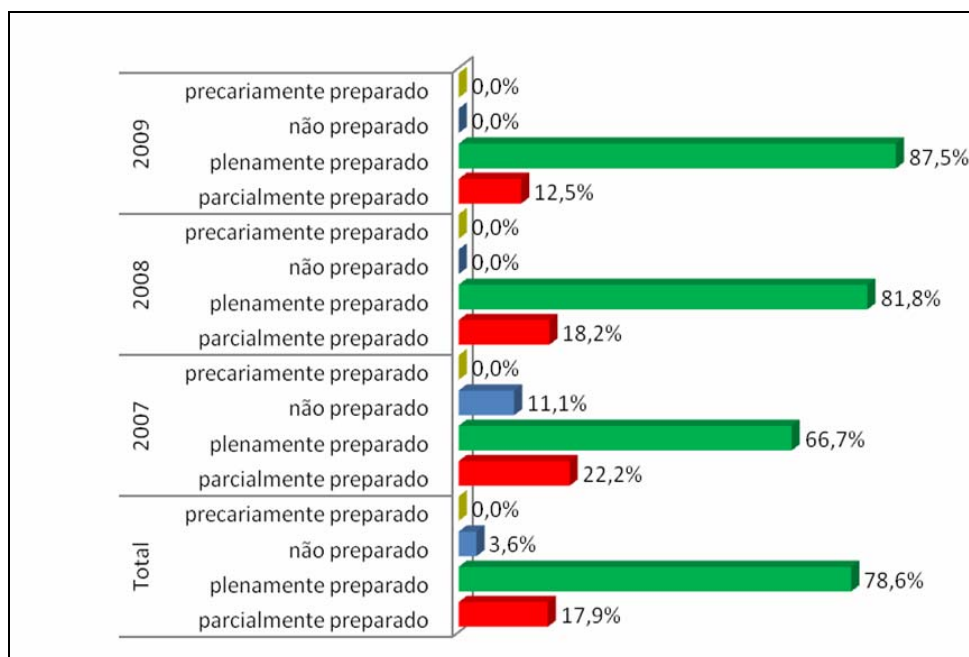
capacitando os alunos para realizar tratamentos restauradores com técnicas de dentística, o que podemos considerar como ponto forte do curso de Odontologia da Unoeste.

Gráfico 21: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento restaurador com técnicas de dentística



A porcentagem de egressos que responderam plenamente ou parcialmente preparados para realizar tratamento endodôntico foi de 96% (Gráfico 22). Também nesta situação, considera-se o resultado de 96% de plenamente e parcialmente preparados, um ponto forte do curso de Odontologia da Unoeste.

Gráfico 22: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento Endodôntico



Quando se compara as respostas dos egressos no Gráfico 23, observa-se que no ano de 2007, somente 11,1% se avaliaram como plenamente preparados para realizar tratamento reabilitador com uso de próteses, sendo que este percentual em 2008 aumentou para 54,5% e no ano de 2009, caiu para 25%.

No gráfico 24, podemos observar que 50% dos egressos se avaliam como plenamente preparados para realizar tratamento cirúrgico através de exodontia e 35,7% como parcialmente preparados para realizar este tratamento. A exodontia de dentes inclusos e semi-inclusos não foi um questionamento isolado das exodontias de dentes erupcionados e isto parece estar refletido neste alto índice de egressos que percebem-se como parcialmente preparados.



Gráfico 23: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento reabilitador com uso de próteses

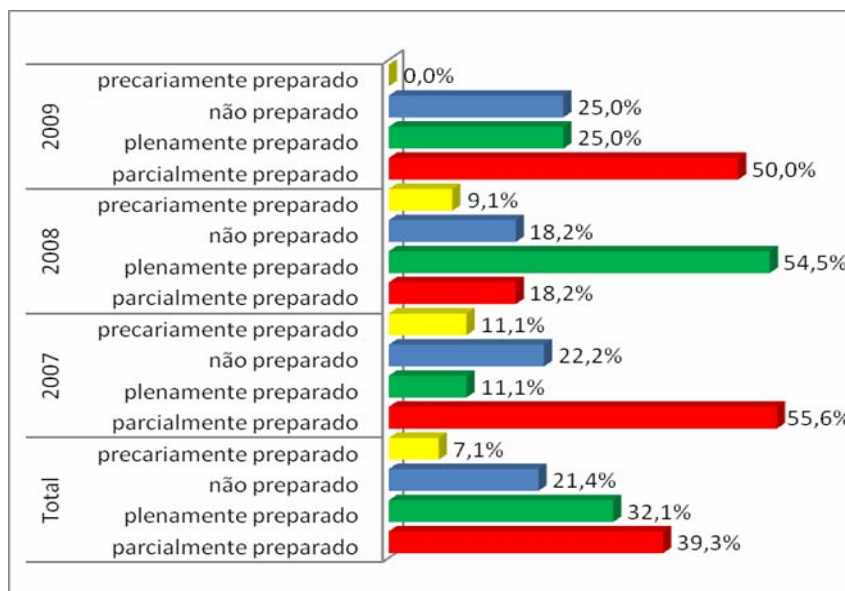
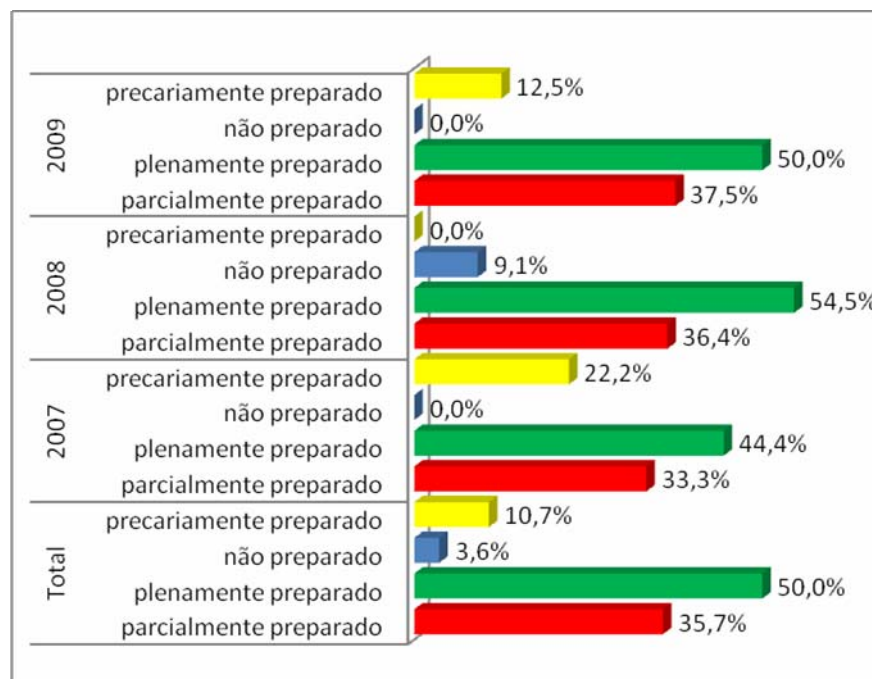
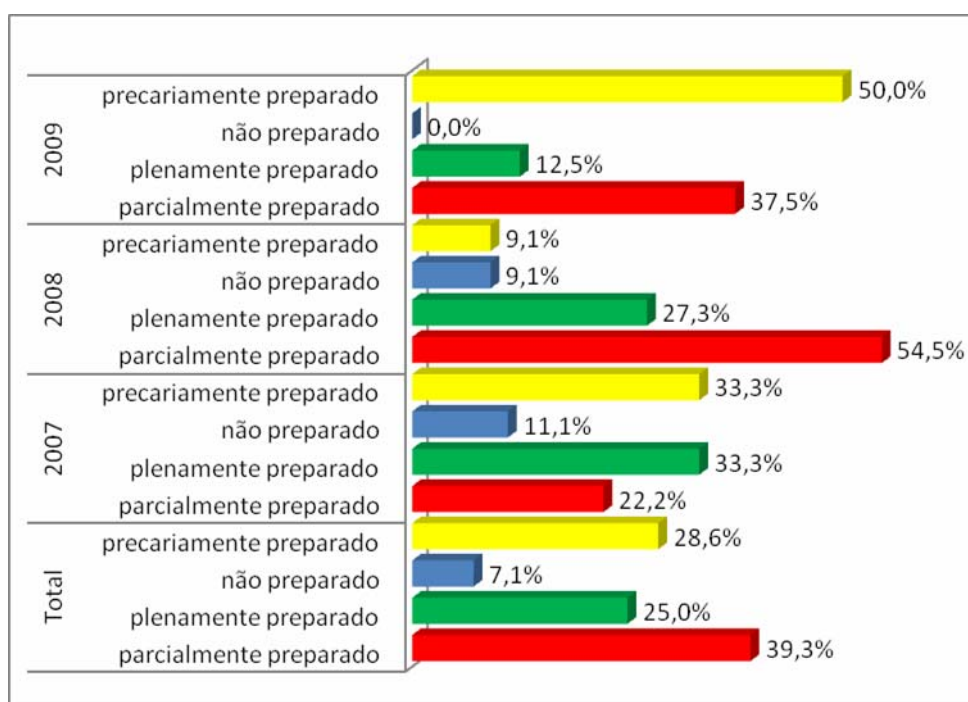


Gráfico 24: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento cirúrgico através de exodontia



O total de egressos que se avaliam como plenamente preparados para realizar tratamento periodontal é de 25%, sendo que este percentual em 2009 cai para 12,5%. Isso nos leva à indagação sobre quais ações devem ser implementadas para superar tal problema, pois as enfermidades periodontais juntamente com a cárie dental são as patologias mais freqüentes no país (Gráfico 25).

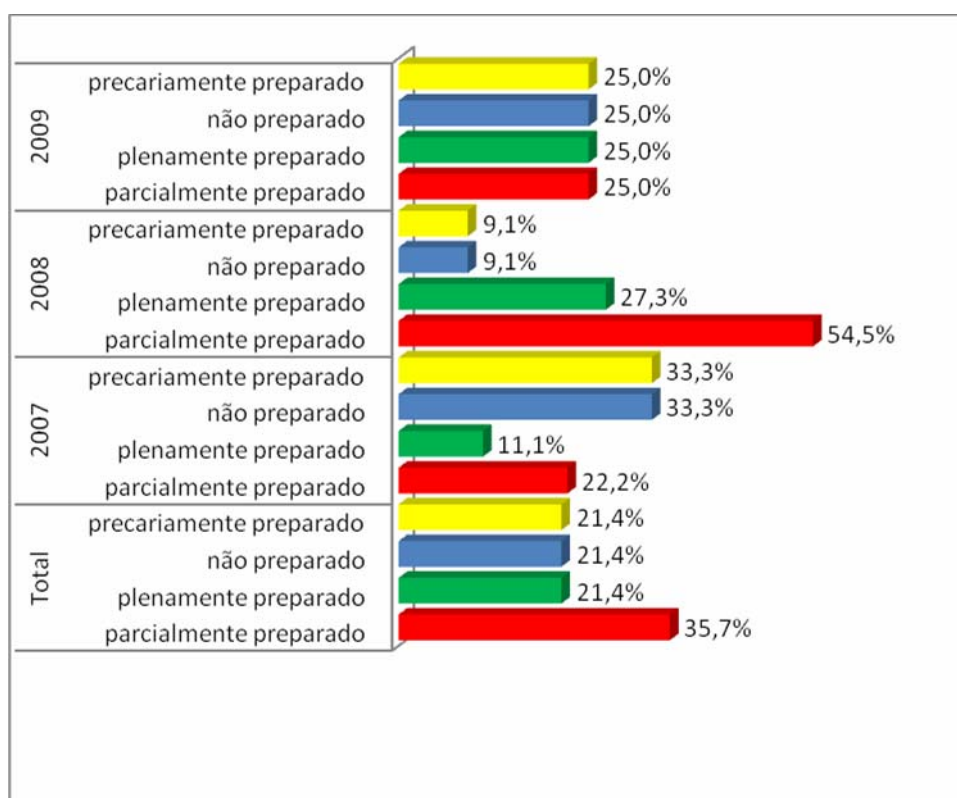
Gráfico 25: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento periodontal



Ao se analisar a porcentagem de egressos sobre seu preparo para realizar tratamento ortodôntico preventivo (Gráfico 26), verifica-se que somente 21% se avaliam como plenamente preparados. Esta constatação não surpreende, pois a disciplina “ortodontia” é ministrada com conteúdo teórico/prático sem o atendimento clínico. A partir de 2010, houve uma contextualização do aprendizado de ortodontia preventiva, através do atendimento conjunto do professor de ortodontia com a disciplina de clínica de odontopediatria. Como esta alteração foi realizada em 2010, não foi possível avaliar seu reflexo comparando com os dados

que pesquisamos sobre a competência para realizar tratamento ortodôntico preventivo.

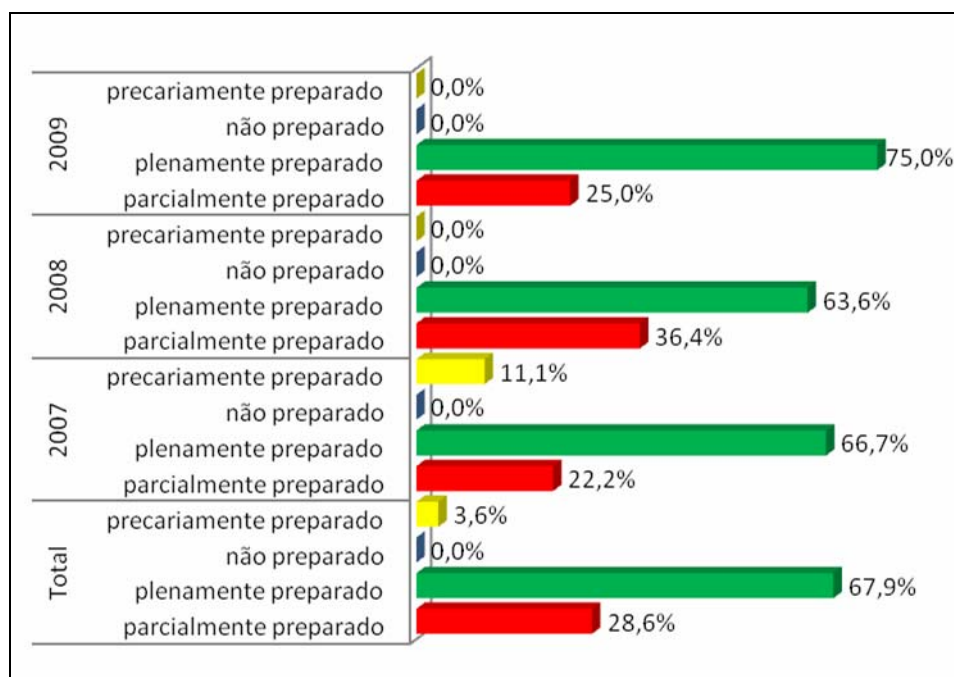
Gráfico 26: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento ortodôntico preventivo



Ao se analisar os dados sobre o preparo para prescrever terapêutica medicamentosa, observa-se um número crescente de egressos que se avaliam como plenamente preparados (67,9%). O maior percentual desta asserção ocorreu em 2009 com 75,0% (Gráfico 27).

É evidente a influência da adoção do Protocolo Terapêutico Medicamentoso, em 2009 por todas as disciplinas e clínicas integradas do curso de Odontologia da Unoeste, sobre este resultado. Este protocolo foi resultado de um trabalho integrado de professores de várias áreas da Odontologia da Unoeste.

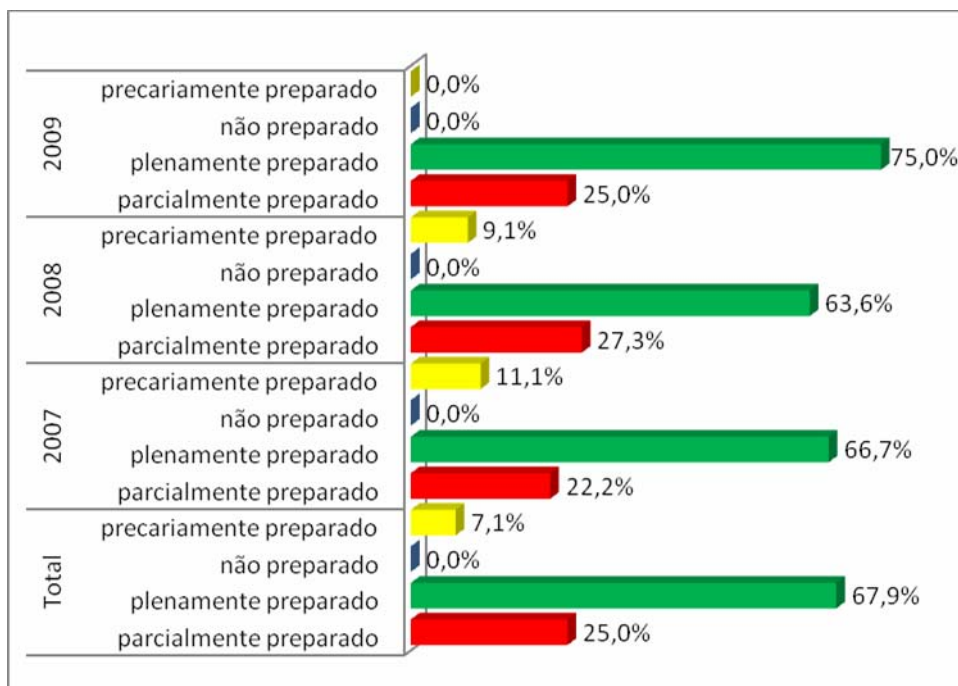
Gráfico 27: Percepções sobre o preparo para prescrever terapêutica medicamentosa



Os resultados de Arantes et al. (2009) são muito semelhantes ao desta pesquisa: 63,4% relatam ter capacidade plena para receitar medicamentos com indicação e prescrições corretas.

O percentual de egressos que se avaliara como preparado para atender emergências odontológicas é de 67,9%. Ao comparar as respostas dos egressos dos anos de 2007, 2008 e 2009, verifica-se que em 2009 este número é de 75%. Nas disciplinas de Clínicas Integradas de Adultos, existe um projeto de atendimento às emergências odontológicas que prepara o aluno para atender esta necessidade de aprendizagem (Gráfico 28).

Gráfico 28: Percepções sobre o preparo para realizar tratamento emergencial



As percepções sobre o preparo para realizar ações de reabilitação da saúde bucal indicam quais áreas do ensino devem ser aprimoradas. O modelo de atenção vigente antes das DCN privilegiava as ações de reabilitação, ou seja, o modelo curativo e por isso entendemos que, mais do que alterações curriculares, devemos procurar a trans, multi e a interdisciplinaridade para que os conteúdos administrados sejam mais bem compreendidos e utilizados, não somente como uma competência a ser adquirida, mas como forma de estimular e melhorar o sentido contextual do aprendizado e sua aplicação na atenção à saúde.

Dos egressos pesquisados, 53,6% (Gráfico 29) avaliam o curso como não apresentando deficiências. Os dados dos egressos de 2009 apresentam o menor valor de percepção de insuficiências (62,5%), ou seja, veem o curso mais positivamente.

Para os 46,4% dos egressos que relatam insuficiências no curso (Gráfico 30 e 31), entre as causas mais freqüentes estão: a carga horária insuficiente (32,1%), seguida de pouca exigência do corpo docente (19,9%) e o

não atendimento da demanda profissional pela grade curricular (7,1%). Entre as outras causas (21,4%) são citadas, a falta de didática, o interesse de alguns docentes, matriz curricular, entre outras. Entre os comentários e contribuições deixadas pelos alunos no final do questionário, há o depoimento de um aluno que comenta: “O curso teve insuficiências sim, mas como em toda universidade, tenho toda a base teórica da prática odontológica com professores muito preparados, mas é somente na prática profissional que aprendemos a exercer a odontologia. Na universidade não é possível aprender tudo, daí a importância do estudo contínuo, superando nossas dificuldades e deficiências (sic)”, evidenciando que o egresso dá importância ao estudo continuado, ou seja, à sua educação permanente.

Gráfico 29: Percepção de insuficiências no curso de graduação de Odontologia da Unoeste

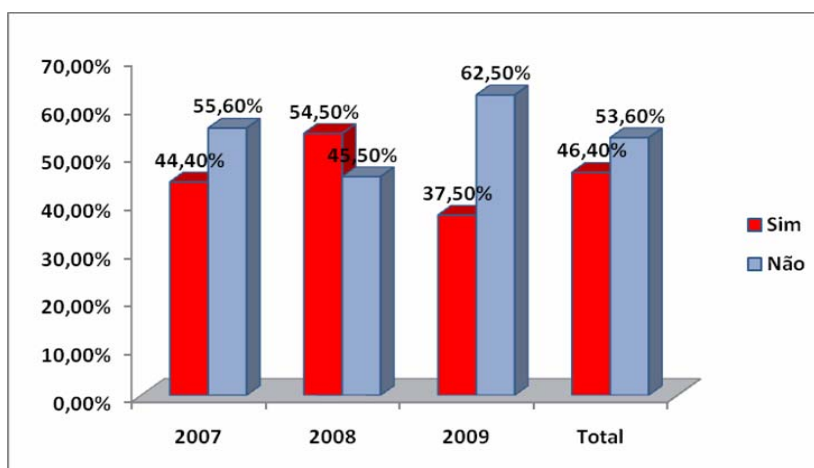


Gráfico 30: Causas das Insuficiências do curso de graduação, na percepção dos egressos

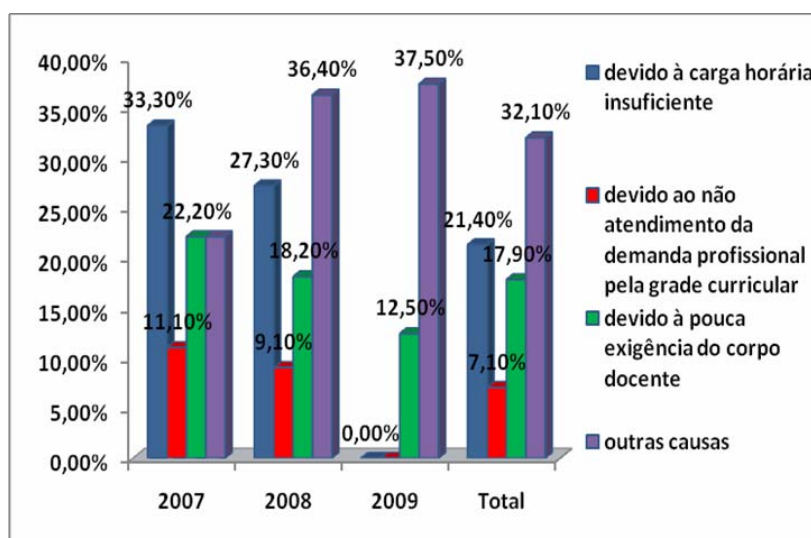
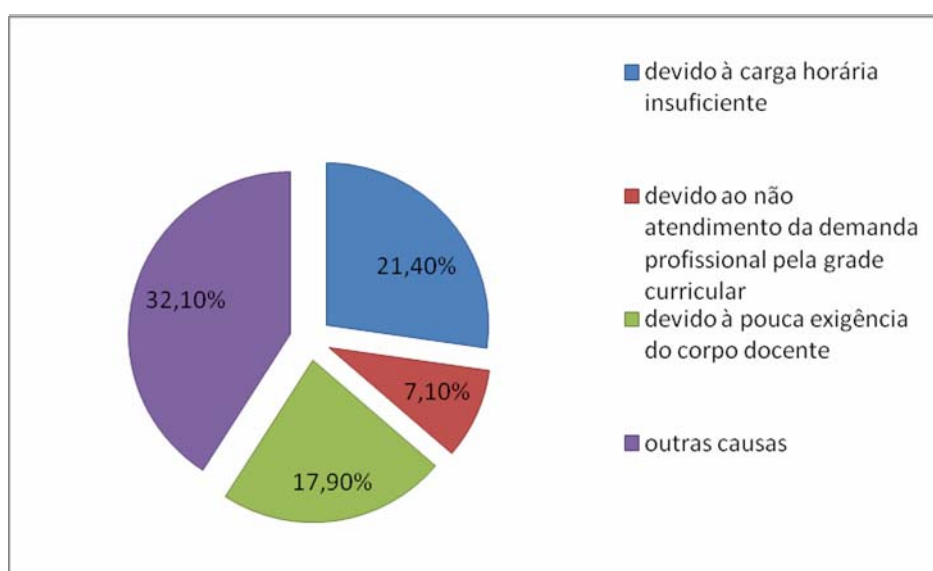


Gráfico 31: Causas das Insuficiências do curso de graduação, na percepção dos egressos (2007 a 2009)



Cordioli e Batista (2007) na pesquisa em que procuraram investigar o processo de formação de egressos há cinco anos e em movimento de busca por pós-graduação *lato sensu*, e no exercício de uma prática generalista, 100% dos

egressos responderam que fariam mudanças para melhorar o curso de graduação. Entre as mudanças mais citadas constam mudanças na metodologia de ensino (35%), na carga horária prática (27%), na carga horária teórica (25%) e nos espaços físicos (12,5%). Na análise qualitativa, a categoria mais citada foi “melhor articulação da teoria com a prática”, seguida por “um ensino mais contextualizado com a realidade”. E conclui que a visão dos egressos aponta para a necessidade de ampliação de cenários de aprendizagem com um aprimoramento da proposta de ensino, flexibilização e integração curricular, incentivo à pesquisa e investimento no corpo docente.

Como conclusão deste capítulo, alguns pontos podem ser destacados. Segundo Dagenais, (2003), a principal razão para a avaliação da efetividade do currículo é assegurar que as metas propostas para seu programa sejam alcançadas e “descobrir como você está fazendo o que você faz” (CASAMASSIMO, apud DAGENAI, 1990, p.47). Como enfatiza Dagenais (2003), os proponentes das mudanças precisam se assegurar de que as decisões certas estejam sendo tomadas e que dentistas competentes, bem preparados para encarar as mudanças na prática profissional odontológicas estão sendo formados.

O *follow-up* de egressos e o conhecimento de suas percepções como profissionais que já tiveram contato com a realidade profissional, tendo como parâmetro as competências descritas nas DCN, são muito importantes neste momento em que a implantação das DCN está em fase incipiente de concretização. De acordo com Dagenais et al. (2003), os educadores sentem que os estudantes não conseguem julgar o significado de sua educação até que algum tempo se passe após sua graduação e eles terem praticado a odontologia por eles mesmos. Ex-alunos podem fornecer informações significativas sobre os pontos fortes e as fragilidades do currículo e sobre a importância de seus vários componentes. Egressos avaliam seu grau de preparo quando deixam a escola de odontologia de modo mais confiável do que os graduandos, talvez porque se encontrem em uma melhor posição para refletir sobre seu nível de preparo para a prática profissional. O papel do currículo odontológico não é somente desenvolver competências, mas também a confiança e outros atributos dos profissionais da saúde.



No entanto, como destaca Dagenais et al. (2003), as pesquisas sobre *follow-up de profissionais* têm limitações inerentes. Se o espaço de tempo entre o fim do treino universitário e a data da coleta de dados foi longo, torna-se difícil separar os efeitos do currículo daqueles da experiência profissional. O nível de interesse ou falta de interesse dos egressos por certos aspectos da prática clínica pode introduzir vieses nas suas respostas aos questionamentos sobre os programas universitários. Por estas razões, tem sido recomendado que estas pesquisas sejam limitadas aos indivíduos que tenham se graduado nos últimos 10 anos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de odontologia determinaram e estabeleceram os princípios e fundamentos para a formação do cirurgião-dentista com um perfil generalista, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Além do perfil, estabeleceu as competências e habilidades necessárias para a formação adequada deste profissional.

Devemos entender que as DCN resultam não só das mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, das novas práticas baseadas em evidências científicas e da constatação de que o ensino fragmentado e direcionado para a prática clínica privada e individualizada não melhorou o quadro de saúde bucal da população. Tal preocupação está presente nos vários continentes e se reflete na preocupação da Organização Mundial da Saúde, que escolheu a formação de recursos humanos para a Saúde como prioridade desta década, entendendo que esta melhora só ocorrerá quando formarmos profissionais capazes de prestar atenção à saúde mais humanizada, adequada às realidades locais e regionais, compreendendo melhor a realidade em que vive a população. A formação odontológica, para se adequar a esta nova realidade, deve promover alterações e mudanças na preparação do futuro profissional e isto tem sido a tônica das discussões em torno de currículos e projetos pedagógicos.

Apesar de os questionários auto-administrados serem o método mais largamente utilizado para a coleta de dados sobre a auto-percepção das competências odontológicas, a possibilidade de vieses nas respostas dos egressos deve ser considerada, visto que as respostas podem estar influenciadas por fatores emocionais ou pela satisfação e ou gratidão pela colação de grau.

Na realidade esta pesquisa nos deu uma fotografia ou um recorte do momento em que os egressos pesquisados estavam sob as ordens das DCN há 5, 6 e 7 anos e neste período, as DCN estavam sendo implantadas ainda de forma tímida por muitos cursos de odontologia, inclusive pelo da Universidade do Oeste

Paulista. Para o futuro, haverá dados para comparação, já que a aderência dos cursos às DCN já deverá estar mais firmemente implantada.

Sentimos uma significativa limitação na interpretação e comparação dos dados, devido à escassez de pesquisas com egressos, principalmente avaliando a Competência “Atenção à Saúde” descrita nas DCN. No entanto, como já foi enfatizado anteriormente, as pesquisas com egressos podem trazer uma contribuição muito significativa para a revisão e aprimoramento das propostas pedagógicas dos cursos.

Com base nos resultados coletados, verificamos que a maioria absoluta dos egressos relata que se sente capaz de atender às necessidades de atenção à saúde nas comunidades em que estão inseridos.

A avaliação pelos egressos da capacidade de trabalhar de forma integrada, atuando fora do ambiente universitário, realizando ações integradas e contínuas com outros profissionais da saúde, aponta para a necessidade de maior integração com o Sistema Único de Saúde. Porém, estratégias de ações mais efetivas de integração com o SUS e demais profissionais devem ser implementadas para que todos os profissionais formados pela Instituição tenham o conhecimento, habilidades e competência para atuar com resolubilidade dentro do Sistema de Saúde vigente no país.

A contribuição do curso para a capacidade de compreender, analisar problemas, propor soluções para os mesmos e tomar decisões foi para a maioria dos egressos uma contribuição plena. Com relação a estas competências, o ensino contextualizado e reflexivo e a avaliação voltada para a formação contínua devem ser foco de treinamento e discussão com o corpo docente, pois a formação do docente e a condução crítica e reflexiva do processo de ensino aprendizagem por este, são primordiais para o desenvolvimento de um ambiente educacional que favoreça a aquisição destas competências. A mesma proposta deve ser considerada para que a contribuição da prática docente para a formação de profissionais preocupados em agir dentro dos princípios de ética/bioética e com o melhor padrão de qualidade atinja resultados melhores.

A percepção dos egressos sobre a capacidade de desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação bucal evidenciou os pontos fortes e as fragilidades do curso.

As percepções dos egressos sobre preparo para desenvolver ações de prevenção e promoção de educação bucal para a população apontou, como pontos fortes, o preparo para trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde bucal e as ações educativas para clientelas específicas. O preparo para aplicar métodos de prevenção e promoção de saúde, relacionados às principais doenças bucais foi considerado como plenamente alcançado pela maioria dos avaliados. Os pontos com avaliação mais frágeis foram as percepções sobre o preparo para desenvolver ações de educação para saúde bucal em nível individual e/ou coletivo e o preparo para participar dos programas governamentais de promoção e proteção à saúde bucal, o preparo para reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais.

As ações de reabilitação da saúde bucal mostraram que apesar do ensino odontológico estar até alguns anos atrás centrado no modelo curativo, o diagnóstico preciso de doenças e problemas bucais e o planejamento de planos de tratamentos odontológicos devem ser motivo de maior ênfase no processo de ensino aprendizagem. O tratamento restaurador com técnicas de dentística, tratamento endodôntico estão entre as competências de reabilitação bucal com melhor avaliação. Entre as competências de mais baixa avaliação estão o preparo para realizar tratamento reabilitador com uso de próteses, preparo para realizar tratamento cirúrgico através de exodontias, preparo para realizar tratamento periodontal e realizar tratamento ortodôntico preventivo. Entre as avaliações satisfatórias estão o preparo para prescrever terapêutica medicamentosa e realização de tratamento emergencial.

Para finalizar, salienta-se a importância da realização de pesquisas junto aos egressos, apesar dos vieses inerentes e das dificuldades relatadas. Estas pesquisas proporcionam uma visão do pensamento e também da trajetória dos alunos após a faculdade e é sempre útil tê-los como uma ferramenta de avaliação, pois podem ser usados como indicativos de desempenho, satisfação

geral, índice de empregabilidade, dificuldades e inserção profissional, etc. Também servem como parâmetros para ações corretivas, muitos dos dados aqui avaliados, são relevantes na gestão do curso e na correção de rumos e deficiências. Uma política de relacionamento com os egressos deve ser implantada de modo eficiente pela Instituição de Ensino Superior (IES) para facilitar o contato com seus ex-alunos, pois a distância gera desatualização de bancos de dados e dificuldade de acesso aos egressos.

A pesquisa com egressos para avaliação dos resultados sentidos pelos profissionais recém-formados se mostrou muito importante, pois avaliou se o currículo e o projeto pedagógico propostos pelo curso, além de contemplarem as DCN, estão atendendo às demandas profissionais daqueles que nos confiam sua formação.

As conclusões sobre os resultados e as recomendações para o Núcleo Docente Estruturante (NDE) devem ser analisadas e ações de melhoria, realizadas. Nesse sentido, o resultado desta pesquisa servirá para discussão de alternativas de soluções dos problemas encontrados e deverá induzir mudanças no projeto político pedagógico do curso, a fim de buscar novos caminhos para o processo ensino-aprendizagem no curso de Odontologia da Universidade do Oeste Paulista.

São muitas as reflexões e considerações que podem resultar em sugestões para aprimorar o Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da Unoeste. A seguir listaremos as principais:

- Estabelecimento de novos cenários de prática e estreitamento das relações com os serviços de saúde governamentais a fim de se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais no atendimento a todos os níveis de atenção à saúde bucal.

- Mudança do modelo cirúrgico restaurador para o modelo de promoção da saúde integrado com as políticas de saúde institucionalizadas (SUS);

- Maior ênfase na prática e exercício efetivo de diagnóstico e planejamento do que no tratamento em si;

- Promoção da capacitação docente, para trabalhar conteúdos dentro de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que favoreçam o desenvolvimento do aluno para atender de forma mais efetiva as DCN

- Clínicas de atividade interdisciplinares em substituição às clínicas de disciplinas para atender às mudanças estabelecidas nas DCN (clínicas com complexidade crescente e de atendimento integral ao paciente, favorecendo a resolubilidade e o comprometimento social do ensino);

- Maior aproximação entre os serviços do SUS e o ensino através dos programas do Pró-saúde e Pet Saúde;

- Comprometimento da IES e do município na elaboração e execução dos projetos interdisciplinares e multiprofissionais;

- Estabelecimento de parcerias, convênios e contratos para efetiva inserção pedagógica nos serviços de saúde do SUS, favorecendo o conhecimento da realidade social brasileira e empregabilidade do egresso já que o maior empregador é o SUS e a ele cabe ordenar a formação de seu contingente;

- Maior incentivo à iniciação científica e pesquisa pelos docentes e discentes.

Este estudo possibilitou compreender que as avaliações com egressos é um importante instrumento de diagnóstico e elaboração de planos de ação que visem agregar melhorias na formação profissional e garantir um ensino de qualidade que atendam às Diretrizes Curriculares Nacionais. Ele demonstra ainda, quão importante, é a contribuição dos egressos, ao avaliarem o processo formativo, por eles vivenciados, possibilitando adequações às dificuldades sentidas pelos egressos na sua prática profissional. O diálogo com egressos deve ser incorporado de forma sistemática aos processos de avaliações de curso e também nas avaliações institucionais.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.130-1, 2004.

ALONSO, M. S.; ANTONIAZZI, J. H. (Coords.) **Projeto Latino-Americano de Convergência em Educação Odontológica (PLACEO)**. São Paulo: Artes Médicas, 2010. Cap. 4.

ARANTES, A. C. C. et al. Estágio Supervisionado: Qual a sua contribuição para a formação do Cirurgião-Dentista de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais? **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p.150-160, abr./jun. 2009.

ARAÚJO, M. C. de. Palavras e Silêncios na educação superior em Odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.179-182, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. **500 anos de Odontologia no Brasil**. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/odonto.php>>. Acesso em: 06 maio 2009.

ASSOCIATION FOR DENTAL EDUCATION IN EUROPE. Profile and Competences for the graduating European Dentist – upgrade 2009. Disponível em: <<http://www.adee.org>>. Acesso em: 20 maio 2010.

BADAN, D. E .C.; MARCELO, V. C.; ROCHA, D. G. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci\\_arttex&pid=S1413-81232010000700093...](http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S1413-81232010000700093...)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004.

BASTOS, J. R. de M. et al. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na faculdade de Odontologia de Bauru USP entre os anos de 1996 e 2000. **J Appl Oral Sci**, v. 11, n. 4, p. 283-9, 2003.

BITTAR, M. et al. **Educação superior no Brasil – 10 anos pós LDB**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008. Disponível em: <[http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B1CDBFEF4-F2A0-42D5-AF2D-B1C18678A826%7D\\_volume2EducacaoSuperiornobrasil.pdf](http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B1CDBFEF4-F2A0-42D5-AF2D-B1C18678A826%7D_volume2EducacaoSuperiornobrasil.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2009.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p.10.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos Pesquisa Educacionais. Anísio Teixeira. **Relatório de curso Enade 2007**. Brasília: INEP, 2008. Disponível em: <<http://enade.inep.gov.br/enadeResultado/site/relatorioDeCurso.seam>>. Acesso em: 02 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos Pesquisa Educacionais. Anísio Teixeira Enade 2007. Brasília: INEP, 2007. **Avaliação discente da educação superior**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/download/enade/2007/questionario.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.



CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e Saúde em Odontologia – Ensino da Prática e Prática do Ensino**. São Paulo: Ed. Santos, 1995.

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

CONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP.

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

CORDIOLI, O. F.G.; BATISTA, N. A. A graduação em Odontologia na visão de egressos: propostas de mudanças. **Rev. ABENO**, v.1, p.88-95, 2007.

COSTA NETO, O. C. C. **Construção de um modelo curricular para o curso de graduação em odontologia a partir de paradigmas estruturais e conjunturais contemporâneos**. 143 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal em Uberlândia.

COWPE, J. et al. **Profile and competences for the graduating european dentist – Update**. 2009. Birmingham: Association for Dental Education in Europe, 2009. Disponível em: <[http://www.adee.org/cms/uploads/adee/TF\\_I\\_V2\\_September2009.pdf](http://www.adee.org/cms/uploads/adee/TF_I_V2_September2009.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2009.

DAGENAIS, M. E. et al. Assessing the Effectiveness of a New Curriculum: part I. **Journal of Dental Education**., v. 67, n. 1, p. 47-54, 2003.

DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DIAS, A. A. et al. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Ed.Santos, 2006.

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

FERNANDES NETO, A. J. et al. Odontologia. In: HADDAD, A. E. et al. (Orgs.) **A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004**. Brasília: Inep, 2006. p. 382-409.

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

GREENWOOD, L. F. et al. Self-perceived competency at graduation: a comparison of dental graduates from Adelaide PBL curriculum and the Toronto traditional curriculum. **European Journal of Dental Education**, n.3, p.153-158, 1999.

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Documento Básico**. Livro Introdutório do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (ENCEJA). Brasília: INEP/MEC, 2002.

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

LICARI, F. W.; CHAMBERS, D. W. Some Paradoxes in Competency-Based Dental Education. **Journal of Dental Education.**, v. 72, n. 1, p.8-18, jan. 2008.

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

MORITA, M. C. et al. **Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia**. Maringá: Dental Press: ABENO: OPAS:MS, 2007.

MORITA, M. C. et al. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v.4, n.1 p.17-21, 2004.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NASH, D. et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. **European Journal of Dental Education**, v.12 (Supl.1), p. 111- 119, 2008.

OLIVEIRA et al. A Odontologia social no contexto da Promoção da Saúde. **RBPS**, v. 21, n. 1, p.75-79, 2008.

OMS. **Carta de Ottawa** – Primeira Conferência internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Nov. 1986

OPAS. **Salud para todos en el año 2000: estrategias**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1980. (Documento Oficial, n. 173).

PLASSCHAERT, A. J. M. et al. Profile and competences for the European dentist. **European Journal of Dental Education**, v.9, n.3, p.98-107, 2005.

PLASSCHAERT, A. J. M. et al. Development of professional competences. **European Journal of Dental Education**, v. 6, Suppl.3, n.3, p.33-44, 2002.

PÉRET, A. C. A.; LIMA, M. L. R. “Uma análise das diretrizes nacionais e internacionais sobre a pesquisa científica e sua influência na formação dos docentes de odontologia”. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 65-69, 2003.

PAULA, L. M.; BEZERRA, A. C. B. “A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil”. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.7-14, 2003.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PERRENOUD, P. **Construindo as competências desde a escola**. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

PERRENOUD, P. O currículo por competências. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2. **Anais...** Brasília: SINEPE, 2002.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. Cap.1, p.3-8.

PRESCOTT, L.; HURST, Y.; RENNIE, J. S. Comprehensive validation of competences for dental training and general professional training. **European of Dental Education.**, Denmark, v.7, p. 154-159. 2003.

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

RUPAYA, C. R. G. Inclusión de la Ética y Bioética en al formación de pré y posgrado del Cirujano-Dentista em Perú. **Acta Biothica**, v. 14, n. 1, 2008.

SALIBA, N. A. et al. Dentistry in Brazil: History and Current Trends. **Journal of Dental Education**, v. 73, n. 2, fev., 2009. Disponível em: <<http://www.jdentaled.org/content/vol73/issue2>>. Acesso em: 30 maio 2010.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração de Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 100-113. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/politrh.Pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

SILVA, M. R. **Currículo e competências: a formação administrada**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVEIRA, J. L. G. C. da. "Diretrizes Curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade". **Pesq. Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio/ago. 2004.

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

VASCONCELLOS, C. dos S. **Currículo: atividade humana como princípio educativo**. São Paulo: Libertad, 2009.

## ANEXO A

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. (\*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º 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 de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I -Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II -Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III -Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e (\*) CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

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

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

VI -Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I -respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II -atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III -atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

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

- V -exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI -conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII -desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII -identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX -cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X -promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI -comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII -obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII -aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV -analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV -organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI -aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII -participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XVIII -participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX -buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX -manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI -estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII -reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII -colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV -identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;

XXV -propor e executar planos de tratamento adequados;

XXVI -realizar a preservação da saúde bucal;

XXVII -comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;

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

XXIX -planejar e administrar serviços de saúde comunitária;

XXX -acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão. Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

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

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

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

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos



pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

I -estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:

a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;

b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e

c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.

II -aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e

III -utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos

conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

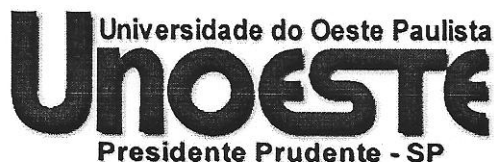
§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO  
Presidente da Câmara de Educação Superior

## ANEXO B



Coordenadoria Central de Pesquisa  
Comitê de Ética em Pesquisa  
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

## PARECER FINAL

Declaramos para os devidos fins que o Protocolo de Pesquisa intitulado **“PERCEPÇÕES DOS ALUNOS CONCLUINTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE A COMPETÊNCIA “ATENÇÃO À SAÚDE” DESCRITA NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”** e cadastrado no CEP e na CCPq sob nº 267/2009OL tendo como pesquisador(a) responsável o(a) Prof. Dr. **JOSÉ CAMILO DOS SANTOS FILHO** e o(s) acadêmico (s) **CLÁUDIA DE OLIVEIRA LIMA COELHO**, foi avaliado e **APROVADO** nas duas instâncias da Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE de Presidente Prudente-SP, em reunião realizada em 09/03/2010.

Presidente Prudente, 10 de março de 2010.



Prof. Dr. Jair Rodrigues Garcia Jr.  
Coordenador Científico da CCPq



Profa. Dra. Rosa Maria Barilli Nogueira  
Coordenadora do CEP - UNOESTE

## APÊNDICE A

### Questionário

1-. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

2- Idade: \_\_\_\_\_

3.-Ano de conclusão do curso: ( ) 2009

( ) 2008

( ) 2007

4. Durante o seu curso de graduação, você teve a oportunidade de conhecer e/ou atuar na comunidade fora do ambiente universitário?

( ) sim, na disciplina de saúde coletiva

( ) sim, através dos estágios extramuros (Hospital Regional, Fundação Mirim e APAE)

( ) sim, nos projetos de extensão (interação, prevenção de Ca bucal,etc.)

( ) não tive oportunidade

5. Você se sente capaz de atender as necessidades de atenção à saúde das comunidades em que está inserido?

( ) sim

( ) não

5.1- Se sua resposta foi não, justifique sua resposta.

---

---

---

6. Durante a sua formação, você teve a oportunidade de realizar ações integradas com outros profissionais de saúde, em ações multi, pluri e interdisciplinares?

( ) sim

( ) não

Local: \_\_\_\_\_

7. Durante a prática de atendimento clínico, você teve oportunidade de tratar pacientes referenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ou encaminhar pacientes para tratamentos não realizáveis na clínica da Faculdade de Odontologia para o Sistema Único de Saúde (SUS)?

( ) sim

( ) não

8- Em relação ao desenvolvimento do **raciocínio lógico e análise crítica**, como você avalia a contribuição do curso:

( ) contribuiu/ contribui plenamente

( ) contribuiu/ contribui parcialmente

( ) contribuiu muito pouco

- não contribuiu/ não contribuiu de forma alguma
- não considero que desenvolva tal competência

09. Em relação à capacidade de compreensão e análise de problemas de saúde bucal, como você avalia a contribuição do curso?

- contribuiu/ contribui plenamente
- contribuiu/ contribui parcialmente
- contribuiu muito pouco
- não contribuiu/ não contribuiu de forma alguma
- não considero que desenvolva tal competência

10. Em relação à capacidade de tomada de decisões , como você avalia a contribuição do curso?

- contribuiu/ contribui plenamente
- contribuiu/ contribui parcialmente
- contribuiu muito pouco
- não contribuiu/ não contribuiu de forma alguma
- não considero que desenvolva tal competência

11- Em relação à capacidade de propor soluções para os problemas de saúde bucal encontrados, como você avalia a contribuição do curso?

- contribuiu/ contribui plenamente
- contribuiu/ contribui parcialmente
- contribuiu muito pouco
- não contribuiu/ não contribuiu de forma alguma
- não considero que desenvolva tal competência

12- As disciplinas e os docentes, em sua prática, contribuíram para a formação de profissionais aptos e preocupados em agir dentro dos princípios de ética/bioética e com melhor padrão de qualidade, ?

- contribuíram/ contribuíram amplamente
- contribuíram/ contribuíram parcialmente
- contribuíram muito pouco
- não contribuíram/ não contribuíram de forma alguma
- não considero que houve tal contribuição

Dentre as ações de promoção e proteção à saúde bucal, marque entre as alternativas abaixo elencadas, como você se sente para agir profissionalmente:

- 1- não preparado
- 2- parcialmente preparado
- 3- razoavelmente preparado
- 4- plenamente preparado

13- Desenvolver ações de educação para a saúde bucal para a população em nível individual e/ou coletivo.	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
14- Trabalhar em equipe, desenvolvendo ações conjuntas de promoção e proteção à saúde bucal;	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
15- Participar dos programas de saúde bucal governamentais de promoção e proteção à saúde bucal (ex.: Estratégia de Saúde da Família);	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
16 - Planejar ações educativas para clientela específicas. (gestantes, crianças, hipertensos, adolescentes, idosos, etc.);	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
17- Reconhecer os principais fatores relacionados à etiologia, epidemiologia, níveis de prevenção e formas de controle das principais doenças bucais;	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
18- Aplicar métodos de prevenção e promoção de saúde, relacionados às principais doenças bucais;	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

Dentre as ações de reabilitação à saúde, abaixo relacionadas, marque como você se sente para agir profissionalmente:

- 1- não preparado
- 2- parcialmente preparado
- 3- razoavelmente preparado
- 4- plenamente preparado

19- Realizar diagnóstico preciso de doenças e problemas bucais:	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
20- Elaborar plano de tratamento odontológico:	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
21- Realizar tratamento restaurador com técnicas de dentística	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
22- Realizar tratamento endodôntico;	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
23- Realizar tratamento reabilitador com uso de próteses	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

24-. Realizar tratamento cirúrgico através de exodontia	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
---	-------------------------

25- Realizar tratamento periodontal	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
-------------------------------------	-------------------------

26- Realizar tratamentos ortodônticos preventivos.	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
--	-------------------------

27-. Prescrever terapêutica medicamentosa	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
---	-------------------------

28-. Realizar tratamento emergencial	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
--------------------------------------	-------------------------

29- Seu curso de graduação apresentou insuficiências?

( ) não

( ) sim, devido a carga horária insuficiente

( ) sim, pois a grade curricular não atende a demanda profissional

( ) sim, devido a pouca exigência do corpo docente e direção

( ) sim, outras causas: cite \_\_\_\_\_

Se quiser, faça algum comentário ou deixe uma contribuição:

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Titulo da pesquisa: “Percepções dos alunos concluintes do curso de Odontologia sobre a competência “Atenção à saúde descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais”

**Nome do pesquisador:** Cláudia de Oliveira Lima Coelho

**Natureza da pesquisa:** o Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa cuja finalidade é avaliar se os egressos da Faculdade de Odontologia “Dr. Mário Leite Braga” de Presidente Prudente – Unoeste se sentem aptos a promover e proteger a saúde bucal da população como descrito no artigo 4º, inciso I das Diretrizes Curriculares Nacionais que discorre sobre a “Atenção à saúde”. Pedimos sua colaboração nas respostas para que este trabalho forneça subsídios para discussão permanente da adequação do currículo às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e na identificação dos nós críticos para formar cirurgiões dentistas capazes de exercer sua atividade com resolutividade.

**Participantes da pesquisa:** 89 participantes, sendo 33 formados em 2009, 27 de 2008 e 29 em 2007.

**Envolvimento na pesquisa:** ao participar desta pesquisa, o Sr. (Sra.) responderá a um questionário fechado O Sr. (Sra.) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Sr.(Sra.). Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em pesquisa.

**Sobre os questionários** *Os questionários serão enviados por e-mail e após responderem deverão ser reenviados para ao email da pesquisadora.* O presente Termo de Consentimento livre e esclarecido deverá ser aberto e após o aceite, o sistema liberara o questionário para respostas.

**Riscos e desconfortos:** a participação nesta pesquisa não trás qualquer implicação legal ou risco para a saúde do participante.

**Confidencialidade:** todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados.

**Benefícios:** ao participar desta pesquisa, o Sr.(Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações e subsídios importantes para a discussão permanente da adequação do currículo às DCN e na identificação dos nós críticos para formar cirurgiões dentistas capazes de exercer sua atividade com resolutividade.

**Pagamento:** os Sr (Sra.) não terá nenhuma despesa, bem como não receberá nenhum pagamento pela sua participação nesta pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista, os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Telefones:

Pesquisadora: Cláudia de Oliveira Lima Coelho (18) 39083679, 32291054

CEP: Rosa Maria B. Nogueira: (18) 3229-2077 ramal 219