



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE**

**REPERCUSSÕES DA CLÍNICA AMPLIADA NO CURRÍCULO DO CURSO DE  
ODONTOLOGIA**

**BRASÍLIA – DF**  
**2021**

**LILA LOUISE MOREIRA MARTINS FRANCO**

**REPERCUSSÕES DA CLÍNICA AMPLIADA NO CURRÍCULO DO CURSO DE  
ODONTOLOGIA**

Tese de Doutorado apresentada para defesa, no Programa de Pós-graduação em Educação, da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa Profissão Docente, Currículo e Avaliação – PDCA.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia Freitas Fonseca Borges.

**BRASÍLIA – DF  
2021**

TERMO DE APROVAÇÃO NA DEFESA

LILA LOUISE MOREIRA MARTINS FRANCO

**REPERCUSSÕES DA CLÍNICA AMPLIADA NO CURRÍCULO DO CURSO DE  
ODONTOLOGIA**

Tese aprovada como requisito para obtenção de grau de Doutor em Educação,  
Universidade de Brasília – UnB, pela seguinte comissão examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia Freitas Fonseca Borges  
Orientadora – PPGE/UnB  
Presidente da Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi  
Membro externo – PPGEnSau/UFRGS

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Goretti Queiroz  
Membro externo – PPG/UFG

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena da Silva Carneiro  
Membro interno – PPGE/UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Schneider Pires  
Suplente Membro externo – PPGEnSau/UFRGS

Brasília, 15 de dezembro de 2021.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF825r Franco, Lila Louise Moreira Martins  
Repercussões da Clínica Ampliada no Currículo do Curso de  
Odontologia / Lila Louise Moreira Martins Franco;  
orientador Livia Freitas Fonseca Borges. -- Brasília, 2021.  
226 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Educação) -- Universidade  
de Brasília, 2021.

1. Currículo. 2. Educação em Odontologia. 3. Clínicas  
Odontológicas. 4. Integralidade em Saúde. 5. Atividades  
Formativas. I. Borges, Livia Freitas Fonseca, orient. II.  
Título.

*Dedico esta tese principalmente aos pacientes e aos futuros cirurgiões-dentistas a serem formados, que partilham da preocupação em enxergar o “fazer” odontológico como expressão que não se restringe a técnica, mas que alia técnica a ciências sociais e humanas de forma transversal, como demanda um atendimento humanizado e sinalizado pelas diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em odontologia. Reflexão esta que não seria possível sem a orientação que tive, o campo de investigação que consentiu a pesquisa e a avaliação primorosa no decorrer deste percurso (Lila Louise FRANCO, 2021).*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, autor da minha vida, e de todo ser vivente. “Todo ser que respira Louve ao Senhor”<sup>1</sup>. Ele é o alfa e o ômega, o princípio e o fim<sup>2</sup>. A Ele seja dada Toda Glória e Louvor. Porque dEle, por Ele, para Ele são todas as coisas<sup>3</sup>.

Aos meus pais, mamãe Celina e papai Edson, que me conduziram em muitos momentos importantes da minha vida e oram a Deus por mim incessantemente. Amam-me incondicionalmente e vibram com as minhas conquistas pessoais e profissionais.

Ao Eduardo Lúcio, esposo, amigo, companheiro, que não mede esforços para apoiar-me nas conquistas pessoais e profissionais. Está sempre presente mesmo quando não está presente, além de ter sido um papai super dedicado em todos os meus momentos de ausência. Obrigada por toda dedicação ao nosso amor e a nossa família. Presente de Deus! Amo você!

À Cecília Louise e ao Daniel Henrique, presentes que me foram dados por Deus, para alegrar meu coração e trazer-me a alegria de ser mamãe, com todas as nuances da maternidade. Desde que tinham um ano e sete meses, quando ingressei no doutorado, acompanharam-me nesta trajetória e foram crescendo em estatura e Graça diante de Deus, à medida que eu buscava meu ideal de cursar o doutorado em educação para estudar o currículo do curso de odontologia.

À minha sogra Cecília e meu sogro Altamiro (*in memoriam*) que me acolheram e são exemplos de dedicação a família. Ao meu cunhado Manuel Moisés (*in memoriam*) que vibrou com a minha aprovação no doutorado e me acompanhou nesta trajetória até sua partida. A minha grande família Moreira Martins Franco Lúcio Queiroz Pulcinelli que sempre estão ao meu lado e compreendem as ausências e incentivam-me em meus projetos profissionais. Vovôs e vovós (*in memoriam*), meu único irmão, tios, tias, cunhados, cunhadas, sobrinhos e afilhadas, primos e primas, vocês são a calma, o carinho, o amor e a minha rede de apoio. Assim como todas e todos que me apoiaram no cuidado com meus bebês, que se transformaram em crianças durante este percurso. Coração grato a pessoas que diligentemente estiveram com Cecília e Daniel: Amanda, Amélia, Karina, Geise, Laís, Maria, Priscila, Regina, Roberta, Rosineide, sem as quais com seus cuidados não seria possível concluir com êxito este trabalho, pelas horas de estudo e tempo destinado a pesquisa.

À minha professora orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Livia Freitas Fonseca Borges por investir em mim desde o processo seletivo e em seguida nesta pesquisa, estimulando-me a identificar o problema de pesquisa que fosse de grande relevância na área odontológica, para que pudesse haver contribuição da educação, na produção de conhecimento interprofissional no campo da educação odontológica. Durante esta trajetória, nesses quatro anos, aprendi lições teóricas e práticas que me transformaram como professora, pesquisadora e como pessoa. Orientou-me com conhecimento, rigor acadêmico, alma e coração. Uma vez orientadora, sempre orientadora. Minha gratidão pelos ensinamentos!

---

<sup>1</sup> Salmos 150:6

<sup>2</sup> Apocalipse 22:13 [adaptado].

<sup>3</sup> Romanos 11:36 [adaptado].

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Schneider Pires, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Goretti Queiroz, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena da Silva Carneiro e à Prof.<sup>a</sup> Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, pela partilha de conhecimento e rigor acadêmico, contribuindo muito em meu processo formativo, enquanto pesquisadora e professora.

A todos e a todas do curso de odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) que aceitaram a pesquisa e receberam-me sem reservas ao apresentar-me fontes e achados importantes para alcançar os resultados desta pesquisa. Desde os fundadores do currículo integrado e formuladores da clínica ampliada, aliados a todos que embarcaram nestes dois momentos importantes de ruptura e potência de inovação, no currículo integrado do curso de odontologia da UEM.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Marcia Lyra Pato, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação (UnB), à Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Ferraz de Castillo Dourado Freire, vice-coordenadora pela gentileza e presteza no decorrer do meu processo acadêmico, assim como aos técnicos-administrativos da UnB vinculados ao PPGE-UnB. Aos meus professores e professoras com os quais tive oportunidade de ser aprendiz e tanto contribuíram com meu processo formativo enquanto docente e pesquisadora. Em especial ao Prof. Dr. Hélio José Santos Maia, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Liliane Campos Machado, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena da Silva Carneiro e à Prof.<sup>a</sup> Dra. Raquel de Almeida Moraes. Assim como meus amigos e amigas do grupo de pesquisa coordenado por minha orientadora ou de outros grupos de pesquisa que partilharam estudos, apresentações de seminário e a vida acadêmica durante estes quatro anos.

Aos Professores de Saúde Coletiva durante minha graduação em Odontologia: Prof.<sup>a</sup> Cristiane Lopes Simão Lemos, Prof.<sup>a</sup> Dais Gonçalves Rocha, Prof.<sup>a</sup> Edna Luzia Ribeiro, Prof.<sup>a</sup> Lúcia Maria Leite Cavalcanti de Moraes, Prof.<sup>a</sup> Maria de Fátima Nunes.

Aos professores, pesquisadores e amigos que me acompanharam em minha trajetória acadêmica em momentos distintos: Prof.<sup>a</sup> Aila Davis Fanstone Pina Vieira, Prof.<sup>a</sup> Aline Carvalho Batista (*in memoriam*), Prof.<sup>a</sup> Ana Lucy Macêdo dos Santos, Prof.<sup>a</sup> Ananda Amaral Santos, Prof.<sup>a</sup> Andreia Assis de Carvalho, Prof.<sup>a</sup> Andréia Moreira da Silva, Prof.<sup>a</sup> Carla Guimarães Alves, Prof.<sup>a</sup> Carolina Cintra Gomes, Prof.<sup>a</sup> Cecília Magnabosco Melo, Prof.<sup>a</sup> Cerise de Castro Campos, Prof.<sup>a</sup> Cláudia Regina Major, Prof.<sup>a</sup> Constanza Thaise Xavier Silva, Prof.<sup>a</sup> Cristiana Marinho de Jesus França, Prof.<sup>a</sup> Cristine Miron Stefani, Prof.<sup>a</sup> Dayane de Almeida Brandão, Prof.<sup>a</sup> Dayse Vieira Santos Barbosa, Prof.<sup>a</sup> Denise Campos Amaral, Prof.<sup>a</sup> Diana Ribeiro e Silva, Prof.<sup>a</sup> Dulcinea Maria Barbosa Campos, Prof.<sup>a</sup> Eliete Neves da Silva Guerra, Prof.<sup>a</sup> Elisângela Schmitt Mendes Moreira, Prof.<sup>a</sup> Enilza Maria Mendonça de Paiva, Prof.<sup>a</sup> Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro, Prof.<sup>a</sup> Fernanda Paula Yamamoto Silva, Prof.<sup>a</sup> Francine do Couto Lima Moreira, Prof.<sup>a</sup> Giovana Galvão Tavares, Prof.<sup>a</sup> Gisela Martins de Souza Pina, Prof.<sup>a</sup> Josana de Castro Peixoto, Prof.<sup>a</sup> Júlia Maria Rodrigues de Oliveira, Prof.<sup>a</sup> Juliane Guimarães de Carvalho, Prof.<sup>a</sup> Larissa Santana Arantes Elias Alves, Prof.<sup>a</sup> Libna Lemos Ignácio Pereira, Prof.<sup>a</sup> Lídia Moraes Ribeiro Jordão, Prof.<sup>a</sup> Luciana Caetano Fernandes, Prof.<sup>a</sup> Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa, Prof.<sup>a</sup> Lucimar Pinheiro Rosseto, Prof.<sup>a</sup> Marcela de Andrade Silvestre, Prof.<sup>a</sup> Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva, Prof.<sup>a</sup> Marluce Martins Machado da Silveira, Prof.<sup>a</sup> Mayara Barbosa Viandelli Mundim, Prof.<sup>a</sup> Mônica Misaé Endo, Prof.<sup>a</sup> Nádia do Lago Costa, Prof.<sup>a</sup> Odiones de Fátima Borba, Prof.<sup>a</sup> Paula Renata Damaceno, Prof.<sup>a</sup> Pollyana Sousa Lôbo El Zayek, Prof.<sup>a</sup> Priscilla Cardoso Lazari, Prof.<sup>a</sup> Priscila Maria Alvares Usevicius, Prof.<sup>a</sup> Rejane Faria Ribeiro-Rotta, Prof.<sup>a</sup> Rúbia

Mariano da Silva, Prof.<sup>a</sup> Samara Lamounier Pereira, Prof.<sup>a</sup> Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis, Prof.<sup>a</sup> Sandra Elaine Aires de Abreu, Prof.<sup>a</sup> Simone Francisco Scandiuzzi, Prof.<sup>a</sup> Simone Sousa Silva Sant'Ana, Prof.<sup>a</sup> Vaneide Caldas Martins, Prof.<sup>a</sup> Vivian Della Torres Pedrosa, Prof.<sup>a</sup> Viviane Lemos Silva Fernandes, Prof.<sup>a</sup> Viviane Soares Prof. Adriano Almeida de Lima, Prof. Afonso Henrique Teixeira Magalhães Issa, Prof. Brunno Santos de Freitas Silva, Prof. Bruno Francisco Cardoso de Lacerda, Prof. Cláudio Rodrigues Leles, Prof. Diogo Rodrigues Cruvinel, Prof. e Pr. Heliel Gomes de Carvalho, Prof. Elismauro Francisco de Mendonça, Prof. Fábio Fernandes Rodrigues, Prof. Francisco Itami Campos, Prof. Francisco Thiago Silva, Prof. Gersinei Carlos de Freitas, Prof. Giulliano Caixeta Serpa, Prof. Gustavo Adolfo Martins Mendes, Prof. João Baptista Carrijo, Prof. João Batista de Souza, Prof. José Cláudio Motão, Prof. Júlio Almeida Silva, Prof. Júlio César Arantes (*in memoriam*), Prof. Luiz Carlos Coura, Prof. Mário Serra Ferreira, Prof. Paulo Eduardo Coura, Prof. Paulo Henrique de Souza Pereira, Prof. Pedro Paulo Ferreira Spíndola, Prof. Ricardo Elias do Vale Lima, Prof. Rodrigo Dutra Murrer, Prof. Rogério Ribeiro de Paiva, Prof. Ruberval Ferreira de M. Júnior, Prof. Satiro Watanabe, Prof. Silvio Santana de Oliveira, Prof. Valter Miron Stefani, Prof. Valter Luiz Moreira de Rezende, Prof. Virgílio Moreira Roriz, Prof. Wellington Ferreira de Moraes, Prof. Wilson José Mariano Junior.

Aos meus amigos e professores da Saúde Coletiva (Os pipelinos): Francielle Nunes de Azevedo Romanowski, Leandro Brambilla Martorell, Liliane Braga Monteiro dos Reis, Monarko Nunes de Azevedo, com os quais compartilho as alegrias e os desafios desta caminhada, o viver diário. Com amor de irmãos, sempre com acolhimento e palavras de bençãos de Deus para minha vida. Vocês caminharam junto comigo! Estendido a suas famílias que me acompanharam de uma forma ou de outra durante este tempo de estudo e pesquisa.

A todos os meus amigos e amigas, praticamente de todos os núcleos formativos da odontologia, que dividem o exercício da docência comigo diariamente e assumem a responsabilidade na formação de futuros cirurgiões-dentistas, comprometidos com seus pacientes, suas famílias e a comunidade que os cercam. Assim como todos os meus amigos e amigas dos diferentes cursos de graduação (Ciências Biológicas, Fisioterapia) pelos quais passei ou estou (Medicina) e dividimos a responsabilidade de formarmos estes futuros profissionais. Agradeço também aos professores e professoras de outros cursos (Nutrição, Psicologia e Pedagogia) com os quais realizamos parcerias e aprendemos juntos.

Aos meus gestores dos cursos de Odontologia e Medicina, aos professores dos Núcleos Docentes Estruturantes dos respectivos cursos, que me acompanham em minha trajetória acadêmica.

Aos meus professores do curso de odontologia e do curso de pedagogia que me impulsionaram nesta trajetória, ao inquietar-me diante das questões entrecruzadas nestas áreas de conhecimento. Agradecimento à Prof.<sup>a</sup> Ana Lúcia Machado Maciel, a Prof.<sup>a</sup> Lúcia Coelho Garcia Pereira, a Prof.<sup>a</sup> Gilzele Nascimento Melazo Ribeiro, Prof.<sup>a</sup> Maria Alves Garcia Santos Silva, ao Prof. Geraldo José de Oliveira, ao Prof. Geraldo Lacerda de Carvalho, ao Prof. Luiz Augusto Fonseca, ao Prof. Márcio Oliveira Santos que, para além do conhecimento, ensinaram-me a não desistir e prosseguir. Agradecimento à Prof.<sup>a</sup> Lúcia Maria de Assis, a Prof.<sup>a</sup> Maria do Rosário Silva Resende, a Prof.<sup>a</sup> Simone de

Magalhães Vieira Barcelos. Coração grato por todos e todas que contribuíram em minha formação.

Destaco Prof.<sup>a</sup> Dra. Karine Nunes de Moraes pela orientação no trabalho de conclusão de curso de pedagogia e estímulo para que eu desse continuidade a vida acadêmica, assim como ao Prof. Dr. Wanderson Ferreira Alves pelas contribuições e avaliações feitas. Destaco Prof.<sup>a</sup> Dra. Vânia Cristina Marcelo e Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Goretti Queiroz pelas contribuições valiosas durante o mestrado e em toda minha trajetória acadêmica, assim como a Prof.<sup>a</sup> Dra. Dais Gonçalves Rocha e Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirza Seabra Toschi. Para as minhas sempre orientadoras, minha gratidão pelos ensinamentos!

Gratidão a Prof.<sup>a</sup> Dra. Nilce Santos de Melo que me orientou durante minha primeira pesquisa na graduação de odontologia e na escrita do meu primeiro artigo científico!

Aos acadêmicos dos cursos de Odontologia e Medicina, com os quais partilho minha alegria diária em ser docente e pesquisadora, a cada produção acadêmica feita coletivamente.

Às pessoas queridas que estiverem presentes em momentos distintos: Abigail de Souza França, Aline de Aquino Barbosa, Aline Parreira Vasques, Amanda Paiva da Silva, Ana Carolina Urzêda, Andréia Diniz Dias, Ana Kellen Alves de Souza Santos, Ana Olímpia Gonçalves de Faria Marques, Ana Paula Alves de Souza Melo, Ana Paula Bitencourt Souza, Ângela Cristina Ferreira Cunha Grilo, Antônio Hélio Vieira, Bárbara Moraes Arantes, Bethania Costa Moraes, Célia Lopes de Oliveira, Claudeir Felipe de Oliveira Siqueira, Cláudia Regina de Oliveira, Dimara, Dirce Rita de Jesus, Edite Pereira de Matos, Elizângela Mousely Monteiro, Érika Fernandes Soares, Etienne Nunes de Moraes Nakatani, Fabiany Cristina Santos Nunes, Fabíola Fernandes Soares, Fernanda Arantes Borges, Fernanda Braga Macias, Franklina de Souza Santos, Germano Angarani Cândido, Glênior José Nascente Júnior, Hellen Lisboa, Isabel Quintino, Jeanna Macêdo Coelho Borges, Jocenilda Quinto dos Santos, Kaique Leite de Lima, Karinne de Oliveira Valadares, Kellen Cristina Barreto Passos, Laura Eleuza Mendes da Maia, Lorena Rosa Silva, Lorraine Barbosa Cordeiro, Lorraine Ribeiro Peixoto, Marcos Filipe da Silva Mello, Mariana Rodrigues de Oliveira, Marlene Francisco dos Santos Viana, Naiara de Paula Ferreira Nóbilo, Nirvana Oliveira Monteiro, Patrícia Cristiane Mota, Renata Azevedo Nery Roriz, Renata Brandão de Oliveira, Roberta Moreira Alves, Rosália da Costa Torres, Rosana Rodrigues de Oliveira Poletto, Roseli Moreira da Luz, Sheila Silva de Oliveira, Simeia Silva Pereira de Lacerda, Simone Santos T. Machado, Sônia Maria Martins, Sueli Siqueira, Tatiana Oliveira Novais, Terezinha Maria de Lima, Wilma de Oliveira Machado, Wilson Batista dos Santos.

À família Pioneira que em todo tempo orou por mim.

Minha gratidão a extensa família de amigos e amigas que fazem parte da minha vida e têm um lugar especial no meu coração e em minha formação.

*Ocorre que a história vai evoluindo, e a participação política das massas entra em contradição com os interesses da própria burguesia [...]. É nesse sentido que já não está mais na linha do desenvolvimento histórico, mas está contra a história (SAVIANI, 2008, p.33)*

*O estudo, o trabalho com os textos, conceitos e argumentos é importante também para a formação de sujeitos da cultura, indivíduos autônomos e livres, capazes de duvidar, interrogar, contestar, pensar, escolher, dizer não (COELHO, 2009, p.195).*

*Os problemas de saúde desencadeiam um rosário de outros problemas que provocam uma situação existencial cheia de dilemas. [...] As sociedades parecem estar montadas em valores nitidamente econômicos e pragmáticos, esquecendo a variedade das necessidades humana, bem como o sentido que cada indivíduo apresenta como ser singular em desenvolvimento de um destino e de uma vivência que tende para além de suas necessidades mais imediatas e banais (MOSQUERA; STOBAUS, 1984, p.90).*

*A prática clínica desenvolvida na Clínica Odontológica, vista pelas dimensões do espaço social e das relações entre alunos e pacientes, é algo que ultrapassa o trabalho odontológico recebido; colabora para despertar no paciente o seu direito de cidadania, tornando-o um sujeito ativo na percepção da saúde bucal (VASCONCELOS, 1998, p.127).*

## *O Sol, Júpiter e a polinização das flores...<sup>4</sup>*

*O sol e sua energia vital.*

*Desde sua origem um todo indivisível.*

*Os planetas giram ao seu redor.*

*Fonte de luz para eles.*

*Uma vez, Júpiter disse sobre a polinização:*

*Ah, essas flores!*

*Quanto mais se ajuntam, maior será a beleza do jardim.*

*Um campo com flores que quanto mais desabrocha mais vistoso fica.*

*Surgiu, então, uma árvore frondosa em meio as flores.*

*Ela se enraizou de tal forma, que tem produzido muitos frutos.*

*São peculiares na forma, no sabor e no quanto podem alimentar pessoas.*

*Partindo de suas necessidades reais, lá onde vivem,*

*Te convido a contemplar este contexto.*

*Autoria: Franco (2021).*

*[...] marcamos presença e nada nada plantamos algumas sementinhas, acho que rola uma polinização assim, pulverizamos coisa boa, eu acredito nisso [...].*

*(JÚPITER)*

---

<sup>4</sup> *Inspirada na analogia proposta no percurso metodológico (SACRISTÁN, 2017) e na fala da entrevista de uma pessoa nomeada Júpiter. O currículo na figura do sol, as áreas do conhecimento representadas pelas flores e a Clínica Ampliada pela árvore.*

## *As flores<sup>5</sup> do jardim...<sup>6</sup>*

*O jardim fica mais vistoso com flores entremeadas.*

*Cada flor com suas características próprias.*

*O Ipê do Cerrado apresenta muitas flores, enche os olhos pela beleza.*

*Para-tudo são flores que nunca murcham.*

*Colestenia, orquídeas terrestres firmadas próximas aos cursos de água.*

*Canela-de-ema, flores em extinção de beleza única.*

*Chuveirinho, flores charmosas em forma de buquê.*

*Caliandra, flores extremamente delicadas.*

*Flor do Pequi, flores lindas de natureza exótica.*

*Umburuçu, flores de fios longos e macios, em árvores de grande porte.*

*Flamboyant, mais belas árvores.*

*Pau-terra atinge altura, importante planta lenhosa.*

*Lobeira se multiplica facilmente.*

*Flor da Cagaita, copa das árvores floridas.*

*Algumas estão em extinção e têm diferentes formatos: umas tortuosas, outras delicadas, outras sua árvore destaca pelo grande porte e outras próximas a substrato rochoso.*

*Só que em um jardim, todas juntas, exalam um perfume peculiar.*

*Autoria: Franco (2021).*

---

<sup>5</sup>Características das flores consultadas nesta fonte: [https://diaonline.ig.com.br/2018/11/13/flores-do-cerrado-conheca-12-das-mais-belas-e-exoticas-especies/?utm\\_source=Isabela+Gon%C3%A7alves&utm\\_campaign=diaonline-author](https://diaonline.ig.com.br/2018/11/13/flores-do-cerrado-conheca-12-das-mais-belas-e-exoticas-especies/?utm_source=Isabela+Gon%C3%A7alves&utm_campaign=diaonline-author)

<sup>6</sup>Inspirada na analogia proposta por esta autora, ao relacionar as flores com as áreas de conhecimento da Odontologia.

## RESUMO

Esta tese está vinculada à linha de pesquisa Profissão Docente, Currículo e Avaliação (PDCA), do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de Brasília e ao grupo de pesquisa “Currículo: Concepções Teóricas e Práticas Educativas”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia Freitas Fonseca Borges. Esta tese aborda o estudo de um currículo de odontologia, com inserção da Clínica Ampliada (CA) conforme a Política Nacional de Humanização. Nesta pesquisa, a concepção de CA não ficou limitada a esta política, ao ser alicerçada em outros estudos, no sentido de olhar a clínica de uma forma menos restrita a doença. Durante visitas domiciliares da saúde coletiva na comunidade, e na tentativa de aproximar a formação do cirurgião-dentista (CD) ao cuidado integral e resolutivo, houve a necessidade de implantação da clínica do programa saúde da família, com posterior inserção da CA. O objetivo foi compreender como a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), para a formação do CD, tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. O percurso metodológico foi qualitativo, na particularidade de um estudo de caso instrumental entre 2019 e 2021, mediante estudo de um currículo de odontologia, a partir das repercussões da clínica ampliada. Os dados para esta pesquisa foram gerados a partir de documentos e entrevistas semiestruturadas com docentes, discentes e agentes administrativos, partindo pelos diretamente envolvidos na CA e estendendo aos demais participantes docentes contemplando as diferentes áreas do conhecimento. A amostra foi por conveniência (n=15), com saturação teórica, tendo sido realizada análise temática, com categorias *a priori*, conforme os eixos de pesquisa: Clínica Ampliada; potência para o currículo; e desenvolvimento do currículo. A organização dos dados teve o auxílio do software WebQDA (*Qualitative Data Analysis Software*). Os achados passaram pelo mapeamento da produção do conhecimento diante da concepção teórico-metodológica inspirada na Pedagogia Histórico-Crítica. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Estadual de Maringá (UEM) pelo CAEE nº 25789819.4.0000.5540 (UnB) e CAEE nº 25789819.4.3001.0104 (UEM). Na **Clínica Ampliada** (CA) depreendeu como subcategorias: humanização em saúde; planejamento integrado e colegiado; aprendizado por níveis de complexidade. Quanto à **potência para o currículo** pela CA depreendeu como subcategorias: desenho curricular; espaços dialógicos; adoções e/ou rechaços (resiliências). Quanto ao **desenvolvimento do currículo** em seus *níveis/fases* e *eixos estruturante e transversais* depreendeu como subcategorias: normatização e difusão; papel dos diferentes protagonistas; processos avaliativos internos e externos. Considerei que a clínica ampliada, enquanto *prescrição* e *ação*, tem potência para fortalecer o currículo integrado e o fez a partir de um desenho curricular delineado por instrumentos pedagógicos enquanto dispositivos norteadores, firmando espaços de diálogo e fortalecendo os conteúdos clássicos a serem discutidos. Destaquei ainda a integralidade da atenção à saúde a ser preservada no currículo do curso de odontologia, para além das ciências básicas, ou odontológicas, envolvendo as ciências sociais e humanas em uma articulação e formação no interior das clínicas odontológicas da graduação.

**Palavras-chave:** Currículo; Educação em Odontologia; Clínicas Odontológicas; Integralidade em Saúde; Atividades Formativas.

## ABSTRACT

This thesis is part of the line of research Teaching Profession, Curriculum and Assessment (PDCA), from the Postgraduate Program in Education at Universidade de Brasília, and also of the research group “Curriculum: Theoretical Concepts and Educational Practices”, coordinated by Prof. Dr. Lívia Freitas Fonseca Borges. This work approaches the study of a dentistry curriculum, with the insertion of the Expanded Clinic (EC) according to the National Humanization Policy. In this research, the conception of EC is not limited to this policy, being grounded in other studies, considering the clinic less restricted to the disease. During home visits of collective health in the community, and in an attempt of bringing the formation of the dental surgeon (DS) closer to the comprehensive and resolute care, there was the need of implementing the clinic of family health program, with later insertion of EC. The goal was to understand how the expanded clinic contributed to enhance the curriculum of graduation in Dentistry of the Universidade Estadual de Maringá (UEM), and to the formation of the DC, having integrality as the guideline of its praxis. The methodological path was qualitative, in the particularity of an instrumental case study between 2019 and 2021, through study of a dentistry curriculum, as from the repercussions of extended clinics. The data for this research were generated from documents and semi-structured interviews with professors, students and administrative agents, starting with those who are directly involved in the EC and then extending to the other participating professors, contemplating the different areas of knowledge. It was used convenience sampling (n=15), with theoretical saturation. Thematic analysis was conducted, with *a priori* categories, according to the research areas: Extended Clinic; curriculum enhancement; and curriculum development. The organization of the data had the support of the WebQDA software (*Qualitative Data Analysis Software*). The findings went through the mapping of the knowledge production in the face of the theoretical-methodological conception, inspired in the Historical-Critical Pedagogy. The research was approved by the Ethics Committees of the Universidade de Brasília (UnB) through CAEE 25789819.4.0000.5540, and of the Universidade Estadual de Maringá (UEM) through CAEE 25789819.4.0000.5540. In ***Extended Clinic*** the subcategories resulted: humanization in health; integrated planning and collegiate; learning through complexity levels. As to ***curriculum enhancement*** by EC the subcategories resulted: curriculum drawing; dialogical spaces; adoptions and/or refusal (resilience). As to ***curriculum development*** in its levels/phases and ***structuring and transversal axis*** the subcategories resulted: normatization and diffusion; role of different protagonists; intern and extern evaluation processes. I considered that the extended clinic, as prescription and action, has the potential to strengthen the integrated curriculum, and it did it from a curriculum design outlined by pedagogical tools as guiding principles, establishing spaces of dialogue and strengthening the classical content to be discussed. I also highlighted the integrality of health care to be preserved in the curriculum of the dentistry course, beyond basic sciences or dental sciences, involving social and human sciences in an articulation and formation in the graduation dentistry clinics.

**Keywords:** Curriculum; Education in Dentistry; Dentistry Clinics; Integrality in Health; Formative Activities.

## RÉSUMÉ

Cette thèse est liée à la ligne de recherche Profession Enseignant, Curriculum et Évaluation, du Cours d'Études Supérieures en Éducation de l'Universidade de Brasília et au groupe de recherche "Curriculum: Conception Théorique et Pratiques Éducatives", coordonné par la Prof. Dr. Lívia Freitas Fonseca Borges. Cette thèse concerne l'étude d'un curriculum en médecine dentaire, avec insertion de la Clinique Amplifiée (CA) selon la Politique National d'Humanisation. La conception de CA ici n'est pas limitée à cette politique, tandis qu'elle est basée sur d'autres études, qui regardent la clinique d'une manière moins limitée aux maladies. Pendant les visites de la santé collective à la communauté, et dans l'essai de rapprocher la formation du chirurgien dentiste (CD) au soin integral et résolutif, il y a eu le besoin de mettre en place la clinique santé de la famille et, ensuite, mettre en place la CA. L'objectif a été comprendre comment la CA a contribué pour potentialiser le curriculum en médecine dentaire de l'Universidade Estadual de Maringá (UEM), pour la formation du CD, en prenant l'intégralité comme guide de sa pratique. Le parcours méthodologique a été qualitatif, dans la particularité d'un étude de cas instrumental entre 2019 et 2021, parmi l'étude d'un curriculum en médecine dentaire à partir des répercussions de la clinique amplifiée. Les données ont été engendrées à partir des documents et d'entretiens semi-structurées avec des enseignants, apprenants et des agents administratifs, en commençant par les personnes impliquées directement à CA et en suivant les autres participants enseignants des différents domaines du savoir. L'échantillon a été par convenance (n=15), avec saturation théorique à partir d'analyse thématique, avec cathégorie *a priori*, selon les axes de la recherche: Clinique Amplifiée; Puissance pour le curriculum; et Développement du curriculum. L'organisation des données a été faite par le software WebQDA (*Qualitative Data Analysis Software*). Les résultats ont passés par la gestion de la production du savoir en face de la conception théorique-méthodologique inspirée sur la Pédagogie Historique-Critique. La recherche a été approuvée par les Comités d'Éthique de l'Universidade de Brasília (UnB) CAEE n° 25789819.4.0000.5540 et l'Universidade Estadual de Maringá (UEM) CAEE n° 25789819.4.3001.0104. La **Clinique Amplifiée (CA)** a eu comme sous-catégories: l'humanisation en santé; planification integré et l'assemblée; apprentissage par niveau de complexité. La **Puissance pour le curriculum** par la CA a eu comme sous-catégories: structure curriculaire; espace dialogique; adoption et/ou repousse (résilience). Le **Développement du curriculum** dans ses *niveaux/étapes* et les *axes structurant et transversaux*, a eu comme sous-catégories: normatisation et difusion; rôle des différents acteurs; processus d'avalations internes et externes. J'ai considerée que la clinique amplifiée, pendant que prescription et action, a le pouvoir de renforcer le curriculum integré et l'a fait à partir d'une structure du curriculum décrit par des instruments pédagogiques comme dispositifs de guidages, en signant l'espace de dialogue et fortifiant les contenus classiques pour les discussions. J'ai souligné encore l'intégralité de l'attention en santé à être conservée dans le curriculum du cours en médecine dentaire, au delà des sciences basiques, ou dentaire, impliquant les sciences sociaux et humaines dans une articulation et formation à l'intérieur des cliniques dentaires de la graduation.

Mots-clées: Curriculum; Éducation en Médecine Dentaire; Cliniques Dentaires; Intégralité en Santé; Activités Formatives.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Mapeamento da Produção do Conhecimento	47
Quadro 2 –	Edição Temática – Clínica Ampliada (Revista Abeno)	62
Quadro 3 –	Configuração da pesquisa	79
Quadro 4 –	Definições teóricas para análise dos dados	86
Quadro 5 –	Descrição da abordagem qualitativa pela análise temática	90
Quadro 6 –	Distribuição das disciplinas, carga horária e seus departamentos.	93
Quadro 7 –	Distribuição das disciplinas com ementas e ano de aprovação.	94
Quadro 8 –	Categorias <i>a priori</i> e subcategorias.	96

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Produção do conhecimento.	46
Figura 2 –	Objeto de estudo, atores participantes da pesquisa e áreas de conhecimento do currículo.	81
Figura 3 –	A objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento.	87
Figura 4 –	Síntese da proposta da pesquisa.	92
Figura 5 –	Elementos da clínica ampliada.	107
Figura 6 –	Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.	133
Figura 7 –	Legenda do Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.	134
Figura 8 –	Sequência do Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.	134
Figura 9 –	Manual da Clínica Ampliada	138
Figura 10 –	Instrutivo da Clínica Ampliada	138
Figura 11 –	Configuração para representar o desenvolvimento do currículo.	173

## LISTA DE SIGLAS

Abeno	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ADEA <sup>7</sup>	Associação Americana de Educação Odontológica (Tradução minha)
AnPED	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CA	Clínica Ampliada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Copaca	Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada
DCNO	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia
DOD	Departamento de Odontologia (UEM)
GT	Grupo de Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PDCA	Linha de Pesquisa Profissão Docente, Currículo e Avaliação
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PET-Odontologia	Programa de Educação Tutorial
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UEM	Universidade Estadual de Maringá
WebQDA <sup>8</sup>	Software de análise de dados qualitativos (Tradução minha)

---

<sup>7</sup> *American Dental Education Association.*

<sup>8</sup> *Qualitative Data Analysis Software.*

## SUMÁRIO

<b>1. O INÍCIO: PARTE DA MINHA HISTÓRIA DE VIDA.....</b>	<b>21</b>
<b>2. INQUIETAÇÕES SOBRE O CURRÍCULO DO CURSO DE ODONTOLOGIA</b> <b>.....</b>	<b>26</b>
<b>3. CURSO DE ODONTOLOGIA DA UEM: SUA HISTÓRIA .....</b>	<b>39</b>
<b>4. MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1. Biblioteca Digital de Teses e dissertações .....</b>	<b>53</b>
<b>4.2. Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde.....</b>	<b>57</b>
<b>4.3 US <i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i> - PubMed.....</b>	<b>57</b>
<b>4.4 Revista da Associação Brasileira de ensino Odontológico - Abeno .....</b>	<b>59</b>
<b>4.5 Revista Brasileira de Educação – Anped.....</b>	<b>69</b>
<b>4.6 Síntese do Mapeamento da Produção do Conhecimento. ....</b>	<b>72</b>
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>76</b>
<b>5.1 Ponto de partida: problema de pesquisa, tese e seu diferencial .....</b>	<b>76</b>
<b>5.2 Pesquisa voltada para Ciências Humanas e Sociais submetido ao Comitê de</b> <b>Ética em pesquisa .....</b>	<b>76</b>
<b>5.3 Método de investigação e campo de pesquisa. ....</b>	<b>77</b>
<b>5.4 Participantes e instrumentos utilizados para gerar dados.....</b>	<b>80</b>
<b>5.4.1 Entrevista semiestruturada .....</b>	<b>82</b>
<b>5.4.2 Análise documental .....</b>	<b>83</b>
<b>5.5 Concepção teórico-metodológica para análise dos dados gerados.....</b>	<b>83</b>
<b>5.6 Uso do software WebQDA aplicado a pesquisa: análise e interpretação.....</b>	<b>88</b>
<b>6. ENCONTRO DA EDUCAÇÃO (CURRÍCULO) COM A SAÚDE (CLÍNICA</b> <b>AMPLIADA).....</b>	<b>92</b>
<b>7. ELEMENTOS DA CLÍNICA AMPLIADA NA FORMAÇÃO DO</b> <b>CIRURGIÃO-DENTISTA.....</b>	<b>100</b>
<b>8. CONTRIBUIÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA PARA POTENCIALIZAR O</b> <b>CURRÍCULO .....</b>	<b>125</b>
<b>9. DESENVOLVIMENTO DO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA DA UEM EM</b> <b>SEUS FORMATOS .....</b>	<b>163</b>
<b>APONTAMENTOS PARA (TRANS)FORMAÇÃO DO CURRÍCULO EM</b> <b>ODONTOLOGIA .....</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>204</b>

<b>APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....</b>	<b>217</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNB).....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UEM) .....</b>	<b>224</b>
<b>ANEXO C – DIAGNÓSTICO INICIAL/2005 E O PERFIL RADIAL DO GRAU DE INOVAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UEM (2007/2008/2010) .....</b>	<b>227</b>

## 1. O INÍCIO: PARTE DA MINHA HISTÓRIA DE VIDA

“O professor é uma pessoa; e uma parte importante da pessoa é o professor”.  
(NIAS, 1991 *apud* NÓVOA, 2013, p.15)

As minhas escolhas profissionais voltadas para docência advêm da memória afetiva da brincadeira de criança sobre dar aula e foi incorporada em meu cotidiano de forma permanente. Tenho lembrança do gosto por ensinar e aprender, mesmo durante uma infância e adolescência, em que a timidez foi impedimento em muitas situações. Talvez pudesse ter me calado menos e perguntado mais. Este entendimento tenho hoje depois de muitas vivências. Vivências estas que carrego a partir de uma educação básica concluída em 1997 com muita preocupação quanto à memorização, que se ampliou com diferentes significados para as minhas indagações atuais.

Findado o ensino médio tinha muitas dúvidas quanto à escolha profissional, o que afunilou para cursar Odontologia, uma vez que temos muitos cirurgiões-dentistas na família, entre tios, tias e minha mãe. Cursei Odontologia na cidade de Anápolis/Goiás, um curso de graduação de cinco anos, concluído no ano de 2003. Durante o curso dediquei-me em estudar e realizar as atividades propostas em todas as áreas do conhecimento que envolviam o curso, no entanto aproximei-me muito da área de saúde coletiva que envolve Epidemiologia; Ciências Humanas e Sociais; Política, Planejamento e Gestão, que traz reflexões sobre a realidade social no contexto da saúde bucal e, a partir de então, as propostas de atendimento clínico passaram a ter uma análise de qual contexto se inseria aquele paciente, em qual comunidade e tudo fez mais sentido.

A afinidade pela saúde coletiva, ao término do curso de graduação, em 2003, direcionou-me para cursar a especialização em Odontologia em Saúde Coletiva e fiz a escolha pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP). Iniciei o curso no primeiro semestre de 2004 e concomitantemente a sua realização tive a oportunidade de acompanhar as aulas de saúde coletiva no curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, como estagiária docente, durante este ano. Neste período aprendi muito e pude relacionar o que eu estava estudando, com o que era desenvolvido nos programas das disciplinas, as quais eu acompanhava. Pensando nas experiências vivenciadas, que me constituíram quanto aos questionamentos e a uma postura mais crítica, ali começaram os meus primeiros passos junto àquele corpo docente.

Ao final deste ano de 2004 encerrou-se o período de estágio docente e eu estava quase concluindo a especialização, quando recebi o convite no início do ano de 2005 para assumir a coordenação de saúde bucal de um município goiano. Ainda no início de carreira e sabendo da grande responsabilidade que seria assumir este cargo fiquei reticente, mas aceitei. Foi uma experiência positiva quanto à gestão e aproximação concreta do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cargo permaneci até maio de 2005.

Em outubro de 2005 foi aberto processo seletivo no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, hoje Universidade Evangélica de Goiás, inicialmente no curso de Farmácia, para assumir a disciplina de Saúde Pública e eu fiquei em terceiro lugar, entre oito candidatos que participaram deste processo. Em sequência foi aberto o processo seletivo para o curso de Odontologia, e ao realizá-lo alcancei o primeiro lugar e desde então possuo vínculo nesta Instituição de Ensino Superior (2005-2019), perfazendo quatorze anos de experiência docente no magistério superior.

Neste mesmo ano, no final de 2005, prestei vestibular novamente na Universidade Federal de Goiás (UFG) para o curso de Pedagogia, uma vez que o estágio docente foi uma experiência marcante e conseguir êxito no processo seletivo docente me estimulou conhecer mais sobre a educação. Este tempo na docência me despertou para a “boniteza” da educação, como disse Paulo Freire (2019); e estudar os fundamentos da educação traria uma base sólida para traçar uma trajetória docente com mais subsídios teóricos. A partir do momento em que ingressei na carreira docente vislumbrei a possibilidade de cursar o mestrado e o doutorado na área da educação, e aprofundar meus conhecimentos no curso de Pedagogia seria muito importante neste percurso formativo.

No ano de 2006 conciliei a carga horária como docente do curso de Odontologia e a carga horária como acadêmica do curso de Pedagogia. Trabalhava durante o matutino/vespertino e estudava no noturno. Jornada em que muitos dos meus colegas do curso de Pedagogia também cumpriam. Cursei até o segundo semestre, em 2006, e fiz o trancamento do curso, em função do início da carreira docente e por encontrar dificuldades em compatibilizar os horários, uma vez que o curso de Odontologia passou a ter funcionamento também no noturno.

Em 2008 foi aberto o processo seletivo do programa de pós-graduação em Odontologia, na UFG, e interessei-me em pleitear vaga, por sentir necessidade de ingressar no *stricto sensu* e ter tido a oportunidade neste processo seletivo de dar enfoque ao objeto de estudo sobre “Formação de Professores”, do curso de Odontologia, e ingressei com êxito em 2008, tendo concluído no final do primeiro semestre de 2010, com

a dissertação intitulada “Os Processos Formativos dos Professores dos Cursos de Graduação em Odontologia no Estado de Goiás e o Contexto de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais”, sob orientação da Professora Vânia Cristina Marcelo e coorientação da Professora Maria Goretti Queiroz, com as quais tive grande crescimento profissional e pessoal. Posso destacar a epígrafe do início de que a pessoa e o professor se entrelaçam, além de contar com Castanho (2001)<sup>4</sup> ao afirmar sobre os professores marcantes, por personificarem a definição de Nóvoa. Foram professoras marcantes na minha trajetória docente. Ainda durante o mestrado, como resultado de uma disciplina cursada em outro curso de pós-graduação, na Educação, foi feita a publicação de um artigo científico, em colaboração com colegas do mestrado, trabalho intitulado “O Professor do Curso de Odontologia: sua Formação e os Desafios Frente às Exigências Atuais”, em 2009<sup>9</sup>.

Voltando um pouco em um período que ficou compreendido, no primeiro semestre de 2010, não posso esquecer-me de relatar um fato importante. No final de 2009 já havia encerrado seis semestres de trancamento do curso de Pedagogia e eu não poderia trancar mais, portanto o último semestre do mestrado fiz concomitantemente ao meu retorno ao curso de Pedagogia, no primeiro semestre de 2010. Ainda no ano de 2011 e 2012 tive oportunidade de desenvolver pesquisa, com alguns acadêmicos de graduação, como colaboradora junto a outras professoras, o que também contribuiu muito para o exercício da pesquisa.

Durante o ano de 2011 tive a experiência novamente com a gestão tendo a oportunidade de assumir o cargo de coordenação pedagógica do curso de Fisioterapia, também no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, curso no qual em semestre anterior colaborei com a reestruturação da saúde coletiva frente à reformulação de matriz curricular, com participação na elaboração do Projeto Pedagógico do Curso, associado temporalmente à presidência da subcomissão interna de avaliação do curso de Odontologia, contribuindo para o relatório institucional, em atendimento ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Ainda quando estive vinculada ao curso de Fisioterapia, junto aos colegas de docência, participei da Associação Brasileira de Ensino da Fisioterapia (Abenfisio), no ano de 2011, com publicação de trabalho. Estive nesta função até o segundo semestre de 2013, uma vez que precisei ficar

---

<sup>9</sup> FRANCO, L. L. M. M.; SOARES, E. F.; MARTORELL, L. B.; MARCELO, V. C. O professor do curso de odontologia: sua formação e os desafios frente às exigências atuais. **Revista Profissão Docente (Online)**, v. 09, p. 01-15, 2009.

tempo integral no curso de Odontologia, no primeiro semestre de 2014, por assumir também funções administrativas.

Voltando ao curso de Pedagogia, no qual retornei em 2010, cumpri as disciplinas do curso e ao final, em 2012, ao matricular na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tive o privilégio de ser orientada pela Professora Karine Nunes de Moraes, com a qual tive a oportunidade de aprofundamento teórico quanto aos fundamentos da educação. Posso afirmar que também é professora marcante em minha trajetória acadêmica e profissional. Estimulou-me a participar do XX Seminário Nacional UNIVERSITAS/Br em 2012, levando o trabalho “O Programa Reuni na UFG: o processo de formulação, aprovação e implantação”, que culminou na publicação de um capítulo de livro juntamente com o grupo de pesquisa do GT11, como produto para finalização do TCC do curso de Pedagogia.

Durante o segundo semestre de 2013, ocupei a coordenação de planejamento, em função de assessoria da direção do curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA, e a partir do primeiro semestre de 2014 fui coordenadora pedagógica. Foi um período de reestruturação do curso, com proposta de reformulação curricular, e alinhamento do perfil do egresso com as habilidades e competências a serem formadas mediante a elaboração de uma matriz curricular e Projeto Pedagógico do Curso (PPC), condizente com esta nova proposta pedagógica. Esta função de coordenação pedagógica do curso de Odontologia ocupei até junho de 2016, quando entrei de licença maternidade, e ao retornar voltei para a docência de forma exclusiva. Esse também foi um saber experiencial grande, no qual pude pensar e propor processos formativos tanto para docentes, quanto para discentes e até mesmo técnicos-administrativos, enquanto atores participantes do curso de Odontologia. Durante este período foram trabalhados temas como: estratégia de ensino-aprendizagem; aprendizagem entre pares; avaliação do processo ensino-aprendizagem; planejamento docente quanto ao PPC e ao plano de ensino, entre outras temáticas abordadas. Ainda enquanto docente em julho/2013 e coordenadora pedagógica do curso de Odontologia, a partir de janeiro/2014 participei da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), durante três anos subsequentes, em eventos anuais.

Nestes quatorze anos de docência na educação superior vivenciei ensino e gestão aliados aos meus percursos formativos pessoais que se imbricaram e me constituíram na pessoa e professora que sou hoje, com o que consigo desenvolver na minha prática pedagógica e no que levo para partilha com meus pares.

Diante desse percurso formativo inquieta-me a necessidade de repensar a formação do cirurgião-dentista, e com isso o currículo que o direciona. A partir das experiências vivenciadas até aqui e retornando ao desejo de caminhar mais aliada aos fundamentos da educação, vinculando a proposta de formação do doutorado a um Programa de Pós-Graduação em Educação, a escolha pela UnB e pela orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia Freitas Fonseca Borges se deu por detectar que há uma afinidade com as pesquisas que são desenvolvidas no âmbito da linha de pesquisa “Profissão Docente, Currículo e Avaliação” (PDCA), com a qual me identifiquei na perspectiva de desenvolver como objeto de estudo o currículo de odontologia, a partir de inovações como a clínica ampliada em um currículo integrado, para buscar as contribuições enquanto possibilidade de mudança no percurso formativo do cirurgião-dentista durante a graduação em odontologia.

Durante o doutorado tive a oportunidade de participar como coautora do capítulo “(Re)Configurações curriculares na Educação Básica: dos pioneiros ao cenário BNCC” do livro *Pensamento Pedagógico Contemporâneo* publicado em 2018; também tive a oportunidade de participar como coautora do capítulo “Estágio de Docência na Graduação: reflexões sobre inovação, tecnologia e desenvolvimento profissional docente”, publicado em 2020.

Na docência dei continuidade as minhas atividades nos cursos de Odontologia, Fisioterapia e Medicina e Universidade da Pessoa Idosa (UniAPI) associando os estudos curriculares para contribuir junto aos meus pares; e iniciei e conclui a especialização em Pedagogia Hospitalar neste período. Também participei do “Projeto Professor Escritor” desenvolvido pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia Borges para o desenvolvimento da leitura e escrita de seus inscitos, no sentido de aprimorar-me em relação a produção de textos e reflexões acerca de diferentes temáticas importantes, como docente e pesquisadora.

Como mencionado anteriormente dediquei-me ao estudo dos processos formativos do professor de Odontologia no mestrado, e dei continuidade quanto à formação do cirurgião-dentista que mobiliza diferentes atores participantes deste processo (Professores, Pacientes, Técnicos-Administrativos e Comunidade) envolvidos em uma proposta curricular de formação a ser constituída na Educação Superior.

## 2. INQUIETAÇÕES SOBRE O CURRÍCULO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

Educar é uma ação profundamente política e ética, apesar de os discursos conservadores e liberais pretenderem dissimular esta idiossincrasia (SANTOMÉ, 1998, p.147).

A formação do cirurgião-dentista (CD) vem se constituindo ao longo do século XIX (STALING *et al.*, 2007) até os dias atuais com impasses frente ao que se espera de um profissional de saúde apto a atender indivíduo/coletividade de forma integral. Cabe como afirmação que se o entendimento é de que esta formação se trata de um processo educacional, do ato de educar, ela é, portanto, “*profundamente política e ética*” (SANTOMÉ, 1998, p. 147). Saviani (2008, p. 71) afirma, na exposição de suas onze teses sobre educação e política, na tese 2 que “Toda prática educativa contém inevitavelmente uma dimensão política”. De fato, o é!

Um ponto de partida para entendermos um dos contextos de formação do CD, que se relaciona ao engendramento destas dimensões pode se dar na ilustração da indústria farmacêutica, pela seguinte afirmação: “a medicalização de um medicamento o torna de fato mais perigoso” (ILLICH, 1975, p.54), o que afirmou Illich refletindo sobre a imposição do consumo inadvertido de medicamentos por pressões externas.

Não questionando aqui as intervenções necessárias quando da doença instalada e a necessidade de minimizar o dano causado. Pelo contrário, questionando intervenções desnecessárias, em que se parte para o procedimento clínico desconsiderando práticas da odontologia de mínima intervenção e/ ou mesmo uma atuação profissional do cirurgião-dentista voltada para identificar determinantes sociais que possam interferir na saúde bucal. O que me leva às inquietações sobre o currículo do curso de odontologia.

Voltando à formação do CD em diferentes dimensões, cabe destaque ao que Saviani (2008, p.70) afirmou: “No processo histórico que implica o desenvolvimento e transformação da sociedade, isto é, a substituição de determinadas formas por outras, educação e política articulam [...]”; sendo possível constatar esta afirmação na ilustração sobre a pressão das indústrias farmacêuticas na formação dos profissionais de saúde, na formação do cirurgião-dentista, na qual inclinei a estudar nesta tese.

Partindo desta reflexão inicial resgato o processo histórico das etapas da profissionalização da odontologia com a criação do “primeiro curso de odontologia no Brasil, em 1884” (STALING *et al.*, p.125). Temos historicamente marcada sua origem atrelada ao curso de cirurgia junto ao curso de medicina que relacionará a odontologia a uma visão unicista do apenas fazer, conforme a afirmação de Botazzo (2017, p.8) em que

“[...] a escultura é um dispositivo no processo de odontologização do estudante, ou , melhor dizendo, é o dispositivo de produção de sujeitos e, portanto, de reprodução da odontologia”, por isso os traços da técnica operatória na atualidade, desde a origem do curso.

Ainda sobre a concepção atual quanto a esta formação apenas tecnicista podemos resgatar a base do ensino para saúde que se sedimentou em elementos da medicina científica propostos a partir do Relatório Flexneriano<sup>10</sup> em que se privilegia o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a concentração de recursos, a tecnificação do ato médico e a exclusão de práticas alternativas (MENDES, 1984). Discussão esta que se fez presente também na odontologia a partir do Relatório Gies<sup>11</sup> reiterando uma concepção fragmentada de formação (MOYSÉS, 2008). Estes relatórios influenciaram respectivamente no campo da medicina (Relatório Flexneriano) com segmentação do corpo humano para aprofundar nas partes, objetivando o avanço do conhecimento científico que se requeria naquele momento histórico. Em seguida, no campo da odontologia (Relatório Gies), tendenciando ao afastamento da odontologia em relação a medicina, colocando a boca como algo desvinculado do corpo, refletindo, assim, em toda a área da saúde.

Em que pese a criação em 1884 do primeiro curso de graduação em odontologia no Brasil, e com isso termos percorrido 137 anos na formação de cirurgiões-dentistas, ainda levamos conosco, em nosso exercício profissional, os elementos fundantes deste ensino na saúde pautado no Relatório Flexneriano. Buss e Pellegrini Filho (2007, p.81) afirmam que,

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as

---

<sup>10</sup> Expressão cunhada a partir do Relatório Flexner. Sobre o Relatório ver: PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dez. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Aug. 2019.

<sup>11</sup> GIES, W.J. **Dental education in the United States and Canada**. New York: The Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1926.

abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.

Diante da compreensão dos determinantes sociais em saúde estamos nos reinventando na proposição das mudanças, em que pese nos firmamos muito ainda na resolução da dor, da dor de dente, muitas vezes por meio da mutilação, e de uma preocupação “apenas” com o dente em si. As considerações a respeito do que pode ser determinante a saúde para além das questões biológicas são deixadas de lado nesta discussão. A saúde bucal muitas vezes é compreendida como intervenção odontológica após a instalação da doença. Chaves (1986, p.6) colocou uma situação como reflexão quanto ao conceito de saúde bucal, apresentando o seguinte questionamento: “Que importância teria, por exemplo, um ótimo estado de saúde bucal numa comunidade cujos habitantes estivessem sendo dizimados por epidemias de várias doenças infecciosas?”. Para compreensão da manutenção destes elementos fundantes,

A odontologia é a prova viva de que quando a parte é recuperada em separado da totalidade, o que se reconstrói é um simulacro. De fato, é impossível na teoria odontológica recuperar o homem por inteiro e, menos ainda, a sociedade. Porque não é o homem o indivíduo e o sujeito da prática odontológica, mas sim o dente (BOTAZZO, 2017, p7).

Ainda nos pautamos na prática odontológica centrada nas doenças bucais e substituímos o sujeito pela doença (FONSÊCA *et al.*, 2018). Campos (2007, p. 53) afirma que “sai o ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente”.

Neste sentido, vislumbrado o futuro cirurgião-dentista há que se pensar, de fato, em propostas de formação que sinalizem o contraditório, que traga a reflexão para este caminho fragmentado que lança o olhar para a doença e não para o paciente. Cabe a mão dupla cujo equilíbrio precisa ser buscado, rumo a integralidade da atenção à saúde.

Botazzo (2008, p.84) afirmou que “[...] a boca comunica o corpo e vice-versa. A boa clínica faz parte da integralidade em saúde e propicia bem-estar ao paciente. Se deseja tomar este caminho, o dentista precisará se dedicar ao estudo de outras disciplinas”, ou seja, precisará ampliar seu escopo de formação aprofundando nesta compreensão de que a boca não está desvinculada do corpo e que a articulação das três ciências, seja as ciências básicas, ciências odontológicas e ciências sociais e humanas compõe a formação do cirurgião-dentista no que tange ao exercício profissional.

Nesta articulação entre as ciências voltadas ao ensino odontológico, em que se requer “*estudo de outras disciplinas*” (BOTAZZO, 2008, p.84), precisamos nos aproximar de muitos dos conhecimentos sistematizados como afirma Saviani (2008,

p.13), ao afirmar que “[...] o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”. Iniciarei este resgate pelo saber sistematizado da integralidade que Camargo Jr (p.40) afirma que “[...] a ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às ideias agregadas sob o rótulo ‘integralidade’”, em que pese a dificuldade em conceituá-la é possível afirmar o que não o é. Para Pinheiro e Guizardi (2006, p.24),

[...] se a integralidade não se constitui em práticas eficazes, teremos apenas uma voz, uma parte, um lado, um sem o outro, um apenas com poder de decidir acerca da saúde que se quer e se deseja ter e ser. Produtora de relações, signos e significados, a integralidade, como princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, das relações que se transformam em encontros e desencontros, característica da política como ação concreta.

Articulando essa visão ao campo odontológico, Botazzo (2015) afirma sobre considerar o aspecto do trabalho clínico e o aspecto dos determinantes das doenças bucais, o que demanda pelo primeiro aspecto unir o fragmentado das especialidades em uma compreensão totalizante, e no segundo aspecto abarcar a função coletiva por meio da política. O que se traduz em um desafio, pois “uma prática clínica integral é desejável como ideal para a equipe de saúde bucal, porque o trabalho do dentista é naturalmente fragmentado” (BOTAZZO, 2015, p.215). No entanto podemos partir da integralidade como eixo orientador da prática do cirurgião-dentista no sentido de buscá-la em sua dimensão clínica e política, o que expande a atuação da equipe de saúde bucal para além do processo de trabalho, pois “[...] a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo” (BRASIL, 2004b, p. 6) para resgatar o posto nos princípios norteadores da ação aproximando da ética ao “assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde” (*idem*, 2004, p. 5) e do acolhimento quanto a,

desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade (*ibidem*, 2004, p. 5).

No entanto para esta compreensão os currículos de odontologia passaram por modificações desde a aprovação para o primeiro curso de odontologia em funcionamento no Brasil até os dias atuais. Em estudo, Queiroz e Dourado (2009) apresentaram as proposições feitas nos três seminários latino-americanos que ocorreram em Bogotá (1962), México (1964) e Brasil (1966), respectivamente, tendo sido antecidos pela reunião do Comitê de Expertos e Higiene Dental da Organização Mundial de Saúde em Genebra (1962), na qual houve recomendações ao ensino odontológico. De forma que os autores afirmaram que nestes eventos “conseguiram mobilizar alguns cursos de odontologia para desenvolver experiências de inovação na formação de recursos humanos. Produziram dados sobre as condições de ensino da odontologia” (QUEIROZ; DOURADO, 2009, p.1024). Ainda ressaltaram neste estudo que “recomendações discutidas desde o início da década de 1960 [...] (re)apresentam-se como ‘novidades’. No entanto, essa atualidade das propostas também pode ser compreendida por sua dificuldade de implantação” (QUEIROZ; DOURADO, 2009, p.1025).

Portanto em relação as inquietações sobre o currículo do curso de odontologia para formação de cirurgiões-dentistas que se aproximem dessa dimensão clínica e política, Ceccim e Feuerwerker (2004) chamam a atenção que “[...] os dois setores – saúde e educação, pela legitimidade e legalidade, ora de um ora de outro, devem ocupar-se das funções de regulação de Estado no tocante à formação na área da saúde”, assim o campo odontológico acompanhou as transformações no campo educacional desde o século XIX até o estabelecimento de um currículo mínimo em 1982 (MENEZES; LORETTO, 2006).

Os diferentes currículos do curso de graduação em odontologia firmados (QUEIROZ, 2006; WARMLING, 2016) até as propostas advindas da DCNO (BRASIL, 2002), diferenciam-se ao longo do percurso histórico em conformação de duração em anos do curso, cargas-horárias, conteúdos curriculares a serem abordados e de forma bem divisora entre o que estava posto anteriormente temos uma ruptura com o currículo mínimo anterior a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) e a proposição das DCNO (BRASIL, 2002)<sup>12</sup> que trouxe consigo a flexibilização curricular e possibilidades a serem mobilizadas frente a um perfil de egresso em acordo com a contemporaneidade e demandas sociais, em uma formação por competências e habilidades gerais e específicas que direcionassem para a formação do cirurgião-dentista.

---

<sup>12</sup> Durante a finalização da pesquisa houve a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Odontologia – DCNO – (Resolução CNE/CES no. 3, de 21 de junho de 2021) (BRASIL, 2021)

Podemos destacar então como marcos históricos, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) trazendo importantes mudanças educacionais e com elas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Odontologia – DCNO – (Resolução CNE/CES nº. 3, de 19 de fevereiro de 2002) (BRASIL, 2002) e recentemente as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Odontologia – DCNO – (Resolução CNE/CES nº. 3, de 21 de junho de 2021) (BRASIL, 2021) o que têm configurado o ensino odontológico na atualidade buscando avançar em relação ao estabelecido historicamente na formação odontológica.

Ao traçar uma linha histórica desde a regulamentação do curso até os dias atuais (2021) caminhamos em relação a história do curso de odontologia, como observado em relação aos currículos pelos quais foram marcados pela construção da identidade do cirurgião-dentista. Warmling (2016, p.38) afirmou que “[...] o problema de se adotar o modelo de profissão vigente como um *a priori* no trabalho a ser realizado é que se omite ou não se considera nessa análise, que o próprio modelo foi criado numa rede de acontecimentos sociais e históricos”; o que implica uma atenção especial a esta identidade constituída, que se apoia em uma prática liberal de profissão, ao passo que ao longo da história também foram abrindo trilhas no sentido do “comum a todos”, “para todos”, rumo a não exclusão, em que pese,

[...] quando se discute a ‘sociologia das profissões’ ou o conteúdo material do que venha a ser a profissão, neste caso a odontologia, assume-se como dimensão inquestionável seu conteúdo ‘científico’ ou ‘positivo’, perdendo-se de vista o que venha a ser a própria profissão (WARMLING, 2016, p.38).

Neste interim de avanços curriculares tivemos também mudanças no campo da saúde com discussões fundamentais tendo por marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que aconteceu concomitantemente a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Tratou-se de um momento histórico importante em que se garantiu o direito à saúde, e a saúde bucal também presente na discussão. A demanda por restaurações e exodontias evidenciadas no primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal<sup>13</sup> enunciavam a necessidade de mudança na formação do cirurgião-dentista, ao passo que também denunciava que era preciso um maior acesso aos serviços de saúde bucal; o que nos alerta para o lugar ou lugares que eram possíveis de serem ocupados pelo cirurgião-dentista no

---

<sup>13</sup> Primeiro Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal desenvolvido em 1986, para levantar as necessidades de uso de prótese dentária, a prevalência de cárie dentária e doença periodontal.

mercado de trabalho, direcionados muito mais para um processo de trabalho voltado para a rede particular.

Em seguida firmou-se na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988, art. 196) que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Junto a denominada Lei orgânica da saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), complementada pela Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) houve abertura para uma possibilidade de atuação mais universal, um dos princípios do SUS e com ele os demais princípios, dentre os quais se contempla a integralidade da atenção à saúde.

Cabendo destaque quanto a um olhar que foi se voltando para saúde bucal e não apenas para o trabalho odontológico, se diferenciando em seus sentidos, sendo o primeiro pensando saúde e o segundo voltado apenas para execução de procedimentos odontológicos. Podemos mencionar como uma das ações a realização dos levantamentos epidemiológicos nacionais (1986, 1996, 2003, 2010), partindo de que os resultados apresentados em relação as doenças e agravos em saúde bucal foram redesenhando o planejamento em saúde bucal, de acordo com as necessidades da população (RONCALLI e SOUZA, 2013). Diante deste contexto de planejamento, principalmente com relação ao realizado em 2003, elaboraram e definiram a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) dentro da perspectiva de formação do cirurgião-dentista, para a atuação de todos os profissionais de saúde podendo destacar a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a), o Pró-Saúde (BRASIL, 2005), o Pet-Saúde (BRASIL, 2008), e a Política Nacional de Atenção Básica em suas reformulações (2006, 2011, 2017). Diante de todas estas políticas no campo da atenção/assistência/ensino foi se diversificando as possibilidades de atuação do cirurgião-dentista em seus *locus*, da rede particular à ampliação da rede pública com aumento da oferta de vagas para atuação do cirurgião-dentista compondo a rede de atenção à saúde.

Historicamente foi apresentado por Pucca Junior *et al.* (2009) em um estudo sobre Políticas de Saúde Bucal no Brasil os seguintes fatos: primeira política pública voltada à saúde bucal implementada em 1952 voltada para escolares; implementação do sistema de saúde brasileiro (SUS) e os desdobramentos que houve com a divulgação da portaria nº 1444/2000 com incentivo para inserção da saúde bucal na saúde da família; e ainda

retomaram sobre levantamento epidemiológico realizado no Brasil evidenciando a má condição de saúde bucal brasileira, o que culminou com a Política Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal/2004).

Ainda de acordo com Pucca Junior *et al.* (2009) houve a ampliação do escopo de análise frente a PNSB, com proposta de ampliação e qualificação da atenção básica, secundária e terciária, por meio da atuação nos diferentes níveis de atenção, por meio de: incentivo para os centros de especialidades odontológicas; laboratórios regionais de prótese dentária, incluindo as próteses totais na atenção primária; e atenção especializada hospitalar à saúde. Assim começou a ampliação do mercado de trabalho para o cirurgião-dentista e demandou formação, tanto para atuação liberal quanto para a rede pública de saúde.

Em outro estudo de Pucca Júnior *et al.* (2015) sobre o resultado após dez anos da Política de Saúde Bucal no Brasil (2004), houve a sinalização sobre o financiamento do Pró-Saúde voltado para mudança curricular, a ser feita no sentido de contribuir com formação de cirurgiões-dentistas aptos a mudarem a perspectiva de formação e ingressarem em um mercado de trabalho que se ampliou em 50% o número de cirurgiões-dentistas no SUS. O que reitera o afirmado por Morita e Kriger (2006, p. 132) sobre o fato de que “a implantação do Programa de Saúde da Família e do Brasil Sorridente causaram um aumento de demanda de empregos nos serviços de saúde”. A partir deste curso histórico da ampliação do mercado de trabalho no serviço público, o ensino odontológico, de acordo com Queiroz e Dourado (2009, p. 1025) ressalta “[...] o distanciamento do projeto de profissão da odontologia do processo de reorientação da formação do cirurgião-dentista que se pretende implementar”, com relação a formação para um exercício profissional que demandou mudanças curriculares.

Neste contexto Botazzo (2000, p.23) trouxe a afirmação que,

[...] diversos estudiosos contribuíram ao debate, estabeleceram um perfil da profissão, analisaram sua proposta curricular e se esforçaram para criar espaços públicos de efeito-demonstração, tanto no plano do ensino quanto das programações nos serviços de saúde.

Esta mudança então pode se dar de diferentes formas, de modo que o currículo dirija, guie, por onde vamos percorrer para atingir esta dada formação. Para Silva (2015), o currículo se refere a identidade porque conhecimento e subjetividade culminam diretamente no processo formativo pelo qual nos tornamos profissionais. Desse modo, cabe destaque a afirmação de Moreira e Silva (2006, p. 29) que “o currículo está, assim,

no centro de relações de poder. Seu aspecto contestado não é demonstração de que o poder não existe, mas apenas de que o poder não se realiza exatamente conforme suas intenções”. Da possibilidade de mudança na formação dos graduandos em odontologia aqui trazemos como foco da discussão, a Clínica Ampliada como potência transformadora evidenciando o curso de odontologia da UEM.

A clínica ampliada foi firmada como dispositivo da Política Nacional de Humanização, pela qual partiu a discussão e incorporação dela no curso de odontologia da UEM. Após sua implantação, Fujimaki (2019, p.100) ressalta que a clínica ampliada inserida no curso de odontologia da UEM “[...] foi reconhecida como uma experiência exitosa em comemoração dos 10 anos da Política Nacional de Humanização”. O que me impulsionou a estudar o currículo do curso de odontologia da UEM que também traz em sua história de constituição de curso uma base firmada por um currículo integrado proposto pelos “Professores Guilherme Simões Gomes, Carlos Alberto Conrado, Carlos Roberto Colombo Robazza e Andreas Tumang” (FUJIMAKI, 2019, p.95). Então, diante da implantação da clínica ampliada inserida em um contexto de currículo integrado é que se apresenta esta pesquisa.

Parto do currículo integrado como proposto por Santomé (1998) e Bernstein (1971) em que se estabelece uma interrelação entre as disciplinas em maior ou menor intensidade, no entanto comunicam entre si, em torno de um objeto de estudo. Para Santomé (1998, p.25) “O currículo pode ser organizado não só em torno de disciplinas, como costuma ser feito, mas de núcleos que ultrapassam os limites das disciplinas, centrados em temas, problemas, tópicos [...]. Assim como reiterado a partir de,

[...] um currículo onde os vários conteúdos não seguem caminhos separados, mas onde o conteúdo fica de uma forma aberta em relação uns com os outros. Chamarei esse currículo de tipo integrado. Agora podemos ter [...] vários graus e tipos de integração (BERNSTEIN, 1971, p.158, tradução minha)<sup>14</sup>.

Assim, neste estudo filiado ao grupo de pesquisa “Currículo: Concepções Teóricas e Práticas Educativas”, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Livia Freitas Fonseca Borges, analisei o currículo do curso de graduação em Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), no Estado do Paraná, que tem um projeto formativo que se estrutura no currículo integrado e têm vivenciado como proposta curricular a implantação da clínica ampliada, na formação dos seus futuros cirurgiões-dentistas.

---

<sup>14</sup> a curriculum where the various contents do not go their own separate ways, but where the contents stand in an open relation to each other. I shall call such a curriculum an integrated type. Now we can have various [...] various degrees and types of integration (BERNSTEIN, 1971, p.158).

Carvalho (2006, p.14) relatou que “[...] o intenso relacionamento entre a Capes e a Abeno, gerou movimentos de inovação curricular, como o implementado em Diamantina (MG), o qual exerceu muita influência em diversas faculdades”, o que impulsionou as demais instituições.

Este currículo integrado foi implantado no curso de odontologia da UEM, ao compasso de outras experiências de integração desenvolvidas nos anos 1960 no curso de Odontologia de Diamantina (MG), nos anos 70 no Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, da reforma curricular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP (FOP/UNICAMP) (CARVALHO, 2004). À luz da filosofia docente/assistencial que tinha por concepção articular educação e serviços de saúde formando recursos humanos, de acordo com as necessidades de saúde da população (MARSIGLIA, 1995).

Diante destas experiências de reformulações curriculares de outros cursos, o curso de odontologia da UEM no que concerne ao currículo integrado se destacou entre os outros, uma vez que sua integração se caracteriza por “[...] clara articulação entre as disciplinas, possibilitando uma integração de conteúdos em módulos interdisciplinares e de complexidade crescente. E as atividades clínicas extramuros estão presentes desde o início do curso” (CARVALHO, 2004, p. 6). Este curso se destacou com premiação do Ministério da Saúde (HAYACIBARA *et al.*, 2012) pelos avanços diante da Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como um de seus pilares a clínica ampliada. Portanto, tomei a concepção de clínica ampliada posta na PNH quanto a ser,

uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013, p.10).

O que não ficou limitado nesta pesquisa pela concepção de clínica ampliada pela PNH, uma vez que tem também como alicerce os estudos de Bedrikow e Campos (2015), Cunha (2010), Campos (2007), Botazzo (2007), neste sentido de olhar a clínica de uma forma menos restrita a doença. Para Botazzo *et al.* (2007, p.42),

A primeira coisa que devia acontecer seria entender que o trabalho clínico do dentista não se resume a fazer “obturações” ou extrações dentárias, mas que, verdadeiramente, deveria fazer uma clínica das doenças da boca e dos dentes. Isto será possível na medida que o pessoal auxiliar, e, sobretudo o Técnico de Higiene Dental, assumam suas funções de prevenção, educação em saúde e atendimento dos casos mais simples, trabalhando em equipe e sob supervisão de um dentista. Deste modo, o dentista seria aliviado das tarefas mais simples e poderia se dedicar ao exercício completo da odontologia, numa concepção de clínica ampliada.

Trazendo à tona o fato de que o cirurgião-dentista precisa extrapolar não apenas o fazer e sim exercer o raciocínio clínico de profissional de saúde que está diante não da doença, mas sim do paciente que é portador daquela doença. Campos (2007, p.56) afirmou o seguinte sobre a clínica do sujeito (ampliada): “[...] sim, uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências”, expandindo a forma de olhar para este paciente.

Ainda Cunha (2010, p. 46) afirma a clínica como sendo “[...] sempre uma interação complexa entre sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois sujeitos singulares”, o que partilha também desta visão Bedrikow & Campos (2015, p.86), ao afirmarem que:

A clínica ampliada e compartilhada tem na sua racionalidade o cuidar do imprevisível e do singular próprio a cada sujeito ou coletividade [...]” e *ainda acrescentam* “[...] utiliza-se da abordagem da história de vida dos sujeitos, da clínica de diferentes categorias profissionais, do trabalho em equipe mediante reuniões e apoios matriciais, da elaboração de projetos terapêuticos singulares e qualquer outro dispositivo que venha a ser criado a fim de responder melhor à demanda colocada.

Portanto, a Clínica Ampliada na PNH foi a sistematização feita, enquanto política pública de saúde, que alcança uma atuação relacionada com a singularidade do sujeito, suas condições de vida e pode abarcar um olhar interprofissional.

Internacionalmente esta discussão se alinha ao Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) (FONSÊCA *et al.*, 2018), sendo o cuidado centrado na pessoa traduzido para o processo de trabalho em saúde nacionalmente como ações singularizadas, que potencializa a pessoa a ser protagonista de sua saúde construindo com ela, ao passo que envolve suas necessidades, a da família e a da comunidade em relação aos condicionantes ou determinantes em saúde (BRASIL, 2017).

Diante do que foi apresentado quanto à fragilidade na formação do futuro cirurgião-dentista para oferecer um atendimento integral, seja no âmbito público ou privado, nesta pesquisa compreendo que a clínica ampliada, no campo da odontologia, apresenta uma nova perspectiva com o potencial de superar o modelo biomédico reconhecidamente cristalizado.

Portanto, a clínica ampliada é uma inovação na área da saúde, em especial, no campo odontológico (CARRER, 2019) que cabe estudo como potencializou a inovação do currículo integrado. Por isso a relevância de investigar em pesquisa estas inovações,

no sentido de contribuir com futuras formações de cirurgiões-dentistas. Assim partirei da concepção de inovação conforme afirma Carbonell (2002, p. 19)

[...] conjunto de intervenções, decisões e processos, com certo grau de intencionalidade e sistematização, que tratam de modificar atitudes, ideias, culturas, conteúdos, modelos e práticas pedagógicas. E, por sua vez, introduzir, em uma linha renovadora, novos projetos e programas, materiais curriculares, estratégias de ensino e aprendizagem, modelos didáticos e outra forma de organizar e gerir o currículo [...].

O que acrescenta Jorge (1993, p.33) quanto

[...] a inovação não dever ser vista como algo que se tem que aceitar, mas que requer uma análise e compreensão e que pode ajudar o professor a resolver a ambivalência que sente entre continuar ensinando o que vem ensinando ou acompanhar as mudanças de uma sociedade que vem se desenvolvendo e transformando rapidamente [...] No entanto, ainda que a necessidade de mudanças e transformações seja sentida pelos professores, todos os que trabalham em educação sabem o quanto são difíceis e que sempre decorrem um grande lapso de tempo entre as modificações produzidas na sociedade e as inovações introduzidas [...].

De forma que as mudanças advindas da potencialização do currículo integrado, advindas pela implantação da inovação clínica ampliada possam ser estudadas e alcançadas para compreendermos melhor a contribuição dada por ela, potencializando a inovação à proposta de um currículo integrado.

Destaco que publicações foram feitas sobre a experiência desta implantação das diretrizes curriculares nacionais no curso de Odontologia em Maringá (Universidade Estadual de Maringá) em 2004, e sobre a experiência da implantação da clínica ampliada em 2011, com essa intenção este estudo toma como objeto este currículo do curso de graduação em Odontologia da UEM. A partir do problema de pesquisa frente a fragilidade quanto a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Apresento como tese que a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo integrado na formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Portanto, o diferencial desta tese se dá pelo estudo de um currículo do curso de odontologia a partir das repercussões da clínica ampliada em um currículo integrado.

Os objetivos específicos de pesquisa são: identificar os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista nesta instituição de ensino; caracterizar as contribuições advindas da clínica ampliada para potencializar o currículo nesta instituição de ensino; e distinguir o currículo proposto em seu processo de desenvolvimento advindo da clínica ampliada presente nesta instituição de ensino para reorientar a formação do cirurgião-dentista.

Tendo como referência esses objetivos, busquei compreender como a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, para a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática.

### 3. CURSO DE ODONTOLOGIA DA UEM: SUA HISTÓRIA

O curso de odontologia da UEM está sediado em Maringá, um município do Estado do Paraná, com população de 436.472 pessoas, distante aproximadamente 426 km da capital Curitiba, segundo estimativa do IBGE para 2021 (BRASIL, 2021).

O curso foi constituído historicamente por uma demanda social de Maringá e cidades vizinhas, em que pese uma proposição inicial feita culminando em um currículo tradicional, com segmentação de disciplinas básicas, pré-clínicas e clínicas, firmado em agosto de 1988. Este cunho histórico é forte nesta construção curricular pela rápida transição feita desde sua implantação (agosto/1988) e o pedido pela primeira coordenadora do curso<sup>15</sup> para que se formasse uma comissão técnica<sup>16</sup> (março/1989) com possibilidades para discutirem quanto a infraestrutura e “estruturação do currículo” (CONRADO *et al.*, 2004).

Uma importante parte em relação a infraestrutura se fez e dedicarei aqui a direcionar a narração quanto ao currículo, amplamente discutido por esta comissão com formulação junto a uma equipe que se debruçou a modificar este currículo tradicional inicial, posicionando quanto a se mudar este currículo tradicional, para que não fosse apenas o acréscimo de mais um curso dentre outros já implantados, que não contribuiria com as necessidades da população, e para tanto afirmaram que “necessita ser substituído por outro, cujo marco conceitual leve em conta a situação epidemiológica, o contexto sócio-econômico-político-cultural e as realidades dos serviços e do exercício profissional” (CONRADO *et al.*, 2004, p.12).

O curso pioneiramente antecede às mudanças do contexto atual, propostas anteriormente por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (2002) e na atual homologação das DCNO (2021). A mudança do currículo do curso de odontologia da UEM proposto em 1988 para as mudanças vigentes alterando o perfil do cirurgião-dentista a ser formado. No ano de 1992 então passaram pela primeira reformulação curricular inovando com a proposta de

---

<sup>15</sup> Prof.<sup>a</sup> Elaine Rosely Lepri, primeira coordenadora do Curso de Odontologia (CONRADO *et al.*, 2004, p.11).

<sup>16</sup> “Presidida pela coordenadora do curso de odontologia da época: um representante da Prefeitura Municipal, dois docentes da Universidade Estadual de Londrina, um representante da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar Social de Maringá, um representante da Prefeitura do Câmpus/UEM e um representante acadêmico do curso. São também convidados a participar um representante do Conselho Regional de Odontologia-PR, seccional de Maringá, e um representante da Associação Maringaense de Odontologia – AMO, tendo sido designados Assessores os Profs. Guilherme Simões Gomes, Carlos Alberto Conrado e Carlos Roberto Colombo Robazza” (CONRADO *et al.*, 2004, p.11).

currículo integrado (TERADA; NAKAMA, 2004) que, segundo Fujimaki (2019) antecedeu o que seria proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2002.

Maciel e Conrado (2004, p.69) afirmaram que “estava diante do processo de construção de um novo modelo pedagógico, que visava à formação de profissionais com um perfil diferenciado em relação ao dos então egressos da vasta maioria dos demais cursos de Odontologia existentes no Brasil”. As mudanças seriam na forma e no conteúdo a serem desenvolvidos, como dito de um “*novo modelo pedagógico*”, cuja finalidade era mudar a formação de cirurgiões-dentistas que atendessem às necessidades sociais da população.

A proposição contemplou vislumbrar a odontologia em diferentes aspectos, como: executor de procedimentos clínicos intervencionistas conforme identidade do cirurgião-dentista, mais premente quanto a um profissional de saúde que, para além desta representação, abarcasse em torno de sua formação aspectos organizacionais por integração multidisciplinar, por meio de estágios supervisionados em que se dedicasse ao aprendizado clínico voltado para o diagnóstico (técnicas e fundamentos) das enfermidades bucais, com destaque para a cariologia, periodontopatias, oclusopatias, se pautando pelas ciências básicas (gerais e aplicadas), a saúde coletiva e a compreensão sobre a formação universitária e profissional aliada a formação humanística e cultural (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009).

Estes aspectos foram postos e se referem a treze conjuntos instrucionais<sup>17</sup> definidos para nortear a estruturação do currículo. De acordo com Terada, Silva e Hidalgo (2009, p.24) “Os conjuntos instrucionais (CI) são divididos em Módulos (MD). Os módulos, por sua vez, são divididos em Unidades de Ensino (UE) que correspondem, por analogia, aos pontos em um programa de ensino tradicional”. Houve uma definição que partiu destes conjuntos instrucionais para formular este currículo, relacionando-os com módulos que fariam a composição das disciplinas, no sentido de serem fio condutor do que seria abordado em cada uma delas. Ainda dentro das disciplinas compostas por estes módulos estão presentes Células Integradoras de Ensino (CIE), uma vez que este currículo é pautado em “integração dos temas, com a necessidade de fracionamento em

---

<sup>17</sup> Conjuntos instrucionais: 1. Introdutório, 2. Ciências Básicas: Gerais e Aplicada, 3. Saúde Coletiva, 4. Organizacional, 5. Cariologia, 6. Periodontopatias, 7. Oclusopatias, 8. Enfermidades bucais, 9. Diagnóstico: Técnicas e Fundamentos, 10. Aprendizado clínico, 11. Integração multidisciplinar, 12. Estágio supervisionado, 13. Formação humanística e cultural (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009, p.23-24).

disciplinas, as frações foram reagrupadas em Células Integradoras de Ensino (CIE)” (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009, p.24).

Essa mudança de modelo pedagógico foi posta como inovação desde sua origem, pois houve a “criação do currículo multidisciplinar integrado do Curso de Odontologia da UEM” de acordo com Conrado, Gomes e Robazza (2004, p.23). Ainda Carvalho (2004, p.6) pontuou que “[...] colocou-se na vanguarda, pois no seu currículo integrado há clara articulação entre as disciplinas, possibilitando uma integração de conteúdos em módulos interdisciplinares e de complexidade crescente. E as atividades clínicas extramuros estão presentes desde o início”. O que pode ser reiterado pela definição de inovação proposta por Carbonell (2002).

O curso de odontologia da UEM desde, então, torna-se um curso que se destaca quanto à proposta de integrar conteúdos e desenvolver um arranjo curricular que se organiza; e “quanto à forma, as diferentes áreas de conhecimento foram organizadas em uma sistemática que parte do geral para o específico” (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009, p.23). Ainda como características descritas como parte integrante da filosofia deste currículo, apresentam-se os movimentos “do simples para o complexo; da criança para o adulto; do individual para o coletivo; do normal para o patológico; do preventivo para o terapêutico e acompanhando a evolução natural da doença e os postulados clássicos de prevenção específica, limitação do dano e reabilitação” (CONRADO; GOMES; ROBAZZA, 2004, p. 39).

Outro ponto importante de se destacar é sobre os níveis de aprendizado que de acordo com Conrado, Gomes e Robazza (2004, p.39) se apresentam em:

1º: nível de informação (ex: em Anatomia, o músculo X); 2º: nível de conhecimento (ex: sialografia: pode-se não executar, mas sabe-se como, quando e porque recomendar); 3º: execução consciente (ex: biópsia: pode não fazer parte da rotina diária, mas sabe-se executar); 4º: execução de rotina (ex: métodos de prevenção da cárie dental e pulpotomias em dentes decíduos e permanentes: sabe-se executar todos os passos e as teorias) e 5º: aprofundamento (ex: ao invés de utilizar-se o método X ou a técnica X, pode-se utilizar o método Y ou a técnica Y – adaptação as novas técnicas, necessitando-se de um treinamento prévio adequado).

Torna-se possível notar que a formulação da proposta neste curso de odontologia acompanha as discussões de mudanças na formação que vinham sendo feitas desde a década de 1960 até os dias atuais passando por aprimorar a formação do cirurgião-dentista. A preocupação com esta formação vem sendo discutida no meio acadêmico, em diferentes espaços, seja pela Abeno acompanhando todos os processos desde sua primeira reunião anual até a quinquagésima sexta, passando por todas estas temáticas que

envolvem em alguma medida questões curriculares; uma vez que o currículo se diferencia em um processo de desenvolvimento que engloba todos os meandros do ensino, desde o conteúdo que será ministrado, passando pela forma como foi discutido, e mesmo o resultado final da aprendizagem e o processo avaliativo advindo de todo processo para que haja uma retroalimentação e mudanças sejam geradas, em um processo de sínteses e sínteses.

O próprio texto do PPC registrado em 1989 trouxe informação do relatório final, apresentando o resultado do Seminário sobre a Implantação do Ensino Integrado de Saúde Coletiva, feito na instituição entre 27 e 30 de setembro de 1989, no qual:

Sugere-se e recomenda-se que a Universidade assumira a política de integração e formação de recursos humanos apropriados no campo da saúde. A integração, como uma sistemática organizacional do processo didático-pedagógico, visa otimizar as ações de ensino/aprendizagem, permite ordenar sequencialmente o conteúdo programático sem duplicá-lo, treinar ações conjuntas de profissionais de diferentes formações na busca de proporcionar uma atenção de saúde completa, entendendo o indivíduo como um todo e dentro de seu contexto social. O objetivo primordial é o de formar profissionais promotores da saúde (UEM, PPC, 1989, p.10).

Portanto o currículo tradicional (1988) se (trans)formou em currículo integrado por idealizadores<sup>18</sup>. Desde então transformações e “dinamismos” vem ocorrendo na configuração e (re)configuração do curso de odontologia de Maringá (Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – DOD/UEM) acompanhados por todos os atores que participam do processo, como os acadêmicos (objetivo fim da formação do cirurgião-dentista), agentes administrativos (participantes ativos desde a constituição do curso), professores (participantes ativos com formações em cursos de odontologia cujos currículos são tradicionais), pacientes (comunidade Maringaense e cidades circunvizinhas) e gestores do curso (chefia e vice chafia de departamento e coordenadores de clínica).

No contexto das reformulações curriculares de outros cursos de odontologia que buscaram a integração curricular, Carvalho (2004, p.6) afirma que “[...] surge a inovação do curso de odontologia da Universidade Estadual de Maringá, implementando em 1992 a proposta curricular multidisciplinar integrada [...]”. Neste contexto curricular compreendido pela instituição como inovador desde então, foram sendo desenvolvidas ações para cumprir o perfil do egresso, posto que o

Profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, para atuarem com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde, visando

---

<sup>18</sup> Três professores que foram consultores e mobilizaram a transformação em currículo integrado.

a integralidade da atenção, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada no entendimento de que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde. O exercício profissional deve ser pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atenção para a transformação da realidade em benefício da sociedade (UEM, 2009, p.17).

Esse perfil do egresso proposto pelo curso de odontologia da UEM coaduna com o perfil do egresso proposto pelas DCN (2002) (BRASIL, 2002), tendo continuidade e aprimoramento pelas DCN (2021) (BRASIL, 2021), e abarca em seu bojo a concepção da integralidade da atenção à saúde que vem reiteradamente se fazendo presente até o momento. Para o alcance desta integralidade da atenção à saúde na formação do cirurgião-dentista houve a transição do currículo tradicional para currículo integrado culminando em arranjos curriculares por módulos, desencadeando projetos e ações extensionistas que perduram e se fazem presentes na graduação e pós-graduação articuladas entre si.

Como ações, foram realizados projetos de ensino e extensão, campos de estágio, experiências do grupo PET/Odonto/UEM, grupos transdisciplinares, grupos de trabalho com 3ª, 4ª e 5ª séries sobre clínica integrada e oficinas sobre educação permanente em saúde (HAYACIBARA; TERADA; TAKESHITA, 2010). Muitas foram as ações desenvolvidas que constituíram a formação do cirurgião-dentista no curso da UEM, a partir do movimento que circundou o currículo e seus atores participantes ao seu redor, a cada proposta efetivada, a cada mobilização para que se cumprisse o perfil do egresso conforme preconizado pelos seus idealizadores.

Diante destas mobilizações formativas com carga horária do curso destinada para as atividades extramuros, sempre de forma preponderante, para que os acadêmicos tivessem a experiência do exercício profissional fora dos muros da universidade, se constituindo enquanto cirurgiões-dentistas que compreendem a realidade social, na qual atuarão futuramente, houve a criação da “Clínica do PSF” em 2007. Hayacibara, Terada e Takeshita (2010, p.14) sinalizaram que o “[...] resultado das necessidades levantadas com as atividades de territorialização junto à área de abrangência da equipe da ESF, da unidade básica de saúde (UBS) Mandacaru, um local de alto risco social localizado no bairro adjacente à Clínica Odontológica da UEM”, deflagrou um movimento de pensar uma clínica que buscasse a resolutividade das demandas apresentadas por esta comunidade.

A “Clínica do PSF” foi o embrião para que houvesse posteriormente a implantação da clínica ampliada. A ideia inicial deste embrião era cumprir desde a promoção,

proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente que compunha os arranjos familiares visitados pelos acadêmicos de odontologia em suas atividades curriculares.

Entre 2007 e 2009 houve uma aproximação da concepção da Clínica Ampliada (CA), diante do que estava posto na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a) e Hayacibara, Terada, Takeshita (2010, p.15) afirmaram que “A Clínica Ampliada tem dado subsídios para uma nova visão e abordagem para o cuidado integral do usuário da Clínica Odontológica da UEM e assim, melhorar a formação do acadêmico e o cuidado prestado à comunidade”. Assim, foi o início da clínica ampliada posteriormente implantada, a partir do retorno às demandas sociais advindas da clínica do PSF.

A inserção da CA constitui-se a partir de uma construção coletiva entre os diferentes atores participantes desta implantação/implementação, como discentes, docentes de diferentes áreas do conhecimento, agentes administrativos, no sentido de contribuir para o cuidado integral dos pacientes advindos da própria comunidade Maringaense, que recebia os acadêmicos de odontologia para visitas domiciliares em atividades da saúde coletiva. A universidade (UEM) e município em parceria têm como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde (referência e contrareferência) e uma das Regionais de Saúde de Maringá (HAYACIBARA *et al.*, 2012).

Diante da parceria firmada com o município, pela rede SUS, percebeu-se o impacto neste “território vivo” (MENDES, 1999), o que influenciou no percurso histórico de constituição da clínica do PSF e posterior CA, com influência dos futuros cirurgiões-dentistas durante seus processos formativos na graduação, ao vivenciarem o contato com a realidade da população e suas necessidades.

A partir da efetivação da CA, o processo de desenvolvimento do currículo foi ainda mais mobilizado e potencializado, portanto Hayacibara *et al.* (2012, p.180) afirmaram que “[...] mudanças são imprescindíveis para a evolução da parte prática do currículo integrado do curso, servindo também de referência para que outros cursos possam avaliar, discutir e, quiçá, implementar ou reformular seu projeto pedagógico”, o que nos leva aos apontamentos desta tese. Demais informações sobre o currículo estão apresentadas no capítulo seis.

#### 4. MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

O mapeamento da produção do conhecimento sobre a temática elegida foi realizada a partir de levantamento bibliográfico na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)<sup>19</sup>, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Também foi considerada a produção em dois periódicos especializados que se destacam nacionalmente quanto a temática deste estudo, a saber: Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno) e Revista Brasileira de Educação (RBE) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPEd). Cabe destacar que, nesta etapa do trabalho, não fiz uma delimitação temporal *a priori*, buscando identificar o maior número de produção acadêmica sobre a temática em questão. Para tanto foram utilizados os termos na BDTD (Clínica ampliada/Odontologia; Odontologia/Currículo; Odontologia/Currículo/Inovação; Clínica ampliada/Odontologia/Currículo); na BVS (Clínica ampliada/Odontologia; Odontologia/Inovação Curricular; Clínica ampliada/Odontologia/Currículo); na PubMed (Person-centered care/Innovation curriculum); tanto na Revista Abeno quanto na Revista ANPEd (Clínica ampliada; odontologia; currículo; inovação).

Nesta etapa do trabalho de mapeamento da produção do conhecimento encontrei 297 trabalhos que classifiquei do seguinte modo a consulta: base de dados da BDTD, a base de dados na BVS, na base de dados PubMed e as publicações encontradas nos dois periódicos vinculados diretamente a área da odontologia e a área da educação quanto aos critérios de busca estabelecidos.

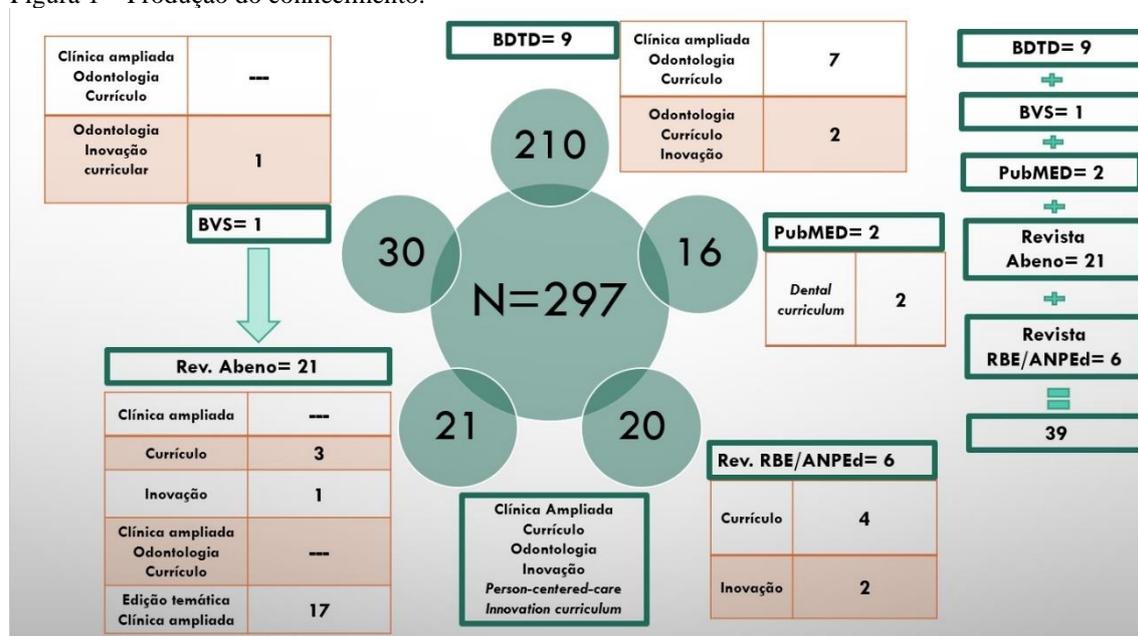
Da busca realizada e exposta no figura 1 refinou-se para compreensão do objeto de pesquisa da tese referente ao **Banco Nacional de Teses e Dissertações** a “Odontologia/Currículo/Inovação” e a “Clínica Ampliada / Odontologia / Currículo” perfazendo doze ao todo, no entanto excluindo os duplicados permaneceram **nove trabalhos**; referente a **Biblioteca Virtual em Saúde** os artigos referentes a “Odontologia / Inovação Curricular” e a “Clínica Ampliada / Odontologia / Currículo” perfazendo seis ao todo, no entanto mantendo na BVS apenas **uma publicação** e os outros cinco eram

---

<sup>19</sup> O Ibtct desenvolveu e coordena a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa do Brasil, e também estimula o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico. A BDTD, em parceria com as instituições brasileiras de ensino e pesquisa, possibilita que a comunidade brasileira de C&T publique e difunda suas teses e dissertações produzidas no País e no exterior, dando maior visibilidade à produção científica nacional.

coincidentes com artigos da revista Abeno (edição temática) e foram alocados assim; referente a **PubMED** quanto a *Person-centered care* / “*Innovation curriculum*” foram analisados dezesseis e identificadas **duas publicações** que se relacionam o objeto de estudo; e em relação a RBE/**Anped** houve dezessete publicações direcionadas a currículo e três publicações relacionadas a inovação, ao total para análise sendo identificadas **seis publicações**; na **Abeno** selecionou-se os referentes a clínica ampliada, ao currículo e a inovação curricular perfazendo **vinte e uma publicações** ao todo. Totalizando, assim, o Banco Nacional de Teses e Dissertações, a Biblioteca Virtual em Saúde, a PubMed, as Revistas da Abeno e Anped foram analisadas **trinta e nove publicações**.

Figura 1 – Produção do conhecimento.



Fonte: Banco Nacional de Teses e Dissertações; Biblioteca Virtual em Saúde; PubMed. (Critérios de busca (Entre aspas, uso *and*, todos os termos). Revista da Abeno e Revista da Anped (Critérios de busca: título). Elaboração da autora (2019).

A exposição do que foi estudado e analisado em cada uma das **trinta e nove publicações** das cinco fontes utilizadas seguirá a disposição apresentada a seguir (Quadro 1).

**Quadro 1 – Mapeamento da produção do conhecimento.**

Nº	Fontes	Formato da pesquisa	Autor(a)	Título	Ano da publicação/Referência	Vínculo institucional	Descritores
1	Biblioteca digital de teses e dissertações	Tese	ZILBOVICIUS	Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas	2007	USP	Odontologia/Currículo/Inovação
2	Biblioteca digital de teses e dissertações	Tese	FERREIRA-NÓBILO	Ensino de Cariologia no Brasil (Tradução minha) <sup>20</sup>	2014	UNICAMP	Clínica Ampliada/Odontologia/Currículo
3	Biblioteca digital de teses e dissertações	Tese	FONSECA	Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia \in vitro\	2016	USP	Clínica Ampliada/Odontologia/ Currículo
4	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	CORDIOLI	O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional	2006	UNIFESP	Clínica Ampliada/Odontologia/Currículo
5	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	MATTOS	As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe	2006	UERJ	Clínica Ampliada/Odontologia/Currículo
6	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	SANCHEZ	Atenção primária na saúde e o ensino de graduação em odontologia	2009	UFMG	Clínica Ampliada/Odontologia/Currículo
7	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	ASSUNÇÃO	Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da Área de saúde	2013	UNB	Clínica Ampliada/Odontologia/Currículo

<sup>20</sup> *Teaching cariology in Brazil.*

8	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	ROCHA	Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde	2014	UFRGS	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo
9	Biblioteca digital de teses e dissertações	Dissertação	GRAFF	Produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na atenção primária à saúde	2017	UFRGS	Odontologia/Currículo/ Inovação  Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo
10	Biblioteca Virtual em Saúde	Artigo	TOASSI <i>et al.</i>	Seminário de Integração como Dispositivo Pedagógico de Inovação Curricular no Ensino da Saúde: a Percepção do Estudante sobre o Paciente	Rev. bras. educ. med., v. 40, n. 3, p. 487-496, 2016.	-	Odontologia/Inovação Curricular
11	PubMed	Artigo	SABATO <i>et al.</i>	Integrando Determinantes Sociais da Saúde no Currículo Odontológico: Uma Abordagem Interprofissional (Tradução minha) <sup>21</sup>	J Dent Educ., v. 82, n. 3, p. 237-245, 2018.	-	Cuidado Centrado na Pessoal (Tradução minha) <sup>22</sup> Inovação Curricular (Tradução minha) <sup>23</sup>
12	PubMed	Artigo	TIWARI e PALATTA	Uma estrutura adaptada para incorporar os determinantes sociais da saúde nos currículos odontológicos (Tradução minha) <sup>24</sup>	J Dent Educ., v. 83, n. 2, p. 127-136, 2019.	-	Cuidado Centrado na Pessoal (Tradução minha) <sup>19</sup> Inovação Curricular (Tradução minha) <sup>20</sup>
13	Revista da Abeno	Artigo	DITTERICH, PORTERO e SCHMIDT	A preocupação social nos currículos de odontologia	Revista da ABENO, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2007.	-	Currículo

<sup>21</sup> *Integrating Social Determinants of Health into Dental Curricula: An Interprofessional Approach.*

<sup>22</sup> *Person-centered care.*

<sup>23</sup> *Innovation Curriculum.*

<sup>24</sup> *An Adapted Framework for Incorporating the Social Determinants of Health into Predoctoral Dental Curricula.*

14	Revista da Abeno	Artigo	RÖSING <i>et al.</i>	Avaliação de 4 currículos de Odontologia baseada em expectativas e satisfação de alunos – relato de experiências norueguesa e brasileira	Revista da ABENO, v. 9, n. 2, p. 88-94, 2009.	-	Currículo
15	Revista da Abeno	Artigo	SILVA <i>et al.</i>	Perfil de cirurgiões-dentistas formados por um currículo integrado em uma instituição de ensino pública brasileira	Revista da ABENO, v. 12, n. 2, p. 147-154, 2012.	-	Currículo
16	Revista da Abeno	Artigo	QUEIROZ <i>et al.</i>	Aprendizagem por projeto e inovação tecnológica: união por competências	Revista da ABENO, v. 16, n. 2, p. 2-6, 2016.	-	Inovação
17	Revista da Abeno	Artigo	BOTAZZO	O conhecimento pelas mãos	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
18	Revista da Abeno	Artigo	WARMLING	Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 20-35, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
19	Revista da Abeno	Rev. Abeno	BELLA <i>et al.</i>	Experiência de formação de professores para a Clínica Ampliada em saúde bucal, uma agenda necessária <sup>25</sup> ( <i>Tradução minha</i> )	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 36-45, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo  Clínica Ampliada  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
20	Revista da Abeno	Artigo	FRAZÃO, MOURA NETO e SILVA	Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno

<sup>25</sup> *Experiencia de formación docente para la Clínica Ampliada em salud bucal, uma agenda necesaria.*

21	Revista da Abeno	Rev. Abeno	GRAFF e TOASSI,	Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017.	-	Clínica Ampliada Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
22	Revista da Abeno	Artigo	BASTOS <i>et al.</i>	Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo  Clínica Ampliada  Currículo  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
23	Revista da Abeno	Artigo	SILVA, PERES e CARCERERI	A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em odontologia	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
24	Revista da Abeno	Artigo	CARNIEL <i>et al.</i>	A Clínica Ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 99-107, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo  Clínica Ampliada  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
25	Revista da Abeno	Artigo	CARRER <i>et al.</i>	O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 108-120, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo  Clínica Ampliada

							Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
26	Revista da Abeno	Artigo	ROCHA <i>et al.</i>	Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma gestão colegiada	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 121-132, 2017.	-	Clínica Ampliada  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
27	Revista da Abeno	Artigo	OKUYAMA e AGUILAR-DA- SILVA	Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 133-143, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
28	Revista da Abeno	Artigo	WEBER <i>et al.</i>	Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 144-152, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
29	Revista da Abeno	Artigo	SILVA JÚNIOR <i>et al.</i>	Ensino em serviço na perspectiva da Clínica Ampliada: relato de experiência	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 153-159, 2017.	-	Clínica Ampliada/ Odontologia/Currículo  Clínica Ampliada  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
30	Revista da Abeno	Artigo	FONSÊCA <i>et al.</i>	Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista	Revista da ABENO, v. 17 n. 4 p. 160-170, 2017.	-	Clínica Ampliada  Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
31	Revista da Abeno	Artigo	MESTRINER <i>et al.</i>	Percepções de estudantes de Odontologia sobre a experiência em um estágio não obrigatório no SUS	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 171- 182, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno

32	Revista da Abeno	Artigo	LEME <i>et al.</i>	A valoração do Estágio Supervisionado na Unidade de Saúde da Família pelos alunos de Odontologia: quais fatores influenciam sua percepção?	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 183-192, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
33	Revista da Abeno	Artigo	FRANCO <i>et al.</i>	Estação sensorial temática: recurso pedagógico para formação do cirurgião-dentista na produção do cuidado em saúde	Revista da ABENO, v. 17, n. 4, p. 193-202, 2017.	-	Edição Temática Clínica Ampliada – Revista Abeno
34	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd)	Artigo	CORAZZA, S. M.	Currículos alternativos/oficiais: o(s) risco(s) do hibridismo	Rev. Bras. Educ., n. 17, 2001.	-	Currículo
35	ANPEd	Artigo	GOODSON	Currículo, narrativa e o futuro social	Rev. Bras. Educ., v. 12, n. 35, maio/ago., 2007.	-	Currículo
36	ANPEd	Artigo	YOUNG	O futuro da educação em uma sociedade do conhecimento: o argumento radical em defesa de um currículo centrado em disciplinas	Rev. Bras. Educ., v. 16, n. 48, 2011.	-	Currículo
37	ANPEd	Artigo	SILVA	Currículo e representações sociais de homem e natureza: implicações à prática pedagógica	Rev. Bras. Educ., v. 18, n. 55, 2013.	-	Currículo
38	ANPEd	Artigo	KUENZER, ABREU e GOMES	A articulação entre conhecimento tácito e inovação tecnológica: a função mediadora da educação	Rev. Bras. Educ., v. 12, n. 36, 2007.	-	Inovação
39	ANPEd	Artigo	MARCELO	Tecnologias para a inovação e a prática docente	Rev. Bras. Educ., v. 18, n. 52, 2013.	-	Inovação

Fonte: Banco Nacional de Teses e Dissertações; Biblioteca Virtual em Saúde; PubMed; Revista Abeno; Revista Brasileira de Educação (ANPEd). Organizado pela autora (2021).

#### 4.1. Biblioteca Digital de Teses e dissertações

As teses e dissertações foram consultadas na busca avançada com todos os campos (título, autor, assunto, resumo português, resumo inglês, editor, ano de defesa) para abarcar o maior número de publicações em que pese a posterior exclusão caso os descritores específicos de cada tese ou dissertação não se afinasse com a proposta deste estudo. Partindo da definição apenas dos descritores “Odontologia/Currículo/Inovação” e a “Clínica Ampliada/Odontologia/ Currículo” foram encontradas doze publicações. Em relação aos primeiros descritores foram excluídas duas publicações que não se relacionavam diretamente com o currículo em odontologia e outra que estava duplicada, perfazendo ao total nove publicações.

Diante do refinamento para o objeto da tese, seis publicações são referentes a dissertações de mestrado e três teses de doutorado. Iniciarei pelas três teses de doutorado que têm por título: (1<sup>a</sup>) “Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas”; (2<sup>a</sup>) “Ensino de cariologia no Brasil; (3<sup>a</sup>) Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia *\in vitro*”.

A primeira tese retrata o contexto de implantação das diretrizes curriculares que se trata de um documento fundamental na elaboração de currículo. A pesquisa da tese consistiu em análise de dados gerados pelas oficinas produzidas pela Abeno, em que se avaliou os três eixos (orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática) relacionando ao grau de inovação. Houve destaque para repercussão das oficinas da Abeno no contexto de implementação das DCNO e a importância de espaços de debate permanente para sua implementação e avaliação, assim como foi pontuado quanto a importância do Pró-Saúde e PET-Saúde na mudança da formação dos profissionais de saúde. A grande tônica e sinalização da pesquisa foi para que os PPC contemplassem três eixos fundamentais, como: a criação de espaços de reflexão para formação docente, a ampliação dos cenários de prática em que se exercite a prática da integralidade da atenção à saúde e a formação odontológica voltada para a saúde não para a doença (ZIBOVICIUS, 2007).

Na segunda tese a abordagem foi sobre o ensino de cariologia no Brasil, nos cursos públicos de graduação em odontologia. A pesquisa foi uma análise documental sobre a inserção do conteúdo cariologia nas disciplinas dos currículos destas instituições, tendo sido evidenciado que dos 93,6% dos cursos que retornaram o contato feito, contemplam sobre este conteúdo nas disciplinas, dando a maioria enfoque a este conteúdo no ciclo

clínico em relação aos ciclos básico e saúde pública, o que foi sinalizado como possibilidade de contribuir quanto as diferenças regionais do enfrentamento da doença em relação a formação ofertada (FERREIRA-NÓBILO, 2014).

Na terceira tese, de forma a desvendar a prática odontológica por meio da formação pela experiência, o objetivo foi compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania por diferentes olhares de alunos, professores e gestores de serviços de saúde do município de São Paulo. A pesquisa foi realizada em duas fases, sendo que na primeira houve uma construção de um modelo de estágio curricular supervisionado (ECS) no espaço da atenção primária em saúde vivenciando a clínica ampliada no interior de um projeto inovação. Na segunda foram investigadas as percepções destes atores participantes quanto a experiência vivenciada. O modelo lógico-ideal de ECS foi desenvolvido junto aos acadêmicos do curso de graduação em odontologia que tiveram oportunidade de vivenciar o ECS a partir de uma compreensão referente à realidade do território, passando pelo planejamento, referência e contra-referência, ações coletivas em saúde com participação da comunidade. Permeado pela educação permanente, interdisciplinaridade e conhecimento da atenção primária, a inserção destes acadêmicos no SUS foi importante para entender que a assistência em saúde apresenta demanda diferentes, vivenciando níveis de atenção em saúde (primária, secundária, terciária) e a clínica ampliada de odontoestomatologia, tendo sido apresentada uma sequência para o atendimento a integralidade, desde o acolhimento da queixa, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares, plano terapêutico pactuado/matriciado, com procedimentos clínicos, conhecimento do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e da odontologia hospitalar. Com a pesquisa notou-se que muitos acadêmicos, ao passarem pelo ECS, voltaram à perspectiva do odontocentrismo para a clínica ampliada e produção do cuidado. O processo de ensino-aprendizagem apresentado foi centrado nas metodologias ativas (FONSECA, 2016).

Quanto as seis dissertações têm por título: (1ª) “O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional”; (2ª) “As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe”; (3ª) “Atenção primária na saúde e o ensino de graduação em odontologia”; (4ª) “Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da Área de saúde”; (5ª) “Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde”; (6ª) “Produção

do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na atenção primária à saúde”.

A primeira dissertação teve por finalidade investigar o processo de formação em Odontologia, ao estudar os egressos formados com até cinco anos que estivessem em busca por pós-graduação *lato sensu*, para exercer uma prática generalista da profissão. Dentre os achados estão as falhas sempre identificadas como falta de articulação teoria e prática, pouca integração com outras áreas da saúde, falta de gerenciamento e relacionamento interpessoal com pacientes e colegas de profissão; o que foi sinalizado por esta pesquisa para mudar estas falhas remeteu a ampliação dos cenários de aprendizagem, flexibilização curricular com integração conteúdos/disciplinas e práticas interdisciplinares, estudo independente do aluno, iniciação científica e investimento no corpo docente (CORDIOLI, 2006).

Na segunda dissertação foi investigada a proposta das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia, tendo como eixo a integralidade e o trabalho em equipe. Os achados sinalizaram ainda uma prática muito pautada no conhecimento clínico-cirúrgico destinado ao indivíduo; ainda observou que há uma articulação entre integralidade em saúde, perfil generalista e trabalho em equipe contrapondo a uma visão apenas de integração das especialidades nas clínicas integradas. A pesquisadora, ao longo da dissertação, também apresenta a falta de questionamento que há sobre a importância do conhecimento que deve estar presente para uma boa prática odontológica, e faz referência ao conhecimento biomédico e competência técnica que precisam estar presentes. No entanto se posiciona quanto a prática odontológica não poder se restringir a cavidade bucal, o que direciona para uma ação multidisciplinar e demanda integração em um trabalho em equipe (MATTOS, 2006).

A terceira dissertação esteve voltada para a compreensão dos alunos da Universidade Federal de Minas Gerais quanto à atenção primária relacionada à prática profissional. A pesquisa se dividiu em duas etapas, com a primeira etapa sendo quantitativa sinalizando pouca menção quanto ao uso de tecnologias leves em detrimento a dura e leve-dura; mencionaram sobre ética e solidariedade enquanto valores sem possibilidade de serem conteúdos curriculares. A segunda etapa foi qualitativa e evidenciou a visão da atenção primária pelos acadêmicos como *locus* de procedimentos clínicos simples, de baixa resolutividade, sem mencionarem a complexidade epidemiológica desse nível. O que foi sugerido pela pesquisa para a mudança foi o papel do docente e os cenários de aprendizagem que colocasse o estudante inserido na atenção

primária, no entanto foi relatado também que os graduandos se sensibilizam no sentido da integralidade, só que não mudaram suas práticas de trabalho (SANCHEZ, 2009).

Na quarta dissertação a pesquisa esteve direcionada para avaliar as contribuições de um programa de intervenção gestaltpedagógico, com enfoque na Relação Dialógica, para o ensino do tema relação profissional de saúde-paciente em estudantes de diferentes cursos de graduação (Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia do campus Darcy Ribeiro da UnB). O estudo em um primeiro momento foi por meio de aplicação de questionário a partir da listagem de ementas e programas das disciplinas; em um segundo momento em uma oficina psicoeducativa, tendo como conteúdo a Relação Dialógica de Martin Buber. Diante da pesquisa realizada encontrou-se que o tema relação profissional de saúde-paciente está inserido nos currículos dos cursos de saúde do *campus* Darcy Ribeiro da UnB, em consonância com as diretrizes curriculares para os cursos de graduação que tiveram participação dos acadêmicos, apesar de ter sido suscitada a necessidade de maiores discussões sobre o tema relacionando com a prática; tendo o segundo momento da pesquisa, por meio da oficina contribuído para desenvolver esta formação humanizada. Atribuiu-se esta formação a um treinamento de habilidades interpessoais que a longo prazo pode transformar a qualidade da assistência integral à saúde dos pacientes (ASSUNÇÃO, 2013).

A quinta dissertação teve por finalidade analisar como os processos educacionais vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal. Este objetivo de pesquisa se sustentou no referencial teórico de Schwartz que tem como fundamento a ergologia, o estudo do trabalho. Dentre os achados evidenciou-se a articulação entre o protocolo da secretaria municipal de saúde e o processo de trabalho em saúde bucal *in loco*; assim como a construção de significados a partir da prática profissional e dos processos de trabalho; e ainda quanto a importância da educação permanente para conduzir a produção do cuidado em saúde, relacionando o debate entre diferentes atores, como trabalhadores, alunos, serviços, instituições de ensino, secretaria municipal de saúde, cidadãos e controle social (ROCHA, 2014).

A sexta dissertação aborda a produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal estabelecendo relação direta com o objeto de estudo desta pesquisa na busca pela interface clínica ampliada e currículo. A pesquisa da dissertação buscou analisar a prática clínica no âmbito da atenção primária à saúde em relação a produção do cuidado.

Pontuou-se que os participantes da pesquisa pensam a saúde bucal pela perspectiva da integralidade e aprenderam em serviço, ao desenvolverem suas práticas clínicas, em que pese haver sinalização para que as tecnologias leves sejam incorporadas como conteúdos curriculares (GRAFF, 2017).

#### **4.2. Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde**

A base de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS)<sup>26</sup> foi consultada na busca avançada com todos os campos (título, autor, assunto, resumo português, resumo inglês, editor, ano de defesa) para abarcar o maior número de publicações em que pese a posterior exclusão caso os descritores específicos de cada publicação não se afinassem com a proposta deste estudo. Partindo da definição apenas dos descritores “Odontologia / Inovação Curricular” e a “Clínica Ampliada / Odontologia / Currículo” foram encontradas cinco publicações.

Os termos “Odontologia” e “Inovação curricular” sinalizou como produção o artigo científico “Seminário de Integração como Dispositivo Pedagógico de Inovação Curricular no Ensino da Saúde: a Percepção do Estudante sobre o Paciente” (TOASSI *et al.*, 2016) que se trata de uma pesquisa feita quanto a percepção de um grupo de estudantes sobre o paciente, a partir de relatos de casos clínicos feitos em uma perspectiva por diferentes disciplinas, das diferentes áreas da odontologia. Esta prática pedagógica faz parte da reestruturação curricular, no que tange aspectos de inovação curricular, em uma aproximação entre as disciplinas e a não fragmentação do conhecimento.

Quanto aos termos “Clínica Ampliada”, “Odontologia”, “Currículo” em que se identificou cinco trabalhos, eles foram alocados na fonte Revista Abeno, por comporem a Edição Temática – Clínica ampliada que foi publicada no volume 17, número 4 da referida revista, e serão apresentados junto aos demais artigos da Revista Abeno.

#### **4.3 US National Library of Medicine National Institutes of Health - PubMed**

A busca no PubMed foi feita a partir dos descritores *Cuidado Centrado na Pessoa (Tradução minha)*<sup>27</sup>, *Inovação Curricular (Tradução minha)*<sup>28</sup>, levando em consideração a especificidade desta base de dados da busca por termos na língua inglesa,

---

<sup>26</sup> Disponível em: <<https://bvsalud.org/>>.

<sup>27</sup> *Person-centered care*.

<sup>28</sup> *Innovation Curriculum*.

em que o termo mais utilizado internacionalmente remete ao “Cuidado Centrado na Pessoa”, enquanto termo que se alinha e se aproxima da clínica ampliada.

Entre as dezesseis publicações, as direcionadas diretamente a saúde bucal referem-se a duas publicações que têm por título: (1<sup>a</sup>) “Integrando Determinantes Sociais da Saúde no Currículo Odontológico: Uma Abordagem Interprofissional (Tradução minha)<sup>29</sup>”; (2<sup>a</sup>) Uma estrutura adaptada para incorporar os determinantes sociais da saúde nos currículos odontológicos (Tradução minha)<sup>30</sup>. As duas publicações são do *Journal of Dental Education* e têm como intersecção os determinantes em saúde que vêm sendo inseridos e discutidos nos currículos dos cursos de graduação em odontologia.

A primeira publicação aborda sobre a importância de se contemplar nos currículos de odontologia os determinantes sociais em saúde, sinalizando que pode servir como modelo para inovação curricular. Apresentaram a concepção quanto a determinantes sociais em saúde e sua influência na saúde da população (SABATO *et al.*, 2018).

A segunda publicação trata-se de um artigo que está vinculado a um estudo da *American Dental Education Association (ADEA)* sobre inovação curricular, em relação aos determinantes sociais em saúde. Foi apresentada uma estrutura que parte de três domínios, como a educação, a organização e a comunidade. De forma que o domínio educação contemple: a universalização dos determinantes sociais em saúde no currículo, a diversidade na população, as desigualdades em saúde e a competência cultural/sensibilidade cultural. Quanto ao domínio organização compreende um ambiente de apoio organizacional com programas a serem implementados pela ADEA quanto a discussão sobre determinantes sociais em saúde e o desenvolvimento profissional continuado. E quanto ao domínio comunidade direciona para a relação entre a instituição de ensino odontológico e a comunidade, por meio das prioridades e envolvimento com a comunidade. Como recomendações para incorporação desta estrutura delineada para o aprendizado dos determinantes em saúde, o artigo sugere a inserção do componente aprendizado baseado na comunidade, além de uma abordagem diversificada apontando como possibilidades o currículo integrado, a educação interprofissional e a aprendizagem pela experiência. Ao final ainda apontam que determinantes sociais em saúde seja explicitamente inserido nos currículos (TIWARI; PALATTA, 2019).

---

<sup>29</sup> *Integrating Social Determinants of Health into Dental Curricula: An Interprofessional Approach.*

<sup>30</sup> *An Adapted Framework for Incorporating the Social Determinants of Health into Predoctoral Dental Curricula.*

Diante da exposição destas duas publicações cabe ressaltar a proposição de uma abordagem interprofissional feita a partir da inserção dos determinantes sociais em saúde nos currículos odontológicos enquanto influência na saúde da população. Em que se destaca sobre treinamento dos futuros profissionais de saúde para desenvolverem uma compreensão do impacto desses determinantes na saúde da população, assim como auxílio para os educadores ao incorporarem esses conceitos em seus próprios currículos.

#### **4.4 Revista da Associação Brasileira de ensino Odontológico - Abeno**

A busca na Revista Abeno foi feita no período que compreende desde a sua implantação em 2000 até os dias atuais (2017). Como termos para seleção dos artigos a serem analisados a partir do título definiu-se: Clínica Ampliada; currículo; inovação.

Em relação ao termo “currículo” especificamente foram encontrados três publicações referentes ao currículo que têm por título: (1ª) “A preocupação social nos currículos de odontologia”; (2ª) “Avaliação de 4 currículos de Odontologia baseada em expectativas e satisfação de alunos – relato de experiências norueguesa e brasileira”; (3ª) “Perfil de cirurgiões-dentistas formados por um currículo integrado em uma instituição de ensino pública brasileira”; (4ª) “Aprendizagem por projeto e inovação tecnológica: união por competências”.

Na primeira publicação referente a currículo os autores tinham por finalidade fazer uma reflexão sobre a importância da preocupação social nos currículos das universidades e faculdades de Odontologia na formação dos futuros cirurgiões-dentistas. Nesta reflexão pontuaram sobre a fragmentação dos conteúdos, cabendo ao graduando integrá-los. Esta fragmentação é pontuada quanto a forma que se propõe o currículo. Outra colocação muito pertinente feita é quanto a inserção da preocupação social ser contemplado em dois momentos, como a disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva e no Estágio Curricular Supervisionado, enquanto as demais disciplinas focam apenas no indivíduo e na boca, o que não contribui para formar cirurgiões-dentistas com uma visão integral da saúde. Pontuaram também que “é cada vez mais inadmissível desvincular saúde bucal de saúde geral” (DITTERICH; PORTERO; SCHMIDT, 2007, p.59), por isso apontaram como possibilidade de inserção da preocupação social nos currículos, com aproximação da realidade da população, o estágio extramuros, propiciando uma formação que contempla diferentes aspectos, dentre eles, o conhecimento epidemiológico, condições de vida da população, para desenvolver promoção de saúde e pensarem estratégias para resolução de problemas (DITTERICH; PORTERO; SCHMIDT, 2007).

A segunda publicação referente a currículo buscou avaliar quatro currículos de odontologia, sendo dois no Brasil e dois na Noruega. O contexto desta avaliação foi o momento de mudança curricular de uma abordagem tradicional em formato de disciplina para uma forma integrada, com mudança no método de ensino para o aprendizado baseado em problema. Os autores relataram que no Brasil havia uma tendência dos alunos em atuarem tanto na saúde pública quanto na privada, no entanto a expectativa salarial tornava pouco interessante. Foi relatado que nos quatro currículos os procedimentos considerados mais difíceis de realizar pós-formatura se referiam aos realizados pelos especialistas, como implantes dentários e ortodontia. Tendo sido relatado que em termos de satisfação, não houve diferença significativa entre os 4 currículos estudados, tendo sido observado pelos resultados que os estudantes estavam razoavelmente satisfeitos com suas formações teóricas e orientações clínicas. Contando com um fato curioso que não foram encontradas maiores diferenças entre os currículos novos e antigos na UiO, apesar das mudanças substanciais que ocorreram na instituição. Também pode ser constatada algumas diferenças culturais entre Noruega e Brasil e observou-se que os professores, os quais vivenciaram a alteração curricular apresentaram maior satisfação com a nova abordagem (ROSING *et al.*, 2009).

Quanto a terceira publicação que constava sobre currículo caracterizou o perfil dos egressos do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá e a contribuição do projeto pedagógico para atuação profissional. Foi aplicado um questionário para os egressos entre os anos de 2003 e 2010. Dos 208 egressos contactados, 148 responderam ao questionário. Nele continha questões referentes a dados pessoais, perfil socioeconômico e demográfico, campo de atuação, avaliação pessoal do projeto pedagógico, e contribuição do projeto pedagógico. Detectou-se que o curso tem formado profissionais predominantemente do sexo feminino, jovem e com atuação concentrada no Paraná. Destacarei os seguintes dados descritivos da pesquisa apresentados pelos autores: renda, educação permanente, vínculo profissional, realização profissional, características/competências necessárias a formação do cirurgião-dentista, avaliação pessoal do projeto pedagógico, e contribuição do projeto pedagógico. Em relação a renda aproximadamente 50% apresentaram uma renda anual de 12-36 mil R\$/ano; a maioria faz ou fez algum curso de pós-graduação (95%); atuava em consultório particular (61%) e apenas 9% sentiam-se realizados financeiramente; as características/competências que predominaram foram: bom relacionamento profissional/paciente (51%), visão do paciente como um todo (48,1%), ética (44,7%), capacidade de formular diagnósticos

corretos (37%), educação permanente (35,1%), comunicação (33,2%), capacidade de trabalhar em equipe (31,3%), capacidade de estabelecer opções de plano de tratamento (30,8%), decaindo em relação aos quesitos especialização (26,9%), gerenciamento e marketing (25,5%), tomada de decisão (20,7%), atuação generalista (11,5%), desenvolvimento de raciocínio lógico na formulação de problemas (9,1%), liderança (5,8%). Quanto a proposta pedagógica, mais de 90% a consideraram boa ou ótima; 59% relataram que o currículo ocorre parcialmente de forma integrada e que as disciplinas atendiam parcial (48%) ou totalmente aos objetivos propostos (49%). Diante dos resultados as considerações foram que o projeto pedagógico do curso tem contribuído para uma formação generalista, as disciplinas atendem aos objetivos do curso, porém na visão dos egressos, o desenvolvimento curricular ocorre de forma parcialmente integrada indicando a necessidade de novas reformulações visando a melhoria do curso (SILVA *et al.*, 2012). Este artigo se refere ao *locus* desta pesquisa e trata-se de resultados anteriores a implantação da clínica ampliada no curso de odontologia da UEM.

Na quarta publicação referente a aprendizagem por projeto e inovação tecnológica abordou-se uma experiência do Curso de Odontologia da Universidade Potiguar, utilizando a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), no sentido de motivar os estudantes para a inovação tecnológica e implicações envolvidas no processo. Acadêmicos junto aos docentes desenvolvem um projeto de inovação tecnológica (PIT), de forma que este PIT é desenvolvido na disciplina de Metodologia do Trabalho Científico com conteúdo a ser desenvolvido de acordo com o PIT propostos pelos acadêmicos e buscam orientação junto aos professores das unidades curriculares do terceiro período ou de períodos anteriores para desenvolvê-lo de forma interdisciplinar (QUEIROZ *et al.*, 2016).

Para além das buscas feitas acima também se destaca a edição temática em Clínica Ampliada veiculada na revista da Abeno, no volume 17, número 4, em que foram publicados 17 artigos, e um editorial produzido pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Schneider Pires e Prof.<sup>a</sup> Dra. Vânia Regina C. Fontanella.

Desses 17 artigos pela busca feita tanto na biblioteca virtual em saúde (BVS), quanto a partir dos termos buscados nos títulos dos trabalhos desde 2000 até os dias atuais, aqui analisaremos os encontrados anteriormente na BVS, que foram alocados junto aos artigos da edição temática, que cabem análise, sendo que perpassam sobre diferentes temáticas (Quadro 2).

Quadro 2 – Edição Temática – Clínica Ampliada (Revista Abeno).

Nº	Autor(a)	Título	Objetivo do artigo
1	BOTAZZO	O conhecimento pelas mãos	“Propôs analisar os conteúdos históricos presentes na grade curricular contemporânea da odontologia” (BOTAZZO, 2017, p. 2).
2	WARMLING	Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica	“O objetivo do estudo é analisar relações estabelecidas entre práticas profissionais e ensino odontológico na constituição da clínica odontológica no contexto de aproximação e separação da Medicina no Brasil” (WARMLING, 2017, p. 20).
3	BELLA <i>et al.</i>	Experiência de formação de professores para a Clínica Ampliada em saúde bucal, uma agenda necessária <sup>31</sup> ( <i>Tradução minha</i> )	“Este trabalho relata uma experiência de formação de professores no contexto da clínica de saúde bucal, com crianças entre 8 e 10 anos de idade, nas escolas do ensino básico geral 1” ( <i>Tradução minha</i> ) <sup>32</sup> (BELLA <i>et al.</i> , 2017, p. 36).
4	FRAZÃO, MOURA NETO e SILVA	Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica	“Este estudo teve como objetivo revisar os principais desafios enfrentados pelo acolhimento como estratégia de humanização na atenção à saúde bucal, visando compreender como a saúde bucal coletiva vem se apropriando desta temática” (FRAZÃO, MOURA NETO, SILVA, 2017, p.46).
5	GRAFF e TOASSI	Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia	“Este artigo discute a produção do cuidado em saúde, com foco na clínica ampliada na formação em Odontologia” (GRAFF; TOASSI, 2017, p.63).
6	BASTOS <i>et al.</i>	Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação	“Este artigo objetiva analisar as experiências vividas por estudantes de Odontologia em um estágio extracurricular no serviço de saúde no município de São Paulo” (BASTOS <i>et al.</i> , 2017, p. 73).
7	SILVA, PERES e CARCERERI	A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia	“Esse estudo investigou as contribuições da VD na formação odontológica, por meio de uma revisão integrativa da produção científica nacional, no período entre 2004 e 2017, compondo uma síntese qualitativa da literatura” (SILVA, PERES, CARCERERI, 2017, p.87).
8	CARNIEL <i>et al.</i>	A Clínica Ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria	“O objetivo deste estudo é relatar a experiência de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, por meio da construção da disciplinado Estágio em Odontogeriatrics” (CARNIEL <i>et al.</i> , 2017, p.99).
9	CARRER <i>et al.</i>	O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência	“Este relato de experiência tem o objetivo de descrever a disciplina de CAPS, caracterizando as estratégias pedagógicas e sua relevância na inserção dos estudantes nos cenários de prática na atenção básica, bem como os métodos de avaliação implementados durante o ano” (CARRER <i>et al.</i> , 2017, p.108).
10	ROCHA <i>et al.</i>	Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia	“O objetivo deste estudo foi relatar o processo de construção coletiva da Clínica Ampliada (CA) no Departamento de Odontologia da

<sup>31</sup> 9Experiencia de formación docente para la Clínica Ampliada em salud bucal, una agenda necesaria.

<sup>32</sup> 10El presente trabajo relata una experiencia de formación docente en el contexto de atención clínica de la 11 salud bucal a niños de 8 a 10 años de edad en escuelas de enseñanza general básica 1

		por meio de uma gestão colegiada	Universidade Estadual de Maringá (UEM)” (ROCHA <i>et al.</i> , 2017, p.121).
11	OKUYAMA e AGUILAR-DA-SILVA	Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família	“O estudo objetivou avaliar os limites e as potencialidades das ações dos cirurgiões-dentistas (CD) sob a ótica da gestão do cuidado (OKUYAMA; AGUILAR-DA-SILVA, 2017, p.133).
12	WEBER <i>et al.</i>	Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional	“O objetivo é apontar as principais ações planejadas e executadas por docentes, gestores, residentes e estudantes de graduação destas três instâncias” (WEBER <i>et al.</i> , 2017, p.144).
13	SILVA JÚNIOR <i>et al.</i>	Ensino em serviço na perspectiva da Clínica Ampliada: relato de experiência	“Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência acadêmica de um graduando em estágio supervisionado eletivo voluntário realizado em uma unidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no município de Porto Alegre, RS” (SILVA JÚNIOR <i>et al.</i> , 2017, p.154).
14	FONSÊCA <i>et al.</i>	Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista	“O texto objetiva, a partir das narrativas de um itinerário formativo (que ocorreu pela experiência de uma cirurgiã-dentista no exercício da Clínica Ampliada) revelar elementos que contribuam com a discussão e auxiliem na busca de alternativas e enfrentamento no que se refere às incoerências entre o modelo de formação em Odontologia e o perfil profissional demandado pelo trabalho em saúde” (FONSÊCA <i>et al.</i> , 2017, p.160)
15	MESTRINER <i>et al.</i>	Percepções de estudantes de Odontologia sobre a experiência em um estágio não obrigatório no SUS	“O estudo teve por objetivo analisar as percepções de estudantes de Odontologia sobre a experiência em um estágio não obrigatório no sistema público de saúde brasileiro em um município de São Paulo e sua contribuição na formação profissional (MESTRINER <i>et al.</i> , 2017, p.171).
16	LEME <i>et al.</i>	A valoração do Estágio Supervisionado na Unidade de Saúde da Família pelos alunos de Odontologia: quais fatores influenciam sua percepção?	“O objetivo do presente estudo foi explorar quais percepções dos alunos influenciam a valoração a respeito da importância do estágio em Unidades de Saúde da Família na sua formação profissional” (LEME <i>et al.</i> , 2017, p.183).
17	FRANCO <i>et al.</i>	Estação sensorial temática: recurso pedagógico para formação do cirurgião-dentista na produção do cuidado em saúde	“Este artigo busca apresentar os resultados da aplicação da estação sensorial temática como prática pedagógica, tendo como base a experiência desenvolvida nas disciplinas da área de Saúde Coletiva, no curso de Odontologia” (FRANCO <i>et al.</i> , 2017, p.193).

Fonte: Revista Abeno, v.17, n. 4. Organizado pela autora (2021).

Passo a discorrer sobre cada um deles apresentando os pormenores da discussão de cada um dos artigos acima mencionados, que estiveram presentes nessa importante edição temática em Clínica Ampliada, para trazer à tona esse conceito teórico, prático, ou

não afirmar um conceito que traz a *práxis* não do trabalho odontológico *per se*, mas sim a concepção de saúde, saúde bucal.

O primeiro artigo dá ênfase na abordagem do exercício profissional da odontologia tomando “o conhecimento pelas mãos”, a partir do relato de um acadêmico quanto a sua experiência na clínica. Apresentou o tecnicismo na profissão odontológica constituído historicamente descolando os aspectos políticos do próprio trabalho do cirurgião-dentista. É possível depreender que historicamente a odontologia traz o elemento dentário como centralidade para o exercício profissional e se destaca uma carga disciplinar voltada para o adestramento manual, de caráter privatista, que divide a boca e o corpo (BOTAZZO, 2017). Esta discussão sobre a reprodução histórica deste mecanicismo no exercício da odontologia se fez a partir do “*habitus*, uma coisa familiar no dizer de Pierre Bourdieu” (1972 *apud* BOTAZZO, 2017, p.9).

No segundo artigo a autora dedicou-se a historicamente remontar sobre a clínica odontológica e apresentou um questionamento interessante: “Técnica odontológica é sinônimo de clínica odontológica? Ou há uma técnica odontológica na clínica odontológica, mas esta última se resume à primeira?” (WARMLING, 2017, p. 26). Retrato sobre a clínica médica e a separação dos cursos de medicina e odontologia, destinando parte do texto sobre os currículos e o ensino da clínica odontológica, após a separação dos dois cursos, ainda menciona que neste contexto histórico a cirurgia dentária era tida como sinônimo de odontologia, o que repercutiu na identidade constituída do cirurgião-dentista levando-o a desenvolver a clínica de forma tecnicista, não levando a associar o trabalho odontológico à saúde bucal (WARMLING, 2017).

O terceiro artigo trata de pesquisa produzida a partir de projeto de inovação da produção do cuidado e na atenção integral à saúde bucal como aporte à equidade (2015-2016), desenvolvido por meio de acordo internacional entre Faculdades Públicas do Brasil e da Argentina (IES públicas do Brasil e da Argentina) para fortalecimento das ações em pesquisa e treinamento em saúde bucal coletiva, a partir do conceito de “*habitus*” de *Pierre Bourdieu*, buscando compreender como atuam os modelos profissionais que se transmite na academia e como se legitimam as representações práticas em saúde. O trabalho versa sobre a experiência de formação de professores no contexto de atenção clínica em saúde bucal para crianças do ensino fundamental entre 8 e 10 anos. Destacaram inicialmente que o modelo de atenção à saúde na Argentina reproduz os parâmetros do paradigma biomédico, desconsiderando a realidade social, e com poucas noções sobre as práticas em saúde no território. Posteriormente aos

momentos de conformação de equipes clínicas e observadores, prática clínica no contexto comunitário, e da reflexão individual e coletiva sobre a própria prática, passam a análise dos resultados e proposta de abordagem dos resultados dos profissionais através de uma matriz de análise qualitativa das práticas clínicas, e das crianças através de análise de relatos orais e por indicadores gráficos das relação com os profissionais (paciente-profissional), local de atendimento e de indicadores de ansiedade. O espaço participativo em grupo foi o ambiente em que realizou a construção das propostas como forma de aproximação da clínica ampliada: desenho de trabalho flexível que ofereça espaço para o trabalho em equipe e interdisciplinar, e criar um sistema de registro da informação (história clínica) que permita a construção do caso clínico a partir do diálogo com o paciente e pela observação clínica. Por fim, percebendo os achados inovadores e a necessária valorização das experiências alternativas em detrimento das hegemônicas, os professores participantes buscaram multiplicar a experiência com docentes e acadêmicos para conformação das práticas relacionadas à clínica ampliada (BELLA *et al.*, 2017).

O quarto artigo trata de uma revisão narrativa, a partir de uma consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Bireme) com a finalidade de “identificar quais são os principais desafios enfrentados pelas estratégias de acolhimento na busca pela humanização da atenção à saúde bucal no SUS” (FRAZÃO, MOURA NETO, SILVA, 2017, p.48), a partir da busca pelo conceito, sua importância e os desafios. Dentre os 19 artigos ora não continha o conceito de acolhimento, ora não estava relatada a importância dada ao acolhimento e ora não constava os principais desafios na implantação do acolhimento, de forma alternada entre este material analisado. Os autores deste artigo diante deste resultado discutiram como a saúde coletiva se apropria do acolhimento, e com isso apresentou-se os desafios postos na literatura para seu desenvolvimento na prática de atenção à saúde bucal, entendendo-o como micropolítica e não como relação de produção inserida no todo social (FRAZÃO, MOURA NETO, SILVA, 2017).

O quinto artigo aborda sobre quatro temas fundamentais para a formação em odontologia, passando pela produção do cuidado em saúde; humanização na saúde e clínica ampliada; inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal e abordagem centrada na pessoa. Sobre a produção do cuidado em saúde trouxeram a discussão o contexto sociocultural, história de vida, subjetividade e as tecnologias relacionais apoiadas em *Merhy*, e apresentaram três questionamentos frente aos currículos, e apontarei o último: “Qual o espaço no currículo da graduação para as tecnologias ‘leves-duras’ e ‘duras’ da profissão odontológica e para aquelas voltadas para

dimensões do cuidado que envolvam as tecnologias leves/relacionais?” (GRAFF; TOASSI, 2017, p.66), o que nos remete a pensarmos sobre os currículos da graduação. Quanto a humanização na saúde os autores sinalizaram sobre a Política Nacional de Humanização (2004) e sua transversalidade frente as demais políticas, que propõe como uma de suas diretrizes a clínica ampliada que partindo de Campos (2007) trazem a concepção de ampliar o “objeto de trabalho” da doença para a pessoa ou um grupo. Em relação as inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal apresentaram partindo de *Barros e Botazzo (2011)* sobre o “descentramento dentário” se dando pela integração do cirurgião-dentista com a equipe na constituição do caso clínico, e partindo de *Botazzo et al. (2015)* apresentaram sobre a anamnese coletiva e a possibilidade de constituir o caso clínico sem necessitar da cadeira odontológica para exercitar o escutar e o caso clínico. Sobre a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) foi sinalizado sobre se tratar das relações interpessoais, tendo por base teórica *Rogers e Kinget (1977)*, levando em consideração que sua aplicação se dá em diferentes áreas, incluindo a odontologia, direcionando para um exercício de alteridade, entendendo “a ACP como forma de lidar com o outro, valorizando a potencialidade terapêutica da relação” (GRAFF; TOASSI, 2017, p.68). Os autores ainda afirmam que há necessidade de incluir essa discussão teórica e promoção de práticas articuladas nos currículos dos cursos de graduação, na pós-graduação, para a formação de professores universitários e na educação permanente dos trabalhadores do SUS (GRAFF; TOASSI, 2017).

No sexto artigo os autores partiram da necessidade de discussão sobre os currículos da graduação para formação de profissionais para o SUS, com fulcro nas DCNO e Política Nacional de Saúde Bucal. Os autores reiteraram que os currículos estruturados por disciplinas reforçam paradigma tradicional e fragmentado de formação, promovendo a formação de profissionais que não possuem capacidade de lidar com a complexidade da realidade. Este trabalho descreve e analisa as experiências vivenciadas e registradas em diário por estudantes de odontologia, inseridos em estágio de clínica ampliada em uma unidade básica de saúde. As atividades foram desenvolvidas entre maio e dezembro de 2015, tendo sido atendidos 135 usuários agendados de primeira consulta e 175 de retornos nos pós-procedimentos, e todos os atendimentos planejados segundo um projeto terapêutico singular. A partir dos conteúdos dos diários percebeu-se dissociação entre as experiências dos estudantes no espaço da UBS e nos ambulatórios da IES, tendo sido estabelecida tabela comparativa entre as diferenças dos formatos de atendimento através de temas: acesso, modelo de atendimento, anamnese, projeto

terapêutico, relação profissional-usuário, aparato tecnológico, forma de registro, discussão de caso na equipe e aproximação com políticas públicas. Dentre os achados divergentes, o estabelecimento de vínculo com o usuário foi um dos principais pontos destacados no estágio na clínica ampliada. Há que se ponderar que, apesar das competências técnicas necessárias, o atendimento ao usuário inicia previamente ao procedimento clínico, através da anamnese, acolhimento e escuta qualificada. Ponderou-se ainda que a discussão do caso clínico se tornou espaço de experiência e reflexão diante da realidade apresentada, assim como a forte aproximação com as políticas públicas de saúde (BASTOS *et al.*, 2017).

No sétimo artigo as autoras fizeram uma revisão integrativa para responderem a investigação sobre a contribuição da visita domiciliar (VD) para a formação do cirurgião-dentista. Dentre os artigos analisados tiveram como achados a importância da formação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde (SUS) frente a VD ao aproximar o estudante dos usuários e território, também dos demais profissionais de saúde em um trabalho interdisciplinar, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença e da humanização do cuidado (SILVA, PERES, CARCERERI, 2017).

O oitavo artigo se pautou em um relato de experiência da disciplina do Estágio em Odontogeriatrics que surgiu da necessidade advinda do Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) em 2007, com a criação do curso noturno. Portanto junto com a disciplina adveio a necessidade de estabelecer um cenário de prática voltada à atenção da saúde da pessoa idosa, a partir da integração do ensino de geriatria-serviço de saúde, mediante a clínica ampliada, com uso de tecnologias leves como base teórica, impulsionando a elaboração do projeto terapêutico singular, na visão e contribuição de diferentes profissionais. (CARNIEL *et al.*, 2017).

O nono artigo apresentou uma disciplina que extrapola a visão do técnico, biológico e visão assistencialista, mediante a compreensão sobre os determinantes sociais em saúde (DSS), com reconhecimento da história social da doença, a ampliação dos cenários de ensino-aprendizagem, envolvimento com os problemas de saúde individual e coletivo e a relação profissional/usuário frente a alteridade e responsabilidade social. Tem como base teórica os DSS. A disciplina se divide em quatro módulos apoiados na problematização. Fez-se a reflexão sobre a importância da CA compor outras disciplinas para não ser isolada no currículos e sim percorra transversalmente o currículo firmando a importância das disciplinas do eixo social (CARRER *et al.*, 2017).

O décimo artigo relatou a construção coletiva da CA por meio da Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada (Copaca). Na Copaca foram registradas atas de 2010 a 2017, sendo reuniões semanais, com participação de todos os integrantes dessa comissão. Para implantação da CA houve também participação dos demais atores não participantes da Copaca (outros docentes, agentes universitários, acadêmicos da graduação e pós-graduação). Os assuntos que permearam as reuniões foram o acolhimento, a resolutividade dos casos, a autonomia e proatividade do usuário, e a integração da pós-graduação com a graduação no desenvolvimento dos seminários para discussão dos casos. Destacou-se também como resultado das construções coletivas da Copaca: o prontuário único, o Manual da Clínica Ampliada, e o Instrutivo da Clínica Ampliada (ROCHA *et al.*, 2017).

O décimo primeiro artigo consiste em uma pesquisa desenvolvida com cirurgiões-dentistas e gestores municipais frente a importância de se conhecer o diagnóstico local, necessidades de saúde e prioridades trabalhadas na comunidade (OKUYAMA; AGUILAR-DA-SILVA, 2017).

O décimo segundo artigo abordou sobre reflexos na produção do cuidado a partir da integração ensino-serviço; a contribuição do estágio não obrigatório no SUS enquanto possibilidade de vivenciar a realidade do serviço e desenvolvimento de habilidades e competências gerais previstas na DCNO (WEBER *et al.*, 2017).

O décimo terceiro artigo teve o Estágio Supervisionado vivenciado por um acadêmico do décimo semestre em uma unidade considerada de referência para formação de profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). As vivências perpassaram a discussão sobre vínculo dos profissionais com os usuários, a atuação multiprofissional, a resolutividade clínica, o plano terapêutico singular e compartilhado, a comunicação transversal, atuação dos CDs como gestores dos casos, o acesso tendo como forma de melhorá-lo a partir do acolhimento, e a infraestrutura com limitações de recursos sendo superadas por meio da percepção de que o exercício profissional da odontologia não está restrito as tecnologias duras (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017).

O décimo quarto artigo perpassou a inserção em um projeto de pesquisa sobre a CA de saúde bucal, a partir, inicialmente, da observação das consultas dos demais profissionais de saúde da equipe causando resistência em um primeiro momento. Em seguida, durante dois anos a abordagem foi relacionada ao acolhimento das queixas, aos projetos terapêuticos compartilhados com os usuários e na realização dos procedimentos, encaminhamentos e trocas interprofissionais. Também foi relatado sobre as dificuldades

estarem relacionadas ao modo de desenvolver CA, além da falta da rede de atenção à saúde e insumos disponíveis. Houve destaque para o potencial pedagógico da experiência em clínica ampliada e culminou no desenvolvimento de um modelo ideal de ECS como tese de doutorado (FONSÊCA *et al.*, 2017).

O décimo quinto artigo relatou sobre a percepção dos alunos quanto ao estágio supervisionado na unidade de saúde da família estar vinculada as questões de infraestrutura local e fazer desta um recurso pedagógico frente a leitura desta realidade (MESTRINER *et al.*, 2017).

O décimo sexto artigo também abordou sobre a percepção dos acadêmicos quanto às questões de infraestrutura que não condiziam com a concepção do modelo privado e isso foi pontuado como algo importante a ser discutido pedagogicamente com eles. Levantou-se a questão de o Estágio Supervisionado ter uma carga horária pequena em relação ao restante do currículo e ainda sinalizaram sobre a importância de abordar também as tecnologias leves (LEME *et al.*, 2017).

O décimo sétimo artigo apresentou recursos pedagógicos desenvolvidos a partir de estações sensoriais temáticas (olfato, paladar, tato, visão, audição) que relacionem conteúdos curriculares com experiências sensoriais para uma aprendizagem significativa e que contribua na produção do cuidado (FRANCO *et al.*, 2017).

#### **4.5 Revista Brasileira de Educação – Anped**

A busca na Revista Brasileira de Educação (Anped) foi feita no período que compreende desde a sua implantação em 1995 até 2017. Como descritores para seleção dos artigos a serem buscados pelo título definiu-se: Clínica Ampliada; odontologia; currículo; inovação. A busca em que se encontrou resultados foi com o termo currículo (17 publicações) e o termo inovação (três publicações).

Não foram encontrados os termos “Clínica Ampliada” e “Odontologia” nas publicações feitas na Revista Anped. Entre os termos encontrados “Currículo” observou-se que há publicações voltadas para o ensino de história, educação ambiental, matemática, bem como uma diversificação de publicações quanto as diferentes teorias curriculares tanto no campo da teoria crítica quanto da teoria pós-crítica. Diante das dezessete publicações encontradas refinou-se quatro pelos títulos que podem se relacionar mais com a discussão curricular no campo da saúde e especificamente no curso de odontologia, a saber: (1<sup>a</sup>) “Currículos alternativos/oficiais: o(s) risco(s) do hibridismo”; (2<sup>a</sup>) “Currículo, narrativa e o futuro social”; (3<sup>a</sup>) “O futuro da educação em uma sociedade do

conhecimento: o argumento radical em defesa de um currículo centrado em disciplinas”; (4ª) “Currículo e representações sociais de homem e natureza: implicações à prática pedagógica”.

O primeiro artigo analisou duas propostas de currículo em relação ao currículo proposto pelo governo federal e outro proposto para ser um currículo originado da base popular. A autora relata não diferenciar as propostas em função de vários aspectos em que mais se aproximaram do que distanciaram. Inicia pela diferença observada em relação a afirmação de “*valores sociais do trabalho e da livre iniciativa*”; reiterou o fato de serem propostas oficiais; e que apesar de apresentarem o mesmo vocabulário quanto as definições destas propostas curriculares, a autora pontuou que o argumento quanto as palavras referentes a estas definições terem significados diferentes não camuflam o fato de carregarem por si uma história. Portanto propõe que os currículos sejam diferenciados entre os oficiais e os alternativos, caso contrário corre o risco de se manter as relações entre conhecimento e poder apesar de uma proposta curricular diferenciada (CORAZZA, 2001).

O segundo artigo abordou sobre a forma como a sociedade está estruturada e a aprendizagem. Goodson apoiou-se em Bateson (1979) e Bauman (2001) para relatar sobre três tipos de aprendizagem que estão articuladas entre si, mas se diferem. O primeiro nível de aprendizagem firmado pelo currículo formal; a aprendizagem secundária que está relacionada ao cotidiano da vida dos alunos no mundo; a aprendizagem terciária que se volta a narrativa do próprio currículo sem um formato prescritivo. O autor aponta sobre o contexto de transição entre o *currículo prescrito* para um currículo com *identidade narrativa*. Sobre essa transição ele a considera pertinente em função de uma flexibilização do mundo do trabalho que requerera do trabalhador ser um ser social que traz consigo um *projeto identitário* (GOODSON, 2007).

No terceiro artigo o autor aborda um aspecto fundamental que se faz necessário para repensarmos as propostas que vêm sendo feitas quanto a formação voltada para o mundo do trabalho. Foi apresentada uma diferença entre “*currículo baseado em acatamento*” e “*currículo baseado em engajamento*”, o que o autor esclarece quanto a não ser mero receptor, em que pese a necessidade premente das disciplinas serem baseadas em um “*conhecimento especializado*”, e aponta que a disciplina não se prescinde do contexto social, político e econômico, o que também o levou a diferenciar o papel do currículo, o papel do pedagógico, e o papel gerador de identidade para professores e aprendizes. O primeiro traz-nos a perspectiva de que o aprendiz tenha “o

conhecimento mais confiável disponível”; o segundo metaforiza a relação entre “conceitos cotidianos” dos “conceitos teóricos”, por meio de uma ponte entre eles; o terceiro aponta para o pertencimento do professor à profissão. Enfim, o autor traz uma defesa do currículo centrado em disciplinas (YOUNG, 2011).

O quarto artigo traz uma discussão pautada na complexidade de Edgar Morin, trazendo as questões de representações sociais em *Serge Moscovici*, o que pode trazer relações e influências no currículo. Para tanto, a autora discorreu sobre a relação homem/natureza e também chamou a atenção para o fato de que a razão determina o modo de agir e pensar (SILVA, 2013).

Quanto ao termo “Inovação” ressalta-se que as duas publicações encontradas perpassaram pela educação, inovação tecnológica e prática docente, e têm por títulos: (1ª) “A articulação entre conhecimento tácito e inovação tecnológica: a função mediadora da educação”; (2ª) “Tecnologias para a inovação e a prática docente”.

No primeiro artigo os autores tiveram por finalidade apresentar uma pesquisa desenvolvida no setor petroquímico no Brasil, a partir da inserção de uma tecnologia no processo de trabalho, em uma análise quanto aos aspectos educacionais. O que ficou evidenciado que com a “[...] posse do conhecimento científico, o conhecimento tácito pode mudar de qualidade; a recíproca, porém, não é verdadeira” (KEUNZER *et al.*, 2007, p.471), requerendo de quem quer aprender a busca pelo conhecimento científico para desenvolver uma prática fundamentada teoricamente. Ainda destaco o que Keunzer *et al.* (2007, p.472) afirmaram quanto a

[...] ensinar a conhecer, enquanto capacidade de agir teoricamente e pensar praticamente, é a função da escola; esse aprendizado não se dá espontaneamente pelo contato com a realidade, mas demanda o domínio das categorias teóricas e metodológicas pelo aprendizado do trabalho intelectual.

Essa afirmativa quanto ao conhecimento sistematizado é fundamental, apresentado também por outros autores, e muito importante no contexto de se pensar a inovação, uma vez que parece secundarizar o conteúdo para dar ideia de algo novo.

No segundo artigo o autor sinaliza sobre a implementação dos projetos tecnológicos em sala de aula, a partir do docente inovador contemplando que entre os vários tipos de conhecimentos importantes para este processo reside o conhecimento do currículo; na perspectiva do aluno e as inovações tecnológicas um apontamento feito deflagrou que a ideia do aprender fazendo e ser mais visual não se trata do que os alunos mais gostam e sim atividades sociais e interativas; também pontuou sobre a inovação a

partir das tecnologias digitais remetendo a necessidade de que se acompanhe como foram desenvolvidos esses projetos de inovação (MARCELO, 2013). Esta concepção de aprender a partir de atividades sociais e interativas nos direciona para o que é valorizado por Saviani quanto a finalidade social que se deve ter ao propor uma ação educativa, para que aquele conhecimento seja transformador da realidade.

Ainda sobre o que Marcelo (2013, p.43) aponta quanto as inovações que requerem “[...] elevado número de professores envolvidos; atenção às necessidades sentidas pela instituição de ensino; uma liderança que seja impulsionadora da inovação e integração; com apoio e reconhecimento externo” *[tradução minha]*<sup>33</sup>, o que foi sinalizado também por ele que “[...] as mudanças precisam ter como características: profundidade; comprimento; largura; justiça; diversidade; meios; conservação” *[tradução minha]*<sup>34</sup> (MARCELO, 2013, p.44-45). A profundidade estaria relacionada a uma aprendizagem que permaneça; o comprimento traz o permanecer no tempo, na história; a largura no alcance de um maior número de pessoas; a justiça que precede da inovação não prejudicar alguém; a diversidade que propõe diferenciar propostas para que não sejam padronizadas; meios que se relacionam com recursos materiais, de pessoas e de conhecimento; e conservação que busca preservar os centros inovadores, com sua identidade em desenvolvimento para o presente e o futuro.

#### **4.6 Síntese do Mapeamento da Produção do Conhecimento.**

Diante do que foi exposto no mapeamento da produção do conhecimento passemos a síntese dos assuntos abordados. As teses analisadas indicaram alguns equívocos na formação do cirurgião-dentista desde a ausência da articulação teórico-prática, a pouca integração com as outras áreas da saúde, a falta de gerenciamento e relacionamento interpessoal com pacientes e entre pares; ao passo que foram sinalizadas como possibilidades para mudanças deste quadro mediante o contexto da implantação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em odontologia (DCNO) que seguiu os três eixos, orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática para implementação das mudanças na formação. A partir do contexto das DCNO houveram os projetos governamentais de incentivo a formação de recursos humanos na saúde, como o

---

<sup>33</sup> “Un elevado número de docentes implicados en la innovación; Una atención por las necesidades sentidas en el centro escolar; Un liderazgo claro, impulsor de la innovación e integrador; Apoyo y reconocimiento externo” (MARCELO, 2013, p.43).

<sup>34</sup> “Así, los cambios deberían tener: profundidad [...] longitud [...] anchura [...] justicia [...] diversidad [...] recursos [...] conservación” (MARCELO, 2013, p.44-45).

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação Tutorial (PET- Odontologia), suscitou-se a necessidade de reformulação dos PPC evidenciando o papel da formação docente, ampliação de cenários de práticas voltados para integralidade, abordagem da cariologia não só no ciclo clínico como no básico e saúde pública, e uma formação que se preocupe com a saúde e não com a doença, entendendo-os como um processo, além da proposta que foi feita em uma das teses quanto a um modelo de ECS que contempla a clínica ampliada, a partir da valorização de práticas interdisciplinares e interprofissionais, com apoio na rede de atenção à saúde.

Nas discussões apresentadas nas dissertações houve um destaque quanto a prática ainda muito voltada ao conhecimento clínico-cirúrgico, o que não se pode prescindir dele, no entanto apontam também que é preciso articular integralidade em saúde, perfil generalista e trabalho em equipe, a partir da necessidade de se apoiar mais nas tecnologias leves, também não prescindindo das tecnologias duras e leve-duras, tendo como foco a realidade epidemiológica da população. Outro ponto importante que foi apresentado em uma das dissertações é quanto a importância da relação profissional de saúde-paciente, tendo sido estudados os acadêmicos de diferentes cursos, entre eles a odontologia e foi identificado este tema inserido nestes currículos, em que pese a afirmação dos acadêmicos que precisava estar mais relacionado com a prática. Também foi pontuado sobre a produção do cuidado em saúde bucal pautada em Schwartz, sobre ergologia (estudo do trabalho), em que no ato do trabalho se tangencia o prescrito e o real. Assim como a importância de se relacionar clínica ampliada de currículo para que as tecnologias leves sejam incorporadas como conteúdos curriculares.

Outra questão encontrada e evidenciada em um dos artigos da BVS foi relacionada ao uso do seminário como estratégia de ensino-aprendizagem para articular as diferentes disciplinas, integrando as áreas da odontologia em um processo de inovação curricular e não fragmentação do conhecimento.

Nas publicações da Revista Abeno sobre currículo os achados foram quanto a preocupação social a ser vinculada ao processo formativo, sem dissociar saúde bucal de saúde geral, o que se constatou em dois momentos do curso, na disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva e no Estágio Curricular Supervisionado. Outro resultado encontrado foi a avaliação de currículos de odontologia entre as nacionalidades norueguesa e brasileira pela mudança curricular de uma abordagem tradicional para uma forma integrada, com o método de ensino para o aprendizado baseado em problema, e não houve maiores diferenças entre os currículos novos e antigos, o que os autores sinalizaram como

fato curioso, além de terem registrado que os professores participantes da alteração curricular apresentaram maior satisfação com a nova abordagem. Outro estudo sinalizou a experiência de um curso de odontologia com aprendizagem por projeto envolvendo a disciplina de metodologia do trabalho científico para motivar a inovação tecnológica, a partir de assuntos das unidades curriculares de períodos anteriores. Por fim, no campo de estudo desta tese, pela realização de uma pesquisa com os egressos, que antecedeu a implantação da CA, quanto ao perfil e o projeto pedagógico do curso, e os resultados sinalizaram que o projeto pedagógico do curso tem contribuído para uma formação generalista, as disciplinas atendem aos objetivos do curso, porém na visão dos egressos, o desenvolvimento curricular ocorre de forma parcialmente integrada indicando a necessidade de novas reformulações visando a melhoria do curso.

Além das publicações referentes ao currículo, pela edição temática sobre a CA os achados contemplaram a história da odontologia centrada no exercício profissional no elemento dentário; a indagação quanto a relação entre técnica e clínica odontológica, com preponderância da primeira em relação a segunda; relatos sobre a importância do Estágio Curricular Supervisionado para formação do CD; estudo sobre produção do cuidado em saúde, humanização na saúde e clínica ampliada, inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal e abordagem centrada na pessoa, que passam pela ênfase nas tecnologias leves, no deslocamento do objeto de trabalho do dente para a pessoa, sinalizando necessidade de formação nos diferentes níveis de ensino; discussão quanto a infraestrutura e suas diferenças entre o público e o privado, e a importância de se abordar as tecnologias leves; também relatos sobre estágio de odontogeriatria, contribuição da visita domiciliar, desenvolvimento de recursos pedagógicos sensoriais relacionados a clínica ampliada na formação do CD.

No tocante a clínica ampliada não ser uma disciplina isolada e sim percorrer de forma transversal o currículo, com pontuações sobre o fato de a disciplina fragmentar o conhecimento, destaca-se os estudos que indicaram a importância da clínica ampliada de forma transversal no currículo e para a publicação referente ao campo de estudo desta pesquisa de tese quanto a construção coletiva da CA, por meio da Copaca, com diferentes atores participantes, pelo acolhimento, resolutividade dos casos, autonomia e proatividade do usuário e integração da graduação com a pós-graduação pelo desenvolvimento de seminários para exposição e estudo dos casos.

Entre os achados da Revista AnPED as publicações relacionaram-se com currículo e inovação. Entre os achados do currículo teve um estudo que ao analisar dois currículos,

um oficial e outro de base popular notou mais aproximação do que distanciamento, o que foi pontuado na pesquisa o fato da necessidade das propostas se diferenciarem para evitar a manutenção de poder estabelecido; outro estudo pontuou sobre a transição de currículo prescrito para um currículo de identidade narrativa, em razão da flexibilização do mundo do trabalho; outro estudo abordou a diferença entre “*currículo baseado em acatamento*” e “*currículo baseado em engajamento*”, no qual o autor traz uma defesa pelo “*conhecimento especializado*” defendendo o currículo baseado em disciplinas; outro estudo sobre representações sociais e suas influências no currículo, para isso discorreu sobre a relação homem/natureza. Entre os achados da inovação um dos estudos foi sobre a inserção de uma tecnologia no processo de trabalho de uma indústria e a evidência foi quanto a importância do conhecimento científico que deve preceder a prática, reiterando a necessidade do conhecimento sistematizado; e o outro estudo que apontou sobre a implementação dos projetos tecnológicos em sala de aula estarem mais voltados as atividades sociais e interativas e não aprender fazendo, reforçando a finalidade social que se deve ter ao propor uma ação educativa, para que aquele conhecimento seja transformador da realidade, além do fato de a inovação requerer características próprias no que se refere aos professores, instituições de ensino, liderança e apoio com reconhecimento de não participantes (MARCELO, 2013).

Nas teses e dissertações e publicações das revistas científicas os estudos perpassaram diferentes conteúdos relacionados a humanização em saúde, o que inclui a Clínica Ampliada e tudo que concerne a articulação entre a clínica e saúde coletiva ao se trazer para o currículo a preocupação social, a não dissociação boca e corpo, e as diferentes configurações curriculares que perpassam métodos de ensino diferenciados.

Diante do mapeamento da produção do conhecimento feito quanto as publicações que se relacionam à Clínica Ampliada, a odontologia e a inovação curricular entendo que esta pesquisa avança quanto ao estudo de um currículo integrado, a partir da inserção da clínica ampliada. Além disso, há também a análise curricular feita frente ao processo de desenvolvimento do currículo do curso de odontologia da UEM, trazendo a análise para o interior dos cursos de graduação nos processos formativos dos cirurgiões-dentistas; no sentido de corroborar com o aprimoramento e o avanço curricular no interior do curso de graduação para uma formação do cirurgião-dentista orientada para a integralidade da atenção à saúde.

## **5. PERCURSO METODOLÓGICO**

O percurso metodológico passou pelo problema de pesquisa, a tese e seu diferencial, sua localização como pesquisa voltada para Ciências Humanas e Sociais submetido a dois Comitês de Ética em Pesquisa, o método de investigação e campo de pesquisa, seus participantes e instrumentos utilizados para gerar dados, a matriz teórica para análise dos dados gerados, o uso do software WebQDA<sup>35</sup> aplicado a pesquisa.

### **5.1 Ponto de partida: problema de pesquisa, tese e seu diferencial**

O delineamento da pesquisa perpassou o problema de pesquisa, que teve por pressuposto a fragilidade na formação do cirurgião-dentista (CD) tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática; o que direcionou à tese de que a Clínica Ampliada tem potência para contribuir nesta formação do CD, tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática, a partir de suas repercussões na inovação do currículo. O que torna esta pesquisa singular, por ser um estudo de um currículo de odontologia, a partir das repercussões da clínica ampliada (Quadro 3).

### **5.2 Pesquisa voltada para Ciências Humanas e Sociais submetido ao Comitê de Ética em pesquisa**

Esta pesquisa configurou-se dentro das Ciências Humanas e Sociais, pela Resolução nº510, de 07 de abril de 2016, levando-se em consideração que

[...] as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (CONEP, 2016).

Ainda de acordo como o art. 2º inciso XVI a pesquisa em ciências humanas e sociais se caracteriza por

[...] aquelas que se voltam para o conhecimento, compreensão das condições, existência, vivência e saberes das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, institucionais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta, incluindo as modalidades de pesquisa que envolvam intervenção (CONEP, 2016).

---

<sup>35</sup> Informações sobre o software estão descritas no item 5.6.

A partir destas regulamentações, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, conforme Resolução nº510 (BRASIL, 2016), mediante aprovação (Anexos A e B) por CAEE nº 25789819.4.0000.5540 (UnB) e CAEE nº 25789819.4.3001.0104 (UEM). A submissão feita na plataforma brasil se deu após o primeiro contato feito com a instituição para assinatura do termo de consentimento para realização da pesquisa (Apêndice A).

Coube a mim detectar os riscos e buscar minimizá-los junto aos participantes/instituição, tornando anônimos os participantes da pesquisa. Para resguardar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os participantes foram nomeados pelo sistema solar e deuses gregos estabelecendo uma analogia entre o sol como o currículo do curso de odontologia da UEM e os planetas orbitando ao redor desse astro, assim como os demais participantes deuses gregos retomando o papel de cada deus grego escolhido, com seus significados que representam um conhecimento específico. Os textos das entrevistas foram apreciados pelos participantes, para que informações fossem acrescentadas, retiradas e/ou modificadas. Stake (2012, p.82) afirma que o relato pode ser devolvido ao “inquirido para este aferir o seu rigor e apuro estilístico”.

Quanto às possíveis contribuições da pesquisa entendo que os resultados aqui apresentados evidenciam a repercussão da Clínica Ampliada no currículo, o que produziu uma reflexão da prática desenvolvida neste curso de odontologia, bem como aprofundamento teórico quanto ao modelo curricular, contribuindo para que o futuro cirurgião-dentista ofereça a integralidade da atenção em saúde.

### **5.3 Método de investigação e campo de pesquisa.**

Diante do olhar direcionado para a clínica ampliada repercutindo em um currículo, parti de um estudo de caso referente ao curso de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), por ter sido destaque com premiação do Ministério da Saúde, em relação ao desenvolvimento da Clínica Ampliada no ano de 2011. O que implica esta escolha do método de investigação pelo **estudo de caso** e deste campo de pesquisa porque o caso em si, o objeto de estudo, o currículo de odontologia da UEM traz essa inserção da clínica ampliada com expressividade nacional e sua interface com os contextos que instiga para um debruçar sobre ele (STAKE, 2012). Entendendo que “O estudo de caso é o estudo da particularidade e complexidade de um único caso, conseguindo compreender a sua *atividade* no âmbito de circunstâncias importantes” (Idem, 2012, p.11).

Para esta pesquisa a definição é de **estudo de caso instrumental**, em que “teremos um problema de investigação, uma perplexidade, uma necessidade de compreensão global e sentiremos que poderemos alcançar um conhecimento mais profundo se estudarmos um caso particular” (Ibidem, 2012, p.19), no caso o currículo de odontologia da UEM. Compreendendo que a busca do estudo de caso não é a generalização e sim a **particularização**, a “compreensão do próprio caso” (STAKE, 2012, p.24). O que pese Stake (2012) sinalizar micro-generalizações e macro-generalizações remetendo a generalizações durante o estudo de caso ou modificadas pelo estudo de caso, respectivamente; uma **generalização modificada**, “consegue-se o aperfeiçoamento desse entendimento” (Ibidem, 2012, p.23).

Assim, a inovação curricular trazida pela Clínica Ampliada remete a este caso a ser investigado, o currículo do curso de odontologia como diferencial na formação do futuro cirurgião-dentista. A pesquisa partiu do pressuposto que esta formação se apresenta com fragilidades para que oferte a integralidade da atenção à saúde e, portanto, se põe como problema de pesquisa deste estudo (Quadro 3).

O curso de Odontologia da UEM conta com 43 professores com formação em sua maioria em curso de doutorado, com formação em graduações com currículos tradicionais de ensino segundo consulta aos currículos *lattes*. De forma que cada área do conhecimento dentro do currículo da UEM possui em torno de quatro professores<sup>36</sup>, o que favorece a interrelação e discussão das propostas no interior de cada uma delas e também com seus pares.

---

<sup>36</sup> Dado gerado pela pesquisadora ao consultar a área de conhecimento de cada professor, na lista do corpo docente, no site do DOD/UEM. Disponível em: <http://www.dod.uem.br/corpo-docente>.

### Quadro 3 – Configuração da pesquisa.

<b>Problema de pesquisa (Fragilidade quanto a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática).</b>			
<b>Tese (A Clínica Ampliada contribuiu para potencializar o currículo na formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática)</b>			
<b>Diferencial da tese (Currículo de odontologia sendo estudado a partir das repercussões da Clínica Ampliada).</b>			
<b>Questão central:</b> Como a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo na formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática?	<b>Desdobramento do problema de pesquisa (Perguntas de Partida)</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Técnicas</b>
<p><b>Objetivo Geral</b></p> <p>Compreender como a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, para a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática.</p>	Quais são os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista?	Identificar os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista nesta instituição de ensino.	<p><b>Análise documental</b> (Projeto Pedagógico do Curso / Matriz curricular/ Planos de Ensino / Manual e Instrutivo da Clínica Ampliada/Prontuário odontológico / Currículo lattes)</p> <p><b>Entrevista</b> com atores participantes (Docentes e/ou discentes e/ou agentes-administrativos)</p>
	Quais as contribuições advindas da clínica ampliada para potencializar o currículo nesta instituição de ensino?	Caracterizar as contribuições advindas da clínica ampliada para potencializar o currículo nesta instituição de ensino.	
	Quais repercussões curriculares advindas da clínica ampliada se deram a partir do currículo prescrito, apresentado, moldado, em ação, realizado e avaliado?	Distinguir o currículo proposto em seu processo de desenvolvimento advindo da clínica ampliada presente nesta instituição de ensino para reorientar a formação do cirurgião-dentista.	

Fonte: A autora (2019).

#### 5.4 Participantes e instrumentos utilizados para gerar dados.

O currículo do curso de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM) foi estudado a partir dos atores envolvidos (Docentes e/ou discentes e/ou agentes-administrativos e/ou pacientes) que estiveram diretamente envolvidos com a Clínica Ampliada e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os atores envolvidos diretamente na proposta da Clínica Ampliada que não puderam participar da pesquisa. Para além dos diretamente envolvidos com a Clínica Ampliada o convite a participação se estendeu a diferentes áreas do conhecimento curricular, tendo como critério dentro de cada área o ator com maior tempo de vínculo com este currículo.

As personificações de cada ator participante foram substituídas por uma analogia estabelecida entre o currículo (o objeto de estudo desta pesquisa) e o sol, ao girarem em torno do seu eixo os oito planetas, os quais são identificados com nomes de deuses romanos: Vênus, Saturno, Urano, Netuno, Júpiter, Marte e Terra, e com continuidade a demais deuses e deusas da Grécia como: Hígia, Panacéia, Zeus, Gaia, Hércules, Pean e Irene. A analogia ao sol sendo o currículo, traduzido como luz para o conhecimento no curso de graduação em odontologia, em suas diferentes diversificações (prescrito, apresentado, avaliado, em ação, realizado e avaliado) tendo em sua volta quem o compõe, assim como os demais deuses gregos, símbolos de conhecimento advindo historicamente, com diferentes significados<sup>37</sup>. Ainda quanto as áreas de conhecimento dos docentes foram identificadas com nomes de flores que precisam do astro sol para sobreviverem.

O sol (currículo)<sup>38</sup> orbitando em sua volta os planetas (oito atores participantes) e demais deuses gregos (mais sete atores participantes) totalizando quinze participantes, diante das flores<sup>39</sup> que precisam da luz (Doze áreas de conhecimento a serem representadas: cirurgia, clínica integrada, dentística, endodontia, estomatologia, odontologia legal, ortodontia, patologia, periodontia, prótese, saúde coletiva, odontopediatria) (Figura 2).

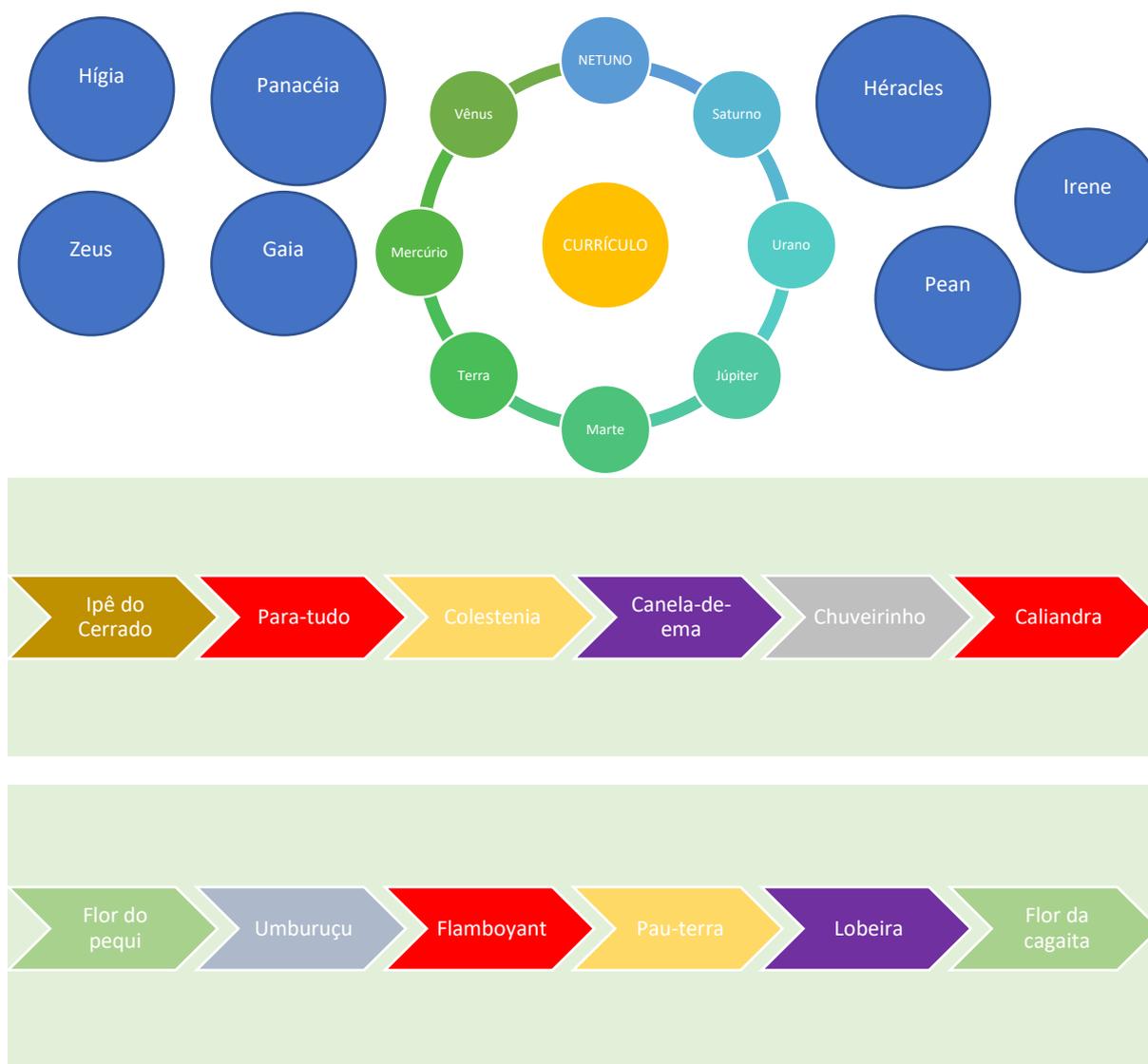
---

<sup>37</sup> CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. História e Saúde collection. 252 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>.

<sup>38</sup> No livro “O currículo: uma reflexão sobre a prática”, consta no capítulo 1 “Aproximação ao conceito de currículo”, o subtítulo “Toda a prática pedagógica gravita em torno do currículo”.

<sup>39</sup> [https://diaonline.ig.com.br/2018/11/13/flores-do-cerrado-conheca-12-das-mais-belas-e-exoticas-especies/?utm\\_source=Isabela+Gon%C3%A7alves&utm\\_campaign=diaonline-author](https://diaonline.ig.com.br/2018/11/13/flores-do-cerrado-conheca-12-das-mais-belas-e-exoticas-especies/?utm_source=Isabela+Gon%C3%A7alves&utm_campaign=diaonline-author)

Figura 2 – Objeto de estudo, atores participantes da pesquisa e áreas de conhecimento do currículo.



Fonte: elaboração da autora (2021).

As técnicas utilizadas para geração de dados passam pela seleção das fontes, que segundo Stake (2012, p.73) “[...] o investigador deverá possuir a intuição de um conhecedor para selecionar as melhores pessoas, lugares e ocasiões”. Ainda se menciona que “a entrevista é a via principal para as realidades múltiplas” (*Idem*, 2012, p.81), então sinalizando para o uso da entrevista; assim como “[...] recolher dados através do estudo de documentos segue a mesma linha de pensamento que observar ou entrevistar. É preciso termos a mente organizada e, no entanto, aberta a pistas inesperadas” (*Ibidem*, 2012, p.84).

Desse modo, ciente das fontes de evidências necessárias ao desenvolvimento da pesquisa do estudo de caso optou-se pela entrevista com os atores envolvidos neste currículo (Quadro 3) que se disponibilizaram a participar e pela análise documental.

#### **5.4.1 Entrevista semiestruturada**

A entrevista foi direcionada para todos os atores envolvidos com a análise também a partir da objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento (Figura 3). Foi delineado um roteiro de entrevista individual semiestruturada, com particularidades para cada uma destas categorias (Docentes, discentes, técnicos-administrativos), quanto a sua participação na implementação da clínica ampliada, pelas especificidades de dados a serem gerados em cada uma destas categorias pesquisadas.

Inicialmente as entrevistas foram realizadas com atores diretamente envolvidos na clínica ampliada e estendendo para os demais participantes docentes, contemplando diferentes áreas do conhecimento. Em relação aos discentes a indicação de um(a) acadêmico(a) se deu por um dos membros da Copaca, de forma que a primeira indicação não realizou a entrevista e indicou outro(a) com o(a) qual também não foi realizada a entrevista, sendo pedido para que este(a) fizesse outra indicação, para que ficasse duplo cego, não sendo possível identificar quais falas se destinam a qual acadêmico(a), também não sendo feita diferenciação entre as categorias para preservar ainda mais a identidade, o que também ocorreu com os agentes administrativos.

A amostra foi por conveniência (n=15), com saturação teórica, quando não foi possível mais adicionar propriedades dentro de cada categoria, a partir da geração dos dados (GLASER; STRAUSS, 1999). Busquei em relação aos docentes a máxima participação com representação de todas as áreas de conhecimento dentro deste currículo. Destes quinze participantes em relação aos docentes foram contempladas nove áreas do conhecimento das doze que possui o currículo, diferentes setores da administração, assim como estudantes que passaram pela clínica ampliada.

Os contatos foram realizados via remota com consentimento de pesquisa feitos oralmente no início durante a gravação da entrevista, via plataforma zoom, resguardando as identidades dos participantes, por meio de pseudônimos informados acima, e algumas também por retorno via e-mail com a informação de data e horário para agendamento da entrevista, de forma que todos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas entre julho/2020 e março/2021.

Todas as entrevistas foram transcritas e devolvidas aos pesquisados para conferência e aprovação da transcrição. De acordo com Szymanski, Almeida e Brandini (2004, p.52) “[...] podem ser apresentadas as transcrições da entrevista e a pré-análise para consideração do entrevistado”, o que foi realizado em relação às transcrições das entrevistas, de forma que das quinze entrevistas realizadas, apenas duas foram devolvidas com pequenas reformulações de texto.

A duração total das quinze entrevistas totalizou 16 horas e 7 minutos de transcrição, sendo o tempo médio de cada entrevista aproximadamente de 1 hora e 5 minutos. De forma que a entrevista com menor duração foi de 33 minutos e 16 segundos e a com maior duração foi de 1 hora 29 minutos e 8 segundos.

#### **5.4.2 Análise documental**

A análise documental foi feita a partir do Projeto Pedagógico do Curso, matriz curricular; planos de ensino; manual e instrutivo da CA; prontuário odontológico; currículo *lattes*, a partir da objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento (Figura 3) mediante definições disponibilizadas na seção “Concepção teórico-metodológica para análise dos dados gerados” a seguir.

#### **5.5 Concepção teórico-metodológica para análise dos dados gerados**

A análise dos dados gerados levou em consideração algo fundamental quanto ao fato de que “[...] a escola é determinada socialmente; a sociedade em que vivemos fundada no modo de produção capitalista, é dividida em classes com interesses opostos; portanto, a escola sofre a determinação do conflito e interesses que caracteriza a sociedade” (SAVIANI, 2008, p.25), o que remete esta análise como da pedagogia histórico-crítica; em contraposição as teorias não críticas (pedagogia tradicional, pedagogia nova e pedagogia tecnicista) e as teorias crítico-reprodutivistas (escola como violência simbólica, aparelho ideológica e escola dualista) (SAVIANI, 2013).

Nessa perspectiva torna-se relevante destacar que historicamente a figura do cirurgião-barbeiro como pilar, apresentou-se pela necessidade urgente da dor, do fazer clínico de forma operacional e ao longo dos anos vem se constituindo o cirurgião-dentista com práticas odontológicas e ciência odontológica que remetem a preservação da saúde, a integralidade da atenção à saúde, para tanto um novo *modus operandi*. No entanto, a “[...] determinação do

conflito e interesses que caracteriza a sociedade” como afirma Saviani (2008, p.25) influenciam na forma de produzir saúde, de produzir saúde bucal.

Esta pesquisa teve como direção para análise dos dados que foram gerados algumas questões apontadas por Saviani (2013) quanto a contextualização teórica da pedagogia histórico-crítica como alicerce, no sentido de se lançar um olhar de como a história influencia e é influenciada pelos atores participantes do currículo.

Saviani (2013, p.25-26) ressalta sobre “a seletividade, a discriminação e o rebaixamento do ensino das camadas populares” que ele reflete sobre o ensino da escola e aqui transponho e estabeleço analogia com a formação do cirurgião-dentista em um ensinar focado no operacional, no procedimental em abstenção a atuação do cirurgião-dentista na busca de ofertar a integralidade da atenção à saúde desde a promoção, proteção e reabilitação à saúde (BRASIL, PNAB, 2017) alcançando o desenvolvimento da clínica ampliada; como se ao cirurgião-dentista fosse oportunizado conteúdos e formas restritas para a sua formação em odontologia.

Saviani (2013) apresentou e desenvolveu a pedagogia histórico-crítica; a natureza e a especificidade da educação; o quadro das tendências críticas da educação brasileira; a materialidade da ação pedagógica e os desafios da pedagogia histórico-crítica; e a contextualização histórica e teórica da pedagogia histórico-crítica.

Parti da compreensão de Saviani (2013, p.7) que “[...] o saber que diretamente interessa à educação é aquele que emerge como resultado do processo de aprendizagem, como resultado do trabalho educativo, [...] o saber objetivo produzido historicamente”, portanto a análise perpassou essa perspectiva da busca pelo saber objetivo produzido historicamente. Como também pelo entendimento que educação é um trabalho não material e “[...] tem a ver com ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades” (SAVIANI, 2013, p.12) que se passa pela relação de que ensino faz parte da educação e neste sentido torna-se relevante a noção de “clássico”<sup>40</sup> e o desenvolvimento do trabalho pedagógico<sup>41</sup>. Ainda com a apresentação da definição de que “[...] currículo é o conjunto das atividades nucleares desenvolvidas pela

---

<sup>40</sup> “Aquilo que se firmou como fundamental, como essencial. Pode, pois, constituir-se num critério útil para a seleção dos conteúdos do trabalho pedagógico” (SAVIANI, 2013, p.13).

<sup>41</sup> “Trata-se da organização dos meios (conteúdos, espaço, tempo e procedimentos) através dos quais, progressivamente, cada indivíduo singular realize, na forma de segunda natureza, a humanidade produzida historicamente” (SAVIANI, 2013, p.13).

escola” (SAVIANI, 2013, p.15) e que “só se aprende, de fato, quando se adquire um *habitus*”<sup>42</sup> (SAVIANI, 2013, p.19).

No quadro das tendências críticas da educação brasileira firma-se na pedagogia histórico-crítica em que se tenciona forma e conteúdo; socialização *versus* produção do saber; saber *versus* consciência; saber acabado *versus* saber em processo; saber erudito *versus* saber popular. Ainda importante destacar que a pedagogia histórico-crítica remete a se desenvolver pelo

[...] empenho em compreender a questão educacional com base no desenvolvimento histórico objetivo. Portanto, a concepção pressupõe nesta visão da pedagogia histórico-crítica é o materialismo histórico, ou seja, a compreensão da história a partir do desenvolvimento material, da determinação das condições materiais da existência humana [...] (SAVIANI, 2013, p.76).

De forma que esta *materialidade* Saviani (2013, p.91) afirma que,

Quando entendemos que a prática será tanto mais coerente e consistente, será tanto mais qualitativa, será tanto mais desenvolvida quanto mais consistente e desenvolvida for a teoria que a embasa, e que uma prática será transformada à medida que exista uma elaboração teórica que justifique a necessidade da sua transformação e que proponhas as formas da transformação, estamos pensando a prática a partir da teoria. Mas é preciso também fazer o movimento inverso, ou seja, pensar a teoria a partir da prática, porque se a prática é o fundamento da teoria, seu critério de verdade e sua finalidade, isso significa que o desenvolvimento da teoria depende da prática.

Cabe também ressaltar a crítica ao reprodutivismo do aparelho educacional, assim como a perspectiva da

[...] dialética histórica expressa no materialismo histórico, que é justamente a concepção que procura compreender e explicar o todo desse processo, abrangendo desde a forma como são produzidas as relações sociais e suas condições de existência até a inserção da educação nesse processo (SAVIANI, 2013, p.119-120).

Além do que Saviani apresenta quanto ao estudante empírico e ao estudante concreto ao afirmar que “[...] os educandos, enquanto concretos, também sintetizam relações sociais que eles não escolheram. Isso anula a ideia de que o aluno pode fazer tudo pela sua própria escolha” (SAVIANI, 2013, p.121), assim como a divisão do conhecimento em disciplinas e o processo de **síncrese e síntese**; assim como a teoria da curvatura da vara em que afirma

[...] invertendo a tendência corrente, decorre da consideração de que, na tendência corrente, a vara está torta; está torta para o lado da pedagogia da existência, para o lado dos movimentos da Escola Nova. E é nesse sentido que o raciocínio habitual tende a ser o seguinte: as pedagogias novas são portadoras de todas as virtudes,

---

<sup>42</sup> “disposição permanente, ou, dito de outra forma, quando o objeto de aprendizagem se converte numa espécie de segunda natureza” (SAVIANI, 2013, p.19).

enquanto a pedagogia tradicional é portadora de todos os defeitos e de nenhuma virtude. O que se evidencia pelas minhas teses é justamente o inverso (SAVIANI, 2008, p.46).

Os dados gerados tendo como matriz teórica a PHC também foram mediatizados pelas definições teóricas (Quadro 4).

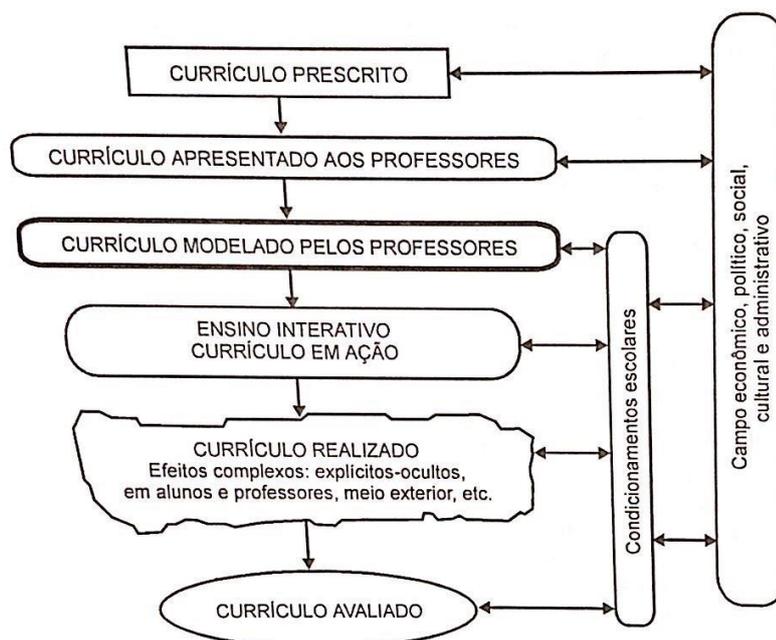
#### Quadro 4 – Definições teóricas para análise dos dados.

<b>Inovação</b>	<p>“[...] conjunto de intervenções, decisões e processos, com certo grau de intencionalidade e sistematização, que tratam de modificar atitudes, ideias, culturas, conteúdos, modelos e práticas pedagógicas. E, por sua vez, introduzir, em uma linha renovadora, novos projetos e programas, materiais curriculares, estratégias de ensino e aprendizagem, modelos didáticos e outra forma de organizar e gerir o currículo [...]” (CARBONELL, 2002, p.19).</p> <p>“A inovação não deve ser vista como algo que se tem que aceitar, mas que requer uma análise e compreensão e que pode ajudar o professor a resolver a ambivalência que sente entre continuar ensinando o que vem ensinando ou acompanhar as mudanças de uma sociedade que vem se desenvolvendo e transformando rapidamente [...] No entanto, ainda que a necessidade de mudanças e transformações seja sentida pelos professores, todos os que trabalham em educação sabem o quanto são difíceis e que sempre decorrem um grande lapso de tempo entre as modificações produzidas na sociedade e as inovações introduzidas no plano educativo” (JORGE, 1993, p.33).</p>
<b>Clínica Ampliada</b>	<p>“A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia” (BRASIL, 2013, p.8).</p>
<b>Currículo integrado</b>	<p>“O currículo pode ser organizado não só em torno de disciplinas, como costuma ser feito, mas de núcleos que ultrapassam os limites das disciplinas, centrados em temas, problemas, tópicos, instituições, períodos históricos, espaços geográficos, grupos humanos, ideias, etc”. (SANTOMÉ, 1998, p.25).</p> <p>“O vocábulo ‘integração’, como a própria palavra o sugere ‘significa a unidade das partes, que seriam transformadas de alguma maneira. Uma simples soma ou agrupamento de objetos distintos ou de partes diferentes não criaria necessariamente um todo integrado” (PRING, 1977, p.232 apud SANTOMÉ, 1998, p.112).</p>
<b>Currículo prescrito</b>	<p>“[...] existe algum tipo de prescrição ou orientação do que deve ser seu conteúdo, principalmente em relação à escolaridade obrigatória” (SACRISTÁN, 2017, p. 103/ Figura 3).</p>
<b>Currículo apresentado</b>	<p>“existe uma série de meios, elaborados por diferentes instâncias, que costumam traduzir para os professores o significado e os conteúdos do currículo prescrito, realizando uma interpretação deste” (SACRISTÁN, 2017, p. 103/ Figura 3).</p>
<b>Currículo modelado</b>	<p>“o professor é um agente ativo muito decisivo na concretização dos conteúdos e significados dos currículos, moldando a partir de sua cultura profissional qualquer proposta que lhe é feita” (SACRISTÁN, 2017, p. 104/ Figura 3).</p>
<b>Currículo em ação</b>	<p>“é na prática real, guiada pelos esquemas teóricos e práticos do professor, que se concretiza nas tarefas acadêmicas, as quais, como elementos básicos, sustentam o que é a ação pedagógica, que podemos notar o significado real do que são as propostas curriculares” (SACRISTÁN, 2017, p. 104/ Figura 3).</p>

<b>Currículo realizado</b>	“as consequências do currículo se refletem em aprendizagens dos alunos, mas também afetam os professores, na forma de socialização profissional, e inclusive se projetam no ambiente social, familiar etc.” (SACRISTÁN, 2017, p. 104/ Figura 3).
<b>Currículo avaliado</b>	“Pressões exteriores de tipo diverso nos professores [...] acaba impondo critérios para o ensino do professor e para a aprendizagem dos alunos” (SACRISTÁN, 2017, p. 104/ Figura 3).

Fonte: elaborado pela autora, conforme referencial teórico informado.

Figura 3 – A objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento.



Fonte: SACRISTÁN (2017, p.103).

## 5.6 Uso do software WebQDA aplicado a pesquisa: análise e interpretação

As informações levantadas passou pela análise inspirada no posicionamento da matriz teórica da pedagogia histórico-crítica que “[...] trata-se de uma dialética histórica expressa no materialismo histórico, que é justamente a concepção que procura compreender e explicar o todo desse processo, abrangendo desde a forma como são produzidas as relações sociais e suas condições de existência até a inserção da educação nesse processo” (SAVIANI, 2013, p.119-120), em que foram analisados os documentos e material gerado pela técnica da entrevista semiestruturada, com dados não métricos. Desse modo, estes dados não métricos apresentados nos documentos e entrevistas foram observados pela análise de conteúdo com destaque para análise temática (BARDIN, 2013), a partir do software WebQda, com licença adquirida para realização desta pesquisa.

A escolha por este software se deu para auxílio na catalogação das fontes e organização das informações que foram inseridas nele, para geração de dados que sinalizassem as respostas aos questionamentos desta pesquisa. Foram utilizados os códigos livres conforme categorização *a priori* (clínica ampliada, potência para o currículo, desenvolvimento do currículo), assim como os códigos em árvore pelos mesmos três eixos com os desmembramentos em subcategorias.

Desse modo, Bardin (2013, p.33) aponta como “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, o fundamento da análise de conteúdo. Para a autora, “os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (<<falantes>>) e válidos” (*idem*, 2013, p.127). Por isso, a opção pela análise temática, uma das modalidades de análise de conteúdo que menos aborda a lógica das metodologias quantitativas, uma vez que “[...] pode realizar-se a partir das significações que a mensagem fornece” (*ibidem*, 2013, p.165). Então firmada pela análise categorial que

Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples (*ibidem*, 2013, p.199).

Diante da execução das técnicas de pesquisa (análise documental e entrevista semiestruturada) percorridas em partes relacionadas com o todo, relacionou-se as informações, a partir da síntese elaborada frente ao objetivo geral proposto nesta pesquisa. Estas informações que emergiram de cada objetivo foram cruzadas, na busca pela produção de conhecimento, referente à proposta da construção da resposta da pesquisa produzindo dados (Quadro 5).

Destaco que a análise documental tem por finalidade “[...] dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação” (BARDIN, 2013, p.47). Enquanto, de acordo com Creswell (2010, p.226) estratégias de validade ao cruzamento dos dados se estabelece quando “[...] os temas forem estabelecidos baseados na convergência de várias fontes de dados ou perspectivas dos participantes, então pode-se dizer que esse processo está auxiliando a validação do estudo”, o que foi possível notar na entrevista a confirmação dos achados pelas informações nos documentos.

Quadro 5 – Descrição da abordagem qualitativa pela análise temática.

<b>Organização da análise</b>	<b>Pré-análise</b>		<p>a) A leitura &lt;&lt; <i>flutuante</i> &gt;&gt;</p> <p>b) A escolha dos documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regra da exaustividade</li> <li>-Regra da representatividade</li> <li>-Regra da homogeneidade</li> <li>-Regra da pertinência</li> </ul> <p>c) A formulação das hipóteses e dos objetivos</p> <p>d) A referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores</p> <p>e) A preparação do material (p.122-126)</p>	<p>a) Contato foi estabelecido com o material obtido pelas entrevistas e registros.</p> <p>b) Levando em consideração que <i>corpus</i> é “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (p.122).</p> <p>Cumpriu exaustividade: levou em conta todos os elementos deste <i>corpus</i> definido.</p> <p>Cumpriu representatividade: a parte foi representativa do universo inicial.</p> <p>Cumpriu homogeneidade: documentos obedeceram a critérios precisos de escolha.</p> <p>Cumpriu pertinência: as fontes de informação atendem ao objetivo que suscita análise.</p> <p>c) Exposto no quadro da configuração da pesquisa.</p> <p>d) Foram feitos <i>recortes do texto</i> em unidades comparáveis de categorização.</p> <p>e) O material foi preparado por uma edição pela revisão da pesquisadora.</p>
	<b>Exploração do material</b>	<b>Codificação</b>	<p style="text-align: center;">Unidade de registro (tema)</p> <p>“É a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização [...]” (p.130)</p>	<p>Enxergar o paciente como um todo, saúde bucal no contexto de vida, priorização da alta do paciente, significado do tratamento odontológico para o paciente, necessidades de saúde apresentadas por cada paciente (pessoa), conhecimento e aprendizados entre pares, proposta de melhorar a condição de saúde bucal nos diferentes níveis de atenção à saúde;</p> <p>Fluxograma para atendimento, prontuário único, equipes de trabalho, troca de conhecimentos entre graduação e pós-graduação, especialista x generalista, mundo do trabalho, identidade do cirurgião-dentista, coesão do corpo docente;</p> <p>Prescrição em documentos norteadores como instrumentos pedagógicos, apresentação da proposta curricular por diferentes atores que compõem o curso, modelação docente, currículo em ação e realizado vivenciado pelos diferentes atores, avaliações feitas no curso desde módulos/disciplinas à comissão própria de avaliação da instituição, avaliação feita pelo Enade e Ministério da Saúde.</p>
			<p style="text-align: center;">Unidade de contexto</p> <p>“A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro” (p.133)</p>	<p>Relatada dentro do subitem “5.5 Concepção teórico-metodológica para análise dos dados gerados” e no capítulo 6 com o detalhamento das unidades de registro nas páginas 95 a 98 dentro das categorias e subcategorias.</p>
		<b>Categorização</b>	<p>“É uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos [...] agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (p.145)</p>	<p>As categorias de pesquisa estão relatadas junto a alguns dados no capítulo 6 “Encontro da educação (currículo) com a saúde (clínica ampliada).</p> <p>Atendendo a (p.147-148): Exclusão mútua (Dados não se repetem em duas categorias) / Homogeneidade (Apenas um registro e uma dimensão da análise) / Pertinência (adaptada ao material de análise) / Objectividade e fidelidade (diferentes partes codificadas da mesma maneira) / Produtividade (Trouxe hipóteses novas).</p>
<b>Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação</b>	<b>Inferência</b>	<p>“A análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem” (p.163).</p>	<p>Em que pese ser um estudo de caso.</p>	

		<b>Informatização da análise das comunicações</b>	<p>O WebQDA foi utilizado para: “O tratamento de texto, que corresponde de certo modo à função &lt;&lt;cortar, colar&gt;&gt;” (p.171).</p>	<p>Potencializou e otimizou a criação das categorias.</p>
--	--	---	--	---

Fonte: BARDIN (2013).

## 6. ENCONTRO DA EDUCAÇÃO (CURRÍCULO) COM A SAÚDE (CLÍNICA AMPLIADA)

A tese defende que a Clínica Ampliada contribui qualitativamente para a formação do cirurgião-dentista, potencializando o currículo, tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Os elementos da Clínica Ampliada como potência para o currículo do curso de odontologia da UEM e seu desenvolvimento estão apresentados a seguir, não a história dos fatos dados (anos e projetos realizados), mas sim a história narrada da sua constituição, seu desenvolvimento, seus desdobramentos<sup>43</sup>. Nesta perspectiva fui na busca de ultrapassar o que está dado, para trazer à luz como a clínica ampliada contribuiu para potencializar o currículo (Figura 4). O relato desta história pôde ser “tecido” (ROCHA et al., 2017, p.130) por diferentes atores que vivenciaram e construíram a clínica ampliada e a difundiram junto aos seus pares e comunidade Maringaense.

Figura 4 – Síntese da proposta da pesquisa.



Fonte: elaboração da autora (2021).

O curso de odontologia da UEM é desenvolvido em cinco anos, distribuído em disciplinas que são compostas por módulos/disciplinas (Quadro 6).

<sup>43</sup> Os achados da pesquisa foram explanados em uma breve apresentação para o colegiado do curso, para difusão aos demais atores participantes, para dar a devolutiva aos atores participantes da pesquisa, após finalizada. Ocorreu aos trinta dias do mês de novembro de 2021.

Quadro 6 – Distribuição das disciplinas, carga horária e seus departamentos.

Série	Departamento/Carga horária	Disciplina	Carga horária total por ano
1ª	DBQ	3421 - Bioquímica	85
	DBC	3422 - Biologia Celular e Genética Humana	102
	DFS	3423 - Ciências Básicas Fisiológicas	153
	DCM	3424 - Ciências Básicas Morfológicas	272
	DAC / DOD	3425 - Ciências Básicas Patológicas	187
	DOD	9607 - Fundamentos Pré-Clínicos I	85
	DCM / DBQ	3427 - Fundamentos Pré-Clínicos II	119
2ª	DAC /DOD	3428 - Cariologia I	68
	DOD	3429 - Cariologia II	170
	DOD	3430 - Fundamentos Pré-Clínicos III	119
	DFE / DCM DPI / DOD	3434 - Fundamentos Pré-Clínicos IV	187
	DAC /DOD	3432 - Lesões Bucais I	68
	DOD	3433 - Oclusopatias I	85
	DES /DTP DFE /DOD	3434 - Orientação Profissional I	153
	DAC / DOD	3435 - Periodontopatias I	85
	DCS / DPI DMD / DEN DOD	9608 - Saúde Coletiva	102
	DOD	3437 – Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva I	17
3ª	DOD	3438 - Cariologia III	204
	DAC / DBQ DFE / DBC DOD	3439 - Ciências Básicas: recapitulação e aprofundamento	51
	DOD	3440 - Clínica Integrada I	408
	DFE / DAC DOD	3441 - Fundamentos Pré-Clínicos V	204
	DOD	3442 - Lesões Bucais II	68
	DOD	3443 - Oclusopatias II	153
	DOD	3444 - Periodontopatias II	68
	DOD	3445 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva	34
4ª	DFE /DOD	3446 - Ciências Profissionalizantes: aprofundamento (Cie 1, 2, 4 e 5)	153
	DOD	3447 - Clínica Integrada II	544
	DPI / DOD	3448 - Orientação Profissional II	85
	DMD / DEN DFE / DOD	3449 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva III	204
5ª	DOD	3450 - Clínica Integrada III	204
	DMD /DEN DFE / DOD	3451 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva IV	760
	DOD	3452 - Trabalho de Conclusão de Curso	34
	DOD	9606 - Atenção em Saúde	68
<b>Total do curso</b>			<b>5299</b>

Fonte: Disponível em: <http://www.dod.uem.br/disciplinas> (2020).

O curso funciona em formato modular composto por subdivisão de cargas horárias entre os diferentes departamentos que compõe a Universidade (Quadro 6). De forma que a ementa é definida para uma abordagem interdisciplinar entre os docentes que compõem os módulos/disciplinas (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das disciplinas com ementas e ano de aprovação.

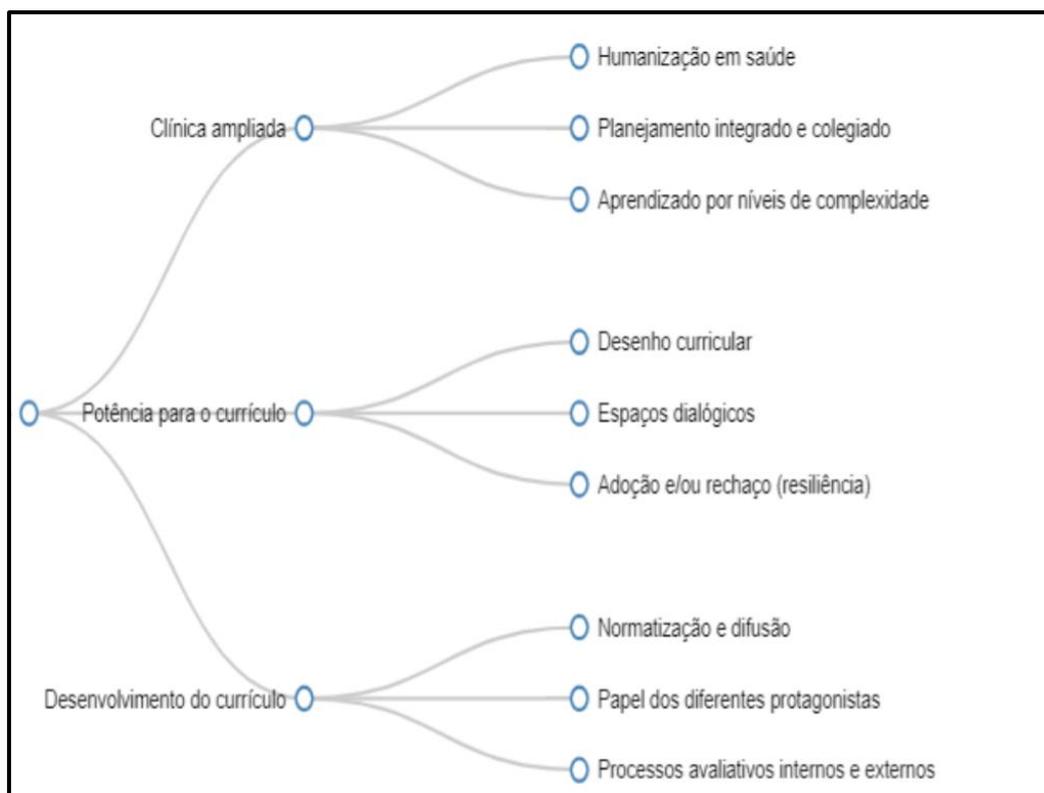
Série	Disciplina	Ementa	Ano de aprovação
1ª	3421 - Bioquímica	Fundamentos sobre composição química, função dos componentes das células e processos bioquímicos relacionados aos metabolismos de carboidratos e compostos nitrogenados de células eucarióticas e procarióticas. (Resolução nº195/2005-CEP)	2006
	3422 - Biologia Celular e Genética Humana	Aspectos moleculares, estruturais e funcionais dos componentes celulares. Expressão, alteração e transmissão do material genético. (Resolução nº195/2005-CEP)	2007
	3423 - Ciências Básicas Fisiológicas	Funções dos vários órgãos e sistemas do corpo humano. (Resolução nº195/2005-CEP)	2009
	3424 - Ciências Básicas Morfológicas	Morfologia do corpo humano embasado nos conhecimentos macroscópicos e microscópicos dos sistemas, desenvolvimento embrionário geral e formação da cabeça. (Resolução nº195/2005-CEP)	2006
	3425 - Ciências Básicas Patológicas	Análise integrada dos agentes infecciosos e não infecciosos das patologias humanas e os mecanismos de defesa específicos e inespecíficos. (Resolução nº195/2005-CEP)	2006
	9607 - Fundamentos Pré-Clínicos I	---	---
	3427 - Fundamentos Pré-Clínicos II	Características bioquímica e morfológica dos dentes decíduos e permanentes e aplicação dos conhecimentos na prática de desenho e escultura. OK (Resol. – nº 195/2005-CEP)	2006
2ª	3428 - Cariologia I	Etiopatogenia e aspectos microbiológicos, imunológicos, histológicos, clínicos, radiográficos e preventivos da doença cárie.	2007
	3429 - Cariologia II	Resolução de problemas de cárie por meio de procedimentos diretos de dentisteria e estudo das patologias pulpares e periapicais.	2007
	3430 - Fundamentos Pré-Clínicos III	Fundamentos radiográficos e semiológicos essenciais ao Diagnóstico das Lesões Bucais. OK (Resolução nº195/2005-CEP)	2008
	3434 - Fundamentos Pré-Clínicos IV	Anatomia topográfica da cabeça e pescoço, fundamentos de Farmacocinética e Farmacologia, semiologia, vias de transmissão, métodos de controle e prevenção da dor em Odontologia sob a ótica das diferentes áreas do conhecimento. (Resolução nº195/2005-CEP)	2007
	3432 - Lesões Bucais I	Alterações buco-maxilo-faciais consequentes dos distúrbios de desenvolvimento e doenças bucais infecciosas, autoimunes, proliferativas reacionais, neoplásicas e sistêmicas com repercussões bucais.	2008
	3433 - Oclusopatias I	Normalidade oclusal e fatores que contribuem para seus desvios nas dentições decídua e permanente. (Resolução nº195/2005 – CEP).	2007
	3434 - Orientação Profissional I	Bases pedagógicas, científicas, ergonômicas, recursos estatísticos e informatizados que subsidiam a atuação profissional no contexto da Odontologia social e preventiva. (Resolução nº195/2005 – CEP).	2007
	3435 - Periodontopatias I	Conceitos básicos do periodonto e do tratamento das doenças periodontais, com ênfase nos aspectos biológicos relacionados com outras áreas de conhecimento.	2008
	9608 - Saúde Coletiva	---	---
	3437 – Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva I	---	---
3ª	3438 - Cariologia III	Resolução de problemas de cárie por meio de procedimentos indiretos de Dentisteria e técnicas de tratamento conservador e radical da polpa dental.	2008

	3439 - Ciências Básicas: recapitulação e aprofundamento	Recapitulação e aprofundamento dos conhecimentos básicos de interesse em Odontologia adquiridos nas áreas de Microbiologia, Imunologia, Patologia, Farmacologia, Bioquímica e Genética.	2008
	3440 - Clínica Integrada I	Aplicação clínica adequada ao nível de complexidade compatível ao aluno iniciante, no atendimento a pacientes infantis e adultos.	2008
	3441 - Fundamentos Pré-Clínicos V	---	---
	3442 - Lesões Bucais II	Identificação e tratamento das principais patologias tumorais, císticas e glandulares encontradas na cavidade bucal e noções de Imagenologia.	2008
	3443 - Oclusopatias II	Planejamento e confecção de Próteses Parciais e Removíveis (PPR) e Próteses Totais (PT), e tratamento ortodôntico preventivo das más oclusões incipientes.	2008
	3444 - Periodontopatias II	Exame clínico e planejamento do tratamento periodontal.	2008
	3445 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva II	Avaliação do Sistema de Saúde do município e região.	2014
4 <sup>a</sup>	3446 - Ciências Profissionalizantes: aprofundamento (Cie 1, 2, 4 e 5)	Interdisciplinaridade das ciências profissionalizantes.	2009
	3447 - Clínica Integrada II	Aplicação clínica adequada ao nível de complexidade compatível, no atendimento a pacientes infantis e adultos. (Resolução n°. 195/05-CEP)	2009
	3448 - Orientação Profissional II	Fundamentos das bases legais e éticas da atuação profissional e dos aspectos psicológicos envolvidos na relação profissional/paciente.	2009
	3449 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva III	Interação ensino-serviço-comunidade por meio de atividades práticas multiprofissionais em unidades básicas de saúde da região.	2014
5 <sup>a</sup>	3450 - Clínica Integrada III	Aplicação clínica adequada ao nível de complexidade no atendimento a pacientes infantis e adultos (Resolução n°. 195/05-CEP)	2010
	3451 - Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva IV	Interação ensino-serviço-comunidade por meio de atividades práticas multiprofissionais em unidades básicas de saúde da região.	2009
	3452 - Trabalho de Conclusão de Curso	---	---
	9606 - Atenção em Saúde	---	---

Fonte: Disponível em: <http://www.dod.uem.br/disciplinas> (2020).

A composição da matriz curricular do curso da UEM articulada com as ementas assim como o manual e instrutivo da Clínica Ampliada e as próprias entrevistas dos atores participantes formam o *corpus* de análise, identificando os núcleos de sentido que emergiram do que foi analisado, para definição de categorias *a priori* e subcategorias (Quadro 8).

Quadro 8 – Categorias *a priori* e subcategorias.



Fonte: WebQDA, elaboração da autora (2021).

As categorias *a priori* direcionaram para as subcategorias que serão apresentadas a seguir em suas expressões, sejam nos relatos dos atores participantes ou na observação feita ou nos documentos do curso. Dentre a **categoria clínica ampliada** emergiram as seguintes subcategorias: humanização em saúde, planejamento integrado e colegiado e aprendizado por níveis de complexidade.

A **subcategoria humanização em saúde** englobou acolhimento, ambiência, projeto terapêutico singular vinculados a Política Nacional de Humanização. Com priorização da alta do paciente (pessoa), do início e término, para que suas demandas sejam atendidas. A integralidade emergiu relacionada a enxergar o paciente, a pessoa, tudo que está relacionado a ele(ela); como o que significa para saúde bucal, e o que isto interfere no contexto de vida. Assim como o significado deste tratamento odontológico para o paciente (pessoa). Foram expressas as relações interpessoais, familiares e de trabalho que são influenciadas e estão envolvidas nas necessidades de saúde apresentadas por cada paciente (pessoa).

Na **subcategoria planejamento integrado e colegiado** foi evidente que há um partilhar de conhecimento e olhar sobre as necessidades e as demandas do paciente (pessoa). Troca-se conhecimento e aprendizagem entre pares tanto entre os discentes quanto entre os docentes.

A **subcategoria aprendizado por níveis de complexidade** representa a participação do paciente (pessoa) durante o atendimento, avançando dentro da proposta de melhorar sua condição de saúde bucal, em uma perspectiva de tratamento odontológico não pela intervenção clínica com “restauração” ou “raspagem” limitando o dano, e sim pelo tratamento odontológico na perspectiva da saúde bucal, em que se prioriza diagnóstico da doença presente relacionando as condições de vida dos pacientes (pessoas) e possíveis alternativas para impedir o aparecimento da lesão no órgão dentário ou o substrato fisiopatológico da doença periodontal, principais doenças mais prevalentes. Nesta sequência desde o acolhimento quando ele chega até a instituição de ensino até quando ele tem suas necessidades atendidas. A partir desta sequência encadeada, os acadêmicos criam vínculo e estabelecem uma relação profissional-paciente (pessoa), se formando por níveis de complexidade, em uma sequência de acolhimento, diagnóstico, tratamento, manutenção, reabilitação e preservação.

Da **categoria potência para inovação curricular** emergiram as seguintes subcategorias: desenho curricular, espaços dialógicos e adoção e/ou rechaço (resiliência).

A **subcategoria desenho curricular** apresentou-se como direcionamento para a elaboração de fluxograma para o atendimento, definição de um prontuário único, prioridade dada a biossegurança, consultoria recebida como apoio externo de recursos humanos com representantes do Ministério da Saúde em relação a humanização em saúde, assim como de um dos colaboradores na formulação da Política Nacional de Humanização.

A **subcategoria espaços dialógicos** contempla o seminário como espaço para discussão do desenvolvimento da clínica ampliada ao ser formatada para que todos participem, sejam discentes, docentes e agentes-administrativos, no momento em que anualmente, todos se debruçam a partilhar o que desenvolveram clinicamente, em sua totalidade, na abordagem de todos os elementos da clínica ampliada (conhecimento de quem é aquela paciente, quem é aquela pessoa, a parte semiológica, deontológica, condução do tratamento odontológico para melhor reestabelecimento da condição de saúde bucal e até mesmo o representou, qual o significado deste tratamento odontológico para esta pessoa). Na voz dos acadêmicos constituídos em equipe com representantes do terceiro, quarto e quinto período, orientados por um professor e acompanhados pelos residentes, relatam a vivência clínica com um paciente

(pessoa) diante dos elementos da clínica ampliada expostos acima. O que se pode destacar também como um espaço dialógico de forma ainda mais específica relacionado ao seminário; este espaço estabelecido entre a graduação e pós-graduação para se comunicarem e estabelecerem trocas de experiências e conhecimentos. Além de um forte *continuum* no currículo, com destaque para a presença da clínica ampliada como disciplina obrigatória na pós-graduação nível mestrado, estabelecendo este vínculo entre os diferentes níveis de ensino, o que também articula ensino e pesquisa.

Outro espaço dialógico se dá na Copaca com a integração entre as diferentes áreas do conhecimento abordando este outro espaço de discussão tão importante para o desenvolvimento da clínica ampliada que se trata também de partilha sobre o que desenvolvem clinicamente na voz dos docentes. Este espaço se constituiu junto a implantação, implementação da clínica ampliada para oportunizar a formação permanente de todos que participam deste espaço e dialogarem sob possíveis avanços a serem realizados continuamente. A Copaca teve lideranças que a constituiu e atores de diferentes áreas do conhecimento participam desde o início revezando entre eles.

Em relação a **subcategoria adoção e/ou rechaço (resiliência)** foram feitos relatos pelos atores participantes que compreenderam e compreendem o processo de mudança como necessário para contribuir com a formação do cirurgião-dentista, assim como relatos também de alguns atores que imputam ao mercado de trabalho a imagem do cirurgião-dentista especialista versus o generalista e, principalmente relatos sobre a formação técnica a ser desenvolvida de forma unívoca em um momento dentro do currículo, dentro de cada área do conhecimento, levantando a questão do desenvolvimento e treinamento da habilidade *versus* conhecimento *versus* atitude; em que pese nesta subcategoria a adoção ou rechaço terem sido relacionadas a resiliência pela capacidade de se reinventarem diante das mudanças, apesar dos diferentes posicionamentos destes atores, eles adotam uma conduta coesa em prol da adoção ou rechaços pontuais, sendo resilientes as propostas de mudança. Assim como na visão do paciente (pessoa) em suas queixas principais e expectativas em relação ao tratamento que passa por toda uma visão difundida historicamente e culturalmente do que representa sua condição bucal em sua vida e o que se aborda na formação do cirurgião-dentista engloba no perfil do egresso desde a parte técnica, a social e a humana.

Na **categoria desenvolvimento do currículo** emergiram as seguintes subcategorias: normatização e difusão; papel dos diferentes protagonistas; e processos avaliativos internos e

externos. Nesta categoria englobou o desenvolvimento do currículo a partir da inserção da clínica ampliada, relacionando com o cenário anterior de implantação do currículo integrado, portanto no desenvolvimento do currículo há uma narrativa quanto ao desenvolvimento do currículo ao longo da história em um paralelo entre o currículo integrado enquanto contexto para a implantação da clínica ampliada.

A **subcategoria normatização e difusão** abarcou os registros escritos que se relacionam com o currículo prescrito quanto ao que está contemplado para funcionar no curso com menções ao currículo integrado e a própria formulação da clínica ampliada; a partir dos registros couberam relatos de como essas proposições registradas foram divulgadas e difundidas entre os que compõe o curso (técnicos-administrativos, pacientes/pessoas, docentes e discentes) por meio do currículo apresentado.

A **subcategoria papel dos diferentes protagonistas** envolveu informações que tangenciaram tanto os docentes, os discentes, os pacientes/pessoas e os técnicos-administrativos. Ao ter sido apresentado aos diferentes protagonistas a continuidade deste processo de desenvolvimento do currículo coube ao professor interpretar a proposta para modelá-lo. A partir deste currículo modelado caminhamos para o ato em si deste currículo, o momento em que ele acontece, o currículo em ação, de forma que ao vivenciá-lo gera um resultado como o currículo realizado.

Na **subcategoria processos avaliativos internos e externos** couberam as informações referentes a avaliação feita dentro dos módulos, nas diferentes dimensões em que coube avaliação como os seminários e Copaca, e as avaliações externas como Enade e premiação do Ministério da Saúde.

A partir dos próximos três capítulos associo os referenciais teóricos desta pesquisa, que a fundamentam e são alicerce para reflexão sobre o problema de pesquisa posto.

## 7. ELEMENTOS DA CLÍNICA AMPLIADA NA FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A formação do cirurgião-dentista voltada para a integralidade da atenção à saúde requer a inserção de uma proposta pedagógica que permita ao graduando exercer a odontologia de forma a aliar a reorientação dos serviços ao conceito de saúde. Estas premissas da promoção de saúde expostas na Carta de Ottawa (1986) direcionam para uma perspectiva de saúde a ser contemplada de uma forma abrangente,

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1)

Portanto o alcance da saúde, aqui direcionando para saúde bucal, demanda uma articulação entre diferentes setores (saúde, assistência social, trabalho, lazer, moradia), o que também está sinalizado na legislação do sistema único de saúde (BRASIL, 1990). O que está diretamente relacionado com os determinantes sociais em saúde, pelos quais somos alcançados.

É certo que na especificidade da odontologia nos deparamos com as limitações da atuação do cirurgião-dentista na cavidade bucal, em seu 1/3 inferior da face, desarticulando este *locus* do corpo e até mesmo das próprias condições de vida dos pacientes/pessoas que o levaram a se encontrar com determinada condição de saúde bucal.

Bottazo (2015) afirmou que esta integralidade do cuidado é quase inalcançável pela necessidade que teríamos, nós cirurgiões-dentistas, de nos aliarmos aos demais profissionais no processo do cuidado integral que o paciente requer, de modo a compreendermos o indivíduo (paciente) em sua totalidade. Uma perspectiva teórico-prática que se aproxima desta integralidade passa pela Educação Interprofissional. O que no currículo do curso de odontologia da UEM foi despertado pela inserção de um estágio de educação interprofissional, de diferentes cursos (Medicina, Farmácia, Biomedicina, Educação Física, Psicologia, Enfermagem e Odontologia) por entenderem a relevância e necessidade das socializações de experiências entre as profissões da área da saúde (SARAIVA *et al.*, 2018), o que se direciona ao preconizado em relação ao Projeto Terapêutico Singular previsto nas DCNO (BRASIL, 2021) desenvolvendo durante o processo formativo em uma disciplina curricular este encontro e formulação de soluções pensadas por todos eles, dos diferentes cursos de graduação, para os campos de estágios nos quais estão inseridos.

Quando essas relações entre as diferentes profissões de saúde não ocorrem corre-se o risco de não sermos resolutivos. Campos (2007, p.57) afirmou que “A clínica empobrece-se toda vez que ignora essas inter-relações [o Sujeito e o Contexto em questão], perdendo até mesmo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos”, o que implica um olhar reducionista sobre a condição de saúde bucal do paciente/pessoa.

Diante disto, a Clínica Ampliada se apresenta como um diferencial proposto para voltar o olhar do profissional de saúde para o sujeito e não apenas para as doenças. Nesta perspectiva alguns autores contribuem para a discussão desta temática no campo da saúde, especificamente na Odontologia e nos desdobramentos considerando os estudos curriculares. Assim como o entendimento de que esta CA se dá a partir da integralidade da atenção à saúde que abarca o cuidado do ponto de vista biológico, social, econômico, cultural, e tantos outros que contemplam a totalidade do indivíduo, em suas necessidades e demandas apresentadas ao longo da vida. Cunha (2010, p.46) reitera que a clínica tem “[...] dimensão política e subjetiva muito fortes”, ao estarem ali postos vários fatores determinantes em saúde a serem considerados.

Essa abordagem da Clínica Ampliada foi introduzida no campo da saúde a partir da concepção de que caberia o foco do tratamento voltado ao sujeito e não apenas para a doença (CAMPOS, 2007; BOTAZZO, 2017). Assim a prática clínica se vincularia com fatores determinantes e condicionantes da saúde, previamente identificados e vinculados na literatura científica, e até mesmo legitimando outros desses fatores ainda não estudados e firmados enquanto colaboradores dentro do processo saúde-doença.

Para compreensão do processo saúde-doença há a contribuição de Canguilhem (2012, p. 140) ao apresentar que “[...] estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico. Ao contrário, a característica da doença consiste em uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”. Neste sentido, cabe a análise do processo saúde-doença que precisa ser revisitado dentro desta compreensão última, entendendo para além do campo biológico como Ceccim e Feuerwerker (2004, p.1408) afirmam “considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não restrito ao campo biológico, somente sendo tratado de maneira integral é que poderá ser adequadamente abordado”. Desse modo, precisamos compreender a constituição de se fazer saúde pautado na doença.

Essa percepção do profissional de saúde muito voltado a um modelo curativista e com afirmações que advém somente das questões biológicas se constitui a partir de algo construído

no início do século XX, que se sustenta e se reformula mantendo sua essência nas questões biológicas, em detrimento dos aspectos sociais, entre outros (MENDES, 1984).

Na análise da proposição da Clínica Ampliada cabe sinalizar a discussão internacional/nacional sobre a medicina centrada na pessoa (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015) e a discussão nacional sobre a medicina baseada em vivências (MBV) (PORTO; DANTAS, 2003; PORTO, 2006). Tanto a medicina centrada na pessoa quanto a baseada em vivências desenvolvem-se voltadas para uma compreensão do outro, guardadas as particularidades de cada uma. A Medicina Centrada na Pessoa trata de “[...] um esforço de sistematização da abordagem de problemas emocionais, sociais e culturais relacionados à pessoa doente e que possam influenciar o desfecho do manejo clínico” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p.85) e a Medicina Baseada em Vivências cunhada por Porto e Dantas (2003, p.2) que compõe a seguinte fórmula matemática “ $AC = E [MBE + (MBV)^2]$ ”, em que a arte clínica é igual a ética multiplicada pela medicina baseada em evidências mais a medicina baseada em vivências elevada ao quadrado, trazendo à tona a relevância das vivências que são identificadas a partir da escuta do paciente/pessoa.

Em relação a Clínica Ampliada reitera-se que em nosso país foi que se firmou em documento governamental na Política Nacional de Humanização, a partir da seguinte definição:

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013, p.8).

A Clínica Ampliada conforme foi proposta pela PNH contempla: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009). Quando se debruça sobre compreensão ampliada do processo saúde-doença cabe reconhecer que as pessoas são diferentes, são singulares e estão submetidas a determinantes sociais em saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007) que interferem em suas condições de vida e saúde; assim como compartilhar o que se diagnosticou, quais as possibilidades de intervenção do cirurgião-dentista e qual será a contrapartida e participação desta pessoa quanto as terapêuticas; o que pode requerer um entendimento de ampliar o objeto de trabalho à medida que não olharemos apenas para os procedimentos a serem realizados e sim as necessidades da pessoa a ser atendida em toda sua complexidade interrelacionando condição de saúde bucal e condições de vida; a capacidade de

escuta precisa ser mobilizada e o olhar menos afunilado para que se perceba o outro; o que demanda dos profissionais de saúde terem suporte para enfrentarem o vínculo desenvolvido por outros processos de trabalho na saúde.

Foucault (1980, p. X<sup>44</sup>) afirmou que “[...] a distribuição originária do visível e do invisível, na medida em que está ligada à separação entre o que se enuncia e o que é silenciado: surgirá então, em uma figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto”. O que pode ser transposto para a linguagem odontológica, até mesmo o fato da clínica ser considerada a partir de determinada linguagem, a ser vista como “ciência positiva” (FOUCAULT, 2020, p. XVII) e após a compreensão do corpo humano em sistemas, cabe se considerar que “se recolhe a vida surda da clínica” (FOUCAULT, 2020, p. 59).

Clínica essa denominada de ampliada pela proposição de Campos (2007) ao mencionar a função “*Paideia*”<sup>45</sup> (termo grego), que foi registrada por ele como “[...] noção grega e indica a formação integral do ser humano” (idem, p.16), implicando conforme explicita como sugestão que se trata de “reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de cogestão dos sujeitos” (idem, p.16). O funcionamento da Clínica Ampliada diante do método “*Paideia*” que reitera em descrever como “[...] conceito antigo, oriundo da Grécia clássica, e que significa desenvolvimento integral das pessoas; um passo adiante em relação ao ‘Agir Comunicativo’ [ou seja, na saúde seria] incluir o Sujeito no trabalho em saúde” (CAMPOS, 2007, p. 25-26).

Diante do que se herdou da clínica moderna, de que “[...] a anamnese, o exame físico e os exames complementares têm por finalidades diagnosticar doenças” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p.38) há uma lacuna entre a clínica moderna e o que se propõe na Clínica Ampliada, ao passo que na primeira não se leva em consideração as singularidades do sujeito. É como se a lógica fosse de causa-efeito, não dirimindo o que estes autores denominaram de “demandas rebeldes – as que recusam a encaixar-se em diagnósticos conhecidos – afloram com mais liberdade” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015, p. 43).

A prática firmada na clínica moderna conta com o que Cunha (2010) denominou de *filtros teóricos*, que seriam as perguntas padrão em uma investigação clínica, pela anamnese, ou mesmo fechado o diagnóstico seria a recomendação farmacológica para determinada

---

<sup>44</sup> A página corresponde a número em algarismo romano.

<sup>45</sup> *Paideia* – termo grego. O autor Campos (2007) retoma esta concepção da Grécia antiga para criar o método *Paideia* que seria o desenvolvimento integral das pessoas para saúde. Saviani (2013, p. 65) “a *paideia* significava a cultura, os ideais da cultura grega”.

condição clínica. Fazem-se necessários estes *filtros teóricos* que são padrões, só que em muitos casos podem não atender a queixa principal do paciente/pessoa por não se encaixar em nenhuma delas.

O que se pondera é que o sujeito “portador” de determinada doença desaparece neste processo, sendo tomado como centralidade a própria doença. A esse respeito Campos (2007, p.64) afirma que

O objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Não há como ignorar a enfermidade, senão não seria clínica, mas sociologia ou filosofia existencial. E não há como abordar a doença sem enquadrá-la dentro de uma certa ontologia. A doença existe e não existe, antes de Weber a clínica já operava, na prática, com conceito muito semelhante ao de tipo-ideal. Uma abstração concreta: a doença. Um ser inanimado, mas dotado de animação externa.

Então a grande questão não é desconsiderar a clínica em si. O ponto crucial é compreendê-la pela ótica do sujeito que respira, sente, fala, observa e pensa (exerce os cinco sentidos) e tem singularidades no processo saúde-doença. Não se pode atribuir todo valor ao ser inanimado “doença”.

Diante deste sujeito que apresenta singularidades cabe ressaltar de acordo com Carrer *et al.* (2019, p. 9) o fato da escuta qualificada se tratar de

[...] instrumento poderoso da clínica ampliada, pois permite ao trabalhador da saúde, buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu, de modo a permitir que o usuário compreenda seu estado de adoecimento e se co-responsabilize na produção de sua saúde. É importante estar atento para o vínculo entre os trabalhadores de saúde e usuários, estimulando a autonomia da pessoa enferma diante do seu tratamento, ao mesmo tempo em que seu caso é tratado de forma única e singular (CARRER *et al.*, 2019, p. 9).

O que se apresenta como fundamental é esta escuta qualificada, assim como a habilidade/comunicação e acolhimento na formação dos profissionais de saúde (CARRER *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva da Clínica Ampliada há “[...] limites ontológicos dos saberes, em relação à singularidade do sujeito” e que há “limites do Universal para se compreender o Singular” (CAMPOS, 2007, p. 97), a medida destas duas limitações postas na clínica moderna, buscam-se outras possibilidades de cumprir a integralidade da atenção à saúde, por meio da Clínica Ampliada, na singularidade do sujeito, e também pelo projeto terapêutico que é proposto de forma integrada (interprofissional) a partir do olhar para este sujeito singular.

Neste sentido, pautemos no fato de que

[...] é forçoso reconhecer que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o

agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. (CAMARGO JÚNIOR, 2007, p.38).

Há diferentes concepções que se vinculam a promoção de saúde, ao próprio princípio proposto em documentos do Ministério da Saúde e até mesmo em posicionamentos críticos feitos à assistência à saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2007). Ao passo que apesar da (in)definição posta que traz uma reflexão ampla sobre o termo.

Esta é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007, p.19).

Neste contexto, cabe salientar algo de grande relevância que possa dificultar a discussão sobre a Clínica Ampliada e sua implantação, a saber: o poder. Estudos sinalizaram que há intenções em monopolizar o saber, seja por interesses econômicos, ou mesmo pelo desafio quanto ao limite do seu saber (CUNHA, 2010; CAMPOS, 2007). Daí a relevância das pesquisas e ações de formação profissional para integrar saúde e educação na perspectiva da construção de pontes, de rupturas aos processos disjuntivos que produzem fragmentação e supressão de conhecimentos indispensáveis a esta postura de saúde humanizada e humanizadora que se espera dos profissionais de saúde, a partir da proposta da CA.

O que não implica, a partir da CA, que a elaboração do projeto terapêutico (singularidade do sujeito) não se delimite as diferentes atuações de cada profissional de saúde envolvido nesta proposta terapêutica. Há uma diferenciação entre o que conceitua núcleo e campo para delimitar esta atuação; sendo considerado núcleo o que é específico e inerente a cada profissional de saúde e campo o que pode ser compartilhado entre os profissionais de saúde (CAMPOS, 2007).

Diante do exposto pode-se analisar o quão particular é a proposição da clínica que realmente se amplia na compreensão deste sujeito e, portanto, requer mudança da perspectiva biomédica, para trazer à tona outros recursos terapêuticos. Assim, as mudanças necessárias são na prática clínica do profissional de saúde formado e do profissional de saúde em formação. Lemos e Fonseca (2009, p. 66) afirmam que “A especificidade da universidade deve ser assumida de modo a evitar que o mercado e a profissionalização venham em primeiro plano, em prejuízo do pensamento, da crítica, da criatividade”. Neste sentido, aspectos outros são

desconsiderados no processo formativo do futuro cirurgião-dentista, e com isso gera uma lacuna entre o profissional que se formou e o que deveria se formar. Retira-se a possibilidade de formação integral do profissional, assim não há como oferecer um atendimento integral seja ao paciente/pessoa ou mesmo ao coletivo.

Essa significativa concepção de currículo requer, então, que seja revisitada a proposta formativa do futuro cirurgião-dentista pautada em “[...] flexibilização curricular que permita repensar as disciplinas, conteúdos, metodologia, avaliação, tempo e espaço de aprendizagem” (MASETTO, 2012, p. 26). De modo que o projeto pedagógico do curso seja repensado a partir do que demanda a sociedade e o exercício profissional, corroborando com o proposto tanto na legislação quanto no ensino superior (MASETTO, 2012). O que Graff e Toassi (2018) reiteram sobre a sedimentação das propostas de inovação pedagógica voltadas para a abordagem clínica na Odontologia serem firmadas nos currículos da graduação.

Voltando essa discussão da Clínica Ampliada para a Odontologia cabe ressaltar que a proposta, então, não é apenas o enfoque dentário e, sim, o extrapolar em relação aos fatores determinantes e condicionantes que interferem em sua condição de saúde. Estudo recente refuta sobre a “transmissibilidade da cárie”, no sentido de ser transmitida pelos microorganismos, o que não implica necessariamente em adquirir a doença cárie, que depende de vários fatores para se consumir (MALTZ *et al.*, 2016). Desse modo as observações clínicas vão se ampliando para outros fatores que se relacionam com o sujeito.

Em vista de outra perspectiva que se contrapõe ao modelo biomédico emergindo a partir da Clínica Ampliada são propostas outras semióticas para compreender o sujeito, em sua singularidade. Uma proposta que se apresenta em estudos abarca o exercício da semiologia feito apesar do equipamento odontológico (FONSÊCA *et al.*, 2018; GRAFF; TOASSI, 2018). O que põe em estudo a manutenção do ensino odontológico no adestramento das mãos (BOTAZZO, 2017).

Diante do que foi apresentado acerca da Clínica Ampliada a grande ponderação sobre este arcabouço teórico será balizado pelo que se determina por eixo estruturante no currículo (BORGES, 2015), ou seja, sendo considerada como componente curricular obrigatório e indispensável na formação do futuro cirurgião-dentista, não cabendo figuração nos espaços curriculares destinados à transversalidade. Partindo do pressuposto da odontologia extrapolar o fazer meramente técnico há que se considerar a análise da CA como algo a perpassar todo o currículo em seu processo de desenvolvimento, em que pese poder haver nuances ao longo das

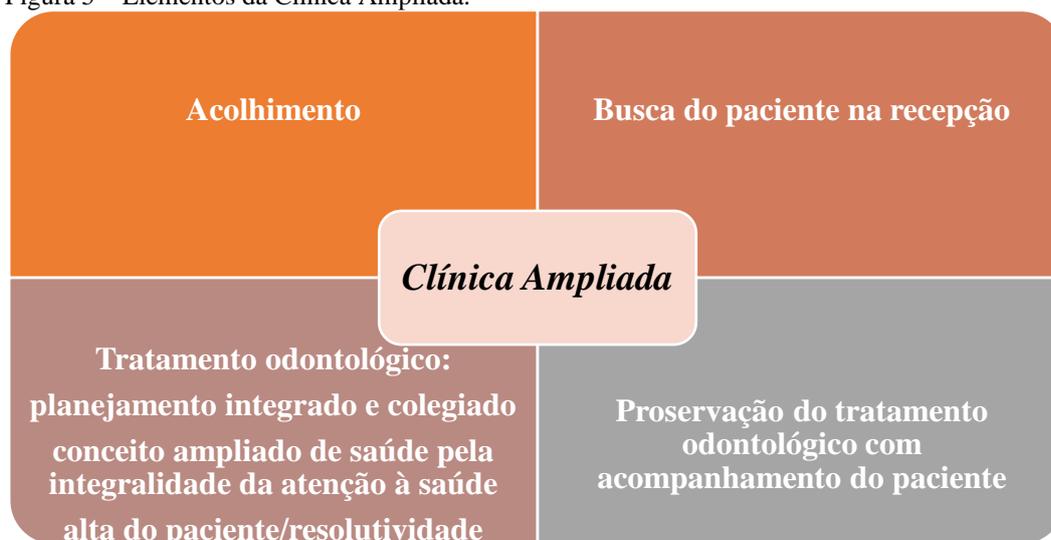
suas diferenciações, o que impulsiona estudos a serem realizados diante da matriz teórica sobre eixo estruturante.

Campos (2007) menciona os filtros teóricos que são inseridos durante o atendimento clínico e enviesam o olhar e afinam nossas tomadas de decisões durante o processo formativo e a atuação profissional. Estes filtros teóricos se referem a uma sequência de perguntas formuladas e fluxogramas a serem seguidos na realização da anamnese.

Quando pautamos nossas práticas clínicas para a escuta qualificada de forma tão engessada passamos a não dar espaço para o inusitado, para aquela informação que pode ser a chave para desvendar determinada condição de saúde. Por isto o foco nesta pesquisa para a ampliação das diversas e possíveis visões da prática profissional por meio da busca de informações nos relatos de experiências vivenciadas por estes atores (gestores da CA, agentes administrativos e/ou discentes e/ou docentes) que nos proporcionassem conhecimentos novos nos elementos constitutivos da CA.

Esta pesquisa identificou elementos da CA no curso de odontologia da UEM, que estão presentes desde o ingresso do paciente/pessoa na clínica odontológica, com o setor de acolhimento, a busca do paciente/pessoa pelos acadêmicos na recepção da clínica odontológica, o planejamento feito para realização do tratamento odontológico que se dá de forma colegiada entre dupla de acadêmicos, pós-graduandos e professores das áreas, culminando com a finalização do tratamento, e sua apresentação no seminário de clínica integrada (Figura 5).

Figura 5 – Elementos da Clínica Ampliada.



Fonte: entrevistas (2020/2021), elaboração da autora (2021).

O acolhimento inicia-se por um setor do curso de odontologia da UEM, por contato prévio com os pacientes/pessoas e posterior agendamento e encaminhamento a clínica odontológica do quinto período. O acolhimento continua na busca do paciente/pessoa na recepção, como foi relatado (Entrevista Hígia) com ênfase ao vínculo estabelecido entre o(a) acadêmico(a) do curso de odontologia e o paciente/pessoa, dando ênfase a escuta qualificada<sup>46</sup>.

Na sequência o tratamento odontológico pode ser denominado de um planejamento integrado e “colegiado”, uma equipe estuda e planeja o tratamento odontológico para aquele paciente/pessoa, envolvendo acadêmicos do terceiro, quarto e quinto períodos, o que representa importante ação de flexibilização curricular, pelo fato de a CA se situar na clínica integrada do quinto período. Esta ação curricular e compartilhada oportuniza aos acadêmicos do terceiro e quarto períodos a participação no atendimento e a responsabilização pelo paciente/pessoa, junto ao professor que orienta aquele atendimento, conforme a especialidade requerida para determinado procedimento, em articulação e não fragmentação do conhecimento ao aliar todas as áreas da formação em prol do paciente/pessoa.

Como ponto principal de destaque nos registros de fala (entrevista) e em observação feita está a alteridade presente, o que produz um ambiente zeloso quanto aos aspectos relacionais, um dos elementos da CA, pensando na singularidade do sujeito; oportunidade formativa de que se estimule e ensine a se colocar no lugar do outro, por uma postura dos docentes e dos agentes administrativos.

Outra questão importante é a atenção dada ao paciente durante o atendimento odontológico e a percepção do quanto sua condição de saúde bucal interfere em sua vida familiar e social, o que se relaciona a um processo de trabalho voltado para a inserção dos fatores determinantes e condicionantes da saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 1990) sendo inseridos no fazer odontológico, em uma compreensão que ultrapassa o resultado do fazer com as mãos (BOTAZZO, 2017). Aqui é possível perceber o encontro da saúde coletiva com a clínica odontológica, o que é o fazer clínico, e o que diz a nossa boca (WARMLING, 2016).

Warmling (2016, p.57) afirma que

Essas relações todas – ciência e arte, medicina e odontologia, ofício e profissão, formados e práticos, bocas e dentes, entre outras – marcaram não apenas como ocorreu a conformação do ensino de odontologia, mas principalmente as mudanças de sentido que foram sendo operadas nas práticas odontológicas e de ensino para chegar ao que significou produzir uma identidade de cirurgião-dentista.

---

<sup>46</sup> Atendimento a demanda apresentada pelo paciente com resolutividade (BRASIL, 2010).

Dentro do curso do atendimento odontológico se busca priorizar as etapas iniciais como o planejamento do que será executado, o que dentro do bojo da discussão sobre o fazer clínico inclui outras dimensões além do procedimento “intervenção”, por exemplo, a forma como conhecemos e identificamos o paciente para, assim, avaliar a real necessidade desse paciente e sua procura pelo serviço odontológico, o que inclui inicialmente os aspectos de promoção e educação em saúde, como a orientação de higiene bucal feita antes do tratamento odontológico para que seja ofertado de fato tratamento e não “reparos” a algo instalado. Nessa discussão cabe lembrar os níveis de prevenção que a qualquer estágio se faz necessária, mesmo na reabilitação lá na prevenção terciária, ao passo que a prevenção primária (LEAVELL; CLARK *apud* CHAVES, 1986) deve compor, integrar nossa rotina e processo de trabalho do cirurgião-dentista.

Um conjunto de odontologias discutidas por Narvai (2002) pode ser contemplado na formação deste curso que teve início em uma perspectiva voltada para essa formação integral. Se for resgatado o que está posto nas mudanças que foram ocorrendo ao longo dos anos da odontologia sanitária à saúde bucal coletiva (NARVAI, 2002), a visão de uma odontologia focada no dente e na prevenção se (trans) forma em uma visão social e não ‘apenas’ biológica do processo saúde-doença que envolve a cavidade bucal e suas interrelações.

No relato desta sequência de atendimento odontológico realizado na clínica da UEM foi possível depreender as subcategorias: ***humanização em saúde; planejamento integrado e colegiado; aprendizado por níveis de complexidade***. Estas subcategorias identificadas estão relacionadas com prescrições que foram mobilizadas e acionadas para direcionar e potencializar a formação do cirurgião-dentista na busca de ofertar a integralidade da atenção à saúde.

Ao debruçarmos sobre o que se imputa a integralidade, coube o resgate reflexivo da análise posta por Camargo Júnior (2007) sobre as diferentes formas de contemplá-la quando diz que “[...] as práticas em saúde bucal são pouco propensas a tal exercício, que seria o de compreender o seu paciente e propor atendê-lo por inteiro em suas necessidades de saúde” (BOTAZZO, 2015, p.211); o inalcançável torna distante da materialização dentro das possibilidades das mudanças graduais, ação própria do preventivismo, mas ao contrário avança para uma concepção social do adoecimento.

O conhecimento traz luz à interpretação dos fatos e direciona a ação pedagógica para a efetivação de mudanças necessárias à efetivação da desejada integralidade formativa e do

atendimento previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia (BRASIL, DCNO, 2002), intento tanto na Resolução nº 03 de 19 de fevereiro de 2002 quanto na Resolução nº 03 de 21 de junho de 2021 (BRASIL, 2021) detectei que em formato de prescrição a integralidade está anunciada em 2002, no artº. 5º, inciso IV ao estar firmado que,

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 (BRASIL, DCNO, art. 5º, inciso IV).

Ao passo que na Resolução vigente em relação as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia (BRASIL, Resolução CNE/CES nº3, 2021), ao se afirmar sobre a integralidade da atenção coube uma aparição em quatro momentos, no que se refere as competências gerais quanto a atenção à saúde, relacionando aos princípios do SUS e também na atuação desde a promoção até a manutenção da saúde, nos níveis individuais e coletivos, dentro da rede de atenção do SUS em resposta às necessidades sociais em saúde; e nas competências específicas e nos conteúdos curriculares relacionando as relações com as condições sistêmicas e a integralidade do indivíduo nos ciclos de vida. Além destes quatro momentos também cabe destacar que na parte inicial do capítulo V (Da estrutura curricular e dos conteúdos curriculares) se menciona sobre “cuidado integral e resolutivo”.

Outro ponto importante trazido pelas DCN (2021) foi o projeto terapêutico singular que carece de uma atuação interprofissional e, para tanto, a organização e o processo de trabalho precisam estar voltados para o exercício da CA, o que certamente figurará como elemento importante nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia, sedimentando a integralidade da atenção à saúde.

Diante do que está posto quanto a esta maior inserção da integralidade de forma prescrita, na própria documentação que rege e se trata de diretrizes curriculares para o curso de graduação em odontologia a integralidade foi se ampliando e ganhando espaço, sendo nomeada e intitulada para que seja desenvolvida na prática odontológica. À medida que vai se fazendo presente neste texto tão importante para nortear o currículo de odontologia se expressa como fundamental para a formação do cirurgião-dentista e traz à tona a discussão de que seja imprescindível colocá-la como pauta de discussão e operacionalização.

No sentido de proposição da ação desta integralidade caminhei rumo ao conceito ampliado de saúde, aos determinantes sociais em saúde que também são apontados por Botazzo (2015, p.213) ao afirmar que

Ampliar o trabalho clínico seria parte desse esforço no caminho da integralidade. Há duas questões que devem ser postas e que nos parece articuladas a esse propósito. A primeira diz respeito ao espaço reservado a esse trabalho clínico integral e a segunda, às possibilidades de intervir integradamente nos determinantes das doenças bucais [...].

Estas duas questões puderam ser observadas no curso quanto ao ‘atendimento odontológico’ tanto em relação ao cuidado integral quanto a integração com os determinantes das doenças bucais, envolvendo aspectos que emergiram nas subcategorias dos elementos da CA. A subcategoria humanização em saúde esteve presente em todos os relatos das entrevistas, em que coube diferentes visões abarcando desde o atendimento humanizado até a visão de um atendimento integral, criação de vínculo, assim como uma articulação entre o intelecto, o técnico e o humano, e o atributo do amor na prática profissional.

*Na UEM há esse atendimento humanizado, que sempre enxerga o paciente na sua integralidade. Essa deveria ser a formação do cirurgião-dentista. (MARTE)*

*Quando você consegue conversar com o paciente e o atende em várias áreas você consegue mudar o atendimento para uma forma mais humanizada [...] se coloca no lugar do paciente, [...] atende como gostaria de ser atendido, acho que esse é o ponto crucial. Quando você consegue atuar em várias frentes com o paciente, você consegue ter essa proximidade [...] faz com que os nossos pacientes estejam mais vinculados. (MERCÚRIO)*

*Essa CA vem para reforçar ao aluno a questão da integralidade [...] ter uma preocupação do paciente como um todo [...]. (URANO)*

*[...] alunos aqui da UEM, eu não sei se isso é uma característica nossa, mas eles criam um vínculo com os pacientes, eu acho que é a anamnese [...] eles vão criando esse vínculo ao longo desses tratamentos, que muitas vezes são mais extensos. (MARTE)*

*[...] não adianta o aluno ser assim maravilhoso, ter um desempenho intelectual muito bom, se ele não tem um desempenho humano [...] o aluno tem que ter desempenho intelectual, técnico e humano [...]. (PEAN)*

*O profissional da saúde, no geral, não só o dentista, tem que ter amor pelo que faz e pelos pacientes, acima de tudo entender que é uma vida que está na sua mão [...]. (HÍGIA)*

Esses apontamentos feitos nos relatos acima são reiterados nas falas de Hígia ao mencionar sobre esta integralidade ser abordada desde a primeira clínica, por todos os professores, e atribui a isso o SUS como campo de atuação e a parceria ensino-serviço existente entre a UEM e a prefeitura municipal de Maringá. Além de exemplificar sobre uma restauração

em relação não exclusivamente a sua sequência operatória, mas sim a atender a necessidade do paciente durante e após este procedimento.

*[...] desde a primeira clínica integrada todos os professores mostram e prezam muito por ver o paciente como um todo, não é só um dente que está doendo, não é só a reclamação do paciente, temos que ver o que ele está precisando além daquela dor no dente. Temos essa visão integral por atuar no SUS. Todos os nossos estágios extramuros são no SUS, então eu acho que essa visão de integralidade é o que mais me marcou [...]. (HÍGIA)*

Diante desse relato cabe uma reflexão sobre a associação feita entre esta abordagem da integralidade relacionada a suas condições de vida e saúde em função do processo formativo no SUS. O estágio extramuros os coloca diante da realidade socioeconômica da comunidade e como esta realidade os afeta em seus cotidianos diários, por isso traz a reflexão da importância de se fazer esta associação, o que torna este espaço de aprendizagem propício a uma formação voltada para as condições de vida do indivíduo, família e comunidade. No entanto, pensar a necessidade de busca da integralidade dentro de um compromisso ético e bioético do atendimento em saúde exige uma postura profissional diferenciada em todos os atendimentos. Não se pode dicotomizar assistência de atenção à saúde, assim como estabelecer uma cisão entre o público e o privado com diferentes condutas na relação paciente-profissional.

*A fase reabilitadora e de manutenção são pontos muito positivos da CA [...] o prontuário único da CA, a sequência do plano de tratamento e essa oportunidade do paciente ter em média três planos de tratamento pra escolher, eu acho isso incrível [...] a CA vai sedimentando na nossa cabeça, o que pode ser utilizado aí em qualquer outra clínica [...]. (MARTE)*

Na fala de Marte fica evidente que seja na rede pública ou particular há que se considerar a CA a ser ensinada e desenvolvida independente do espaço de atuação do cirurgião-dentista. De acordo com Morita e Kriger (2006, p. 133),

Formar para o sistema de saúde vigente no país, como enfatizam as Diretrizes Curriculares Nacionais, é capacitar o profissional de saúde para atuar nos diferentes espaços do Sistema: nos serviços públicos, na clínica privada, passando pelo trabalho com convênios e credenciamentos, nos planos de saúde, na autogestão em saúde, nas entidades filantrópicas, etc.

Ou seja, a formação tão enquadrada por especialidades e voltada para uma prática liberal desconhece que formar no e para o SUS, contribui para uma compreensão ampla da realidade da população frente aos determinantes em saúde, o que culminará lá no atendimento da clínica privada, trazendo resolutividade, atendendo a demanda do paciente, devolvendo-lhe uma boa condição de saúde bucal e sua reinserção na sociedade, que não se resume ao tratamento

odontológico em si do procedimento, mas a sua finalização, ao processo de reabilitação que é reintegrar-lhe a sociedade. De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal a compreensão de reabilitação passa por “[...] recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional” (BRASIL, 2004b, p. 11), o que remete a compreender suas necessidades e condições de vida.

Para tanto, não se pode fragmentar pelas especialidades e a procura pelo procedimento específico e não pela complexidade e singularidade de cada paciente. Este é o ponto nevrálgico da formação do cirurgião-dentista, quando se fragmenta formação, se fragmenta exercício profissional, o que para Campos (2007, p.17) tem relação com “*núcleo e campo*”. Há uma diferença entre fragmentar a formação esfacelando em partes e compreender especificidades que trarão consistência teórica. Estes conceitos apresentados pelo autor diferencia a possibilidade no núcleo de haver especificidades de áreas, de disciplinas, no entanto apresenta também o campo, se pensarmos o campo da saúde precisamos cada vez mais nos direcionar para um conhecimento interprofissional, para não perdermos o olhar do cirurgião-dentista para a integralidade do cuidado.

Dessa forma, posso compreender as especificidades das áreas, não para isolá-las e sim verticalizar o conhecimento sobre elas e articular este conhecimento, o que Saviani (2008, p. 38) afirma que “[...] sem o domínio do conhecido, não é possível incursionar no desconhecido”, não será possível desenvolver uma conduta terapêutica adequada.

O que ao inserir os acadêmicos nos estágios extramuros proporciona a mobilização desta formação pelo contexto social. Um avanço em relação a instituições que ainda não se aproximaram tanto desta integração ensino-serviço e não propiciam estes momentos formativos. Para Moysés (2003, p.96) “[...] a construção de espaços de aprendizagem, em unidades do SUS ou em locais vinculados ao sistema de saúde, tem que se desenvolver de forma diferente da maioria das experiências de integração docente-assistencial do passado”, para que haja não uma demanda de condição de saúde bucal e uma resposta com execução de procedimento odontológico, mas sim um estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente respeitando suas condições de vida ao apresentar-lhe diferentes planos de tratamento, ao relacionar com os determinantes em saúde.

Outro destaque pode ser feito em relação a mobilização da humanização em saúde envolvendo todos os atores participantes, para que houvesse uma maior adesão a proposta durante a implantação/implementação da CA (HÉRACLES).

*[...] tentou implantar uma forma nova de estar trabalhando com as pessoas, que foi a questão da humanização. (HÉRACLES)*

Esta implantação pensada e proposta coletivamente teve o enfoque da humanização em saúde pautada na proposta do Humaniza SUS (SATURNO), o que desencadeou também um alicerce para iniciativas que associassem a implantação da humanização em saúde no curso, trazendo consigo as ferramentas propostas desta política, como a CA.

*Essa visão generalista também é um dos focos do curso [...] quando tivemos mais esse capítulo introduzido dentro do currículo, que é a humanização do curso, tanto na medicina quanto na odontologia, com introdução do Humaniza SUS [...] tivemos mais uma visão para o atendimento nesse âmbito [...]. (SATURNO)*

A fala de Saturno traz à tona a questão do contexto institucional e organizacional pautado nos atores que dessas mudanças participam mobilizando-as. Há também um posicionamento dentro da humanização em saúde referente a identidade do cirurgião-dentista que se coloca em xeque suas atribuições (NETUNO) e o relaciona a outros profissionais de saúde por mobilizar a escuta (MARTE).

*[...] essa parte de humanização é muito forte [...] esse contato mais direto toda semana me faz conhecer melhor o aluno. Diferente de quando eu vou lá e só vejo a parte técnica. O que deixa claro que nós professores não somos só técnicos, não somos dentistas somente, então temos que ver tudo, acho que isso a ampliada quer mostrar muito. (NETUNO)*

*[...] isso mostra o dentista que precisamos ser, que não é um dentista técnico [...] nós somos psicólogos também [...] tem muito paciente que vai numa consulta inteira só pra conversar, pra contar sobre a vida, paciente que chora ao longo das consultas. [...] eu estímulo muito os nossos alunos a estarem aptos pra ouvir [...]. (MARTE)*

Essa escuta qualificada que perpassa uma compreensão de que há a necessidade de uma integração entre ciências biológicas e saúde, ciências humanas e sociais e das ciências odontológicas, conforme preconizado nas DCNO desde 2002 (BRASIL, 2002) e reiterado na homologação das DCNO em 2021 (BRASIL, 2021), se deflagra ao se relacionar outros núcleos de atuação ao exercício profissional do cirurgião-dentista. Uma vez que se observa que há uma complexidade em suas atribuições que não se restringe a questões técnicas.

Ainda houve uma sinalização no que tange a humanização em saúde em relação a escuta no que se refere a relevância das informações dadas pelo paciente como forma de acolhimento,

a questão da alteridade, e analisando seu contexto de vida e saúde, conforme relatado nas falas de Júpiter e Hígia.

*[...] triamos um pouco das informações que escutamos, mas [...] não podemos filtrar tanta coisa e só escutar a parte que ele fala da dor [...], antes a escuta era muito restrita para aquilo que tinha uma relação direta com a doença. Falávamos assim, tem muita coisa que o paciente fala, temos que filtrar só aquilo que vai ajudar a diagnosticar, resolver aquela doença que ele tem ali na boca, mas essa escuta tem que ser um pouco mais ampliada [...] várias coisas passaram a fazer mais sentido depois que me permiti ter esse olhar mais amplo; acredito realmente nisso agora [...] não é só um discurso bonito, ver a pessoa que está ali sentada, que está me dizendo e demonstrando coisas, e que vão impactar, tem tudo a ver com o tratamento [...]. (JÚPITER)*

*Atendi um [paciente-palavra substituída] bem querido, ele chegou dizendo que estava suando, porque esse negócio de dentista dá medo [...], mas o espaço que demos pra ele expor os medos fez a diferença na hora de atendimento [...] definir acolhimento numa palavra seria empatia, você tentar se colocar no lugar do paciente, saber que está ali não porque quer, não porque gosta de estar no dentista, mas porque precisa de você, da sua ajuda. Às vezes o paciente não precisa nem tanto do procedimento odontológico, mas precisa que alguém o ouça [...]. (HÍGIA)*

A percepção de que o relato do paciente era restrito e o espaço dado a ele no contexto da CA, em uma perspectiva da humanização em saúde, contempla diferentes aspectos do seu contexto de vida, aproxima o atendimento a uma concepção humanizadora que interessa compreender “Quem é o paciente?”. Reflexões feitas durante a pesquisa provocaram esta indagação ao buscar compreender as relações entre os elementos constitutivos da CA. Considerei uma indagação fundamental se meu ponto de partida é voltado para a integralidade da atenção à saúde. “Quem ele é?”, Bedrikow e Campos (2015, p.86) afirmaram sobre a “história de vida” compondo esta clínica, a pessoa carrega em si uma gama de fatos e acontecimentos que o revela diante da demanda apresentada por ele no consultório odontológico. Se o olhar é integral faz-se necessário mencionar sobre a importância da anamnese, que tem por definição, segundo Guimarães Júnior (2020, p.30),

*[...] origina-se do grego e significa recordar ou, mais precisamente, trazer de volta à memória (ana [trazer de volta] + mnesis [memória]). Na anamnese vale dizer, identificar e recordar os eventos ligados à biografia – história de vida e história psicossocial –, queixa principal, história da doença atual, antecedentes hereditários, hábitos e vícios, história médica e tratamento médico atual do Paciente.*

Neste bojo estão incluídos também, conforme Pinho, Branco e Porto (2019) os elementos acima mencionados explicitando e detalhando ainda mais estes hábitos e incorporando as condições socioeconômicas e culturais. Tendo como detalhamento destas condições “[...] avaliar as condições de habitação do paciente, além dos vínculos afetivos familiares, condições financeiras, atividades de lazer, filiação religiosa e crenças espirituais,

bem como a espiritualidade” (*Idem*, 2019, p.52). Ilustrando com a literatura a importância deste olhar ampliado e considerando diferentes aspectos da vida da pessoa, aqui exemplificando em relação a espiritualidade, trago Reis, Leles e Freire (2020, p. 1) que em pesquisa constatou que “Religiosidade e espiritualidade estiveram associadas à Qualidade de Vida dos pacientes, independentemente das condições sociodemográficas e clínicas e comportamentos relacionados ao câncer”<sup>47</sup> (Tradução minha).

As condições socioeconômicas também são variáveis e influenciam esse processo, como pode ser observado na pesquisa de Meneghim *et al.* (2007, p. 528) quanto a associação entre “[...] fatores socioeconômicos (renda familiar), grau de instrução dos pais e moradia) e classe econômica com a prevalência da cárie dentária”, e com isso ficar evidente ser um conjunto destes fatores determinantes e condicionantes passíveis de influenciar na saúde, incluindo a religiosidade e espiritualidade que precisam ser consideradas no processo saúde-doença.

Outro ponto importante quanto a escuta foi a relação estabelecida com acolhimento, no sentido de alteridade, de se colocar no lugar do paciente para que haja uma reciprocidade e o cirurgião-dentista aproxime das reais necessidades muitas vezes não apresentadas. O ponto de partida é sempre a queixa principal do paciente, no entanto há que se considerar sobre possíveis necessidades não aparentes que precisam ser evidenciadas pelo profissional de saúde.

Durante o tratamento odontológico a formação é para uma visão generalista e para a resolutividade da demanda apresentada pelo paciente. Formação generalista abarcando os diferentes níveis de complexidade concernentes aos procedimentos odontológicos, a atuação do cirurgião-dentista com uma preocupação voltada desde a promoção de saúde à reabilitação em saúde, no sentido de trazer respostas ao que apresentou como queixa principal e até mesmo em uma prática profissional ética e responsável ao olhar além das necessidades apresentadas, para que o cuidado seja integral.

*[...] você tem que auxiliar o aluno a montar plano de tratamento, conforme a realidade do paciente, visto como um paciente, e não visto como a pessoa x que precisa de um procedimento x e depois joga ele lá para uma pessoa do 5º ano [...] então não existe isso. Existe assim, a equipe, a dupla do quinto ano tem que dar soluções [...]isso acaba dando envolvimento, então é muito bom você pegar e ver que os alunos têm esse comprometimento. Não vou dizer que isso roda 100%, nem sempre os alunos têm esse comprometimento, mas eu diria que sem CA isso não existiria. (URANO)*

*[...] O paciente tem que sair com o tratamento finalizado de lá. (HÉRACLES)*

---

<sup>47</sup> *Religiosity and spirituality were associated with the patients' QoL, regardless of their sociodemographic and cancer-related clinical conditions and behaviours.*

Esta resolutividade e comprometimento com a demanda apresentada pelo paciente na consulta odontológica, pode evitar grandes consequências advindas de uma progressão da doença. Fica evidente que se trata “do” paciente e não mais um paciente, isso sinaliza uma formação diferenciada em relação ao aprendizado apenas de uma técnica, como se determinado procedimento fosse isolado daquele paciente. A reflexão continua na fala de Zeus ao apresentar uma questão muito importante quanto a forma de abordagem da doença cárie, ou mesmo como outras demandas odontológicas, para que o foco não seja apenas reparar a consequência instalada da doença e sim a ênfase a ser dada no diagnóstico, por exemplo da doença cárie como doença crônica.

*[...] ter um olhar para o ser humano, entendendo [...] todas as dificuldades do contexto que ele vive, com toda a história que ele tem ao longo da vida e com muita empatia [...] humildade para aprender [...] Infelizmente ainda vemos a compreensão de profissionais e docentes, em que as doenças bucais não são tratadas como doenças crônicas, e assim, com o tratamento odontológico finalizado, o paciente recebe alta e retorna quando nova situação ocorrer: nova cárie, dor de dente, etc. e se considerarmos doenças crônicas, priorizaremos a manutenção para monitoramento dos riscos e identificação precoce dos sinais e sintomas. Além disso, essa compreensão deve ser passada para o paciente, para que ele possa se cuidar, desenvolvendo a autonomia para o autocuidado. (ZEUS)*

Enquanto nas falas de Hígia e Marte dando continuidade aos elementos da CA foram feitos relatos quanto ao acolhimento e a formação voltada para a associação da boca com o corpo em uma relação por meio da inteireza do indivíduo, partindo das questões sistêmicas e todas as suas condições de vida.

*[...] o acolhimento é o que mais dá frio na barriga pelo menos em mim, porque é o primeiro contato com o paciente, então você não sabe que paciente virá pra você, o que esse paciente precisa, se você vai conseguir resolver, então é o primeiro contato que você vai descobrir quem você vai atender [...] temos que deixar o acolhimento mais leve, nós sabemos que a maioria da população tem medo de dentista. (HÍGIA)*

*[...] uma formação excelente dentro da UEM [...], isso é uma tecla muito batida e essencial [...] essa formação de se enxergar o paciente [...] não só como a boca, mas toda a questão sistêmica e emocional e social é muito enfatizado dentro do curso de odontologia na UEM. Os alunos saem com uma boa visão de como enxergar o paciente em sua integralidade [...] devemos formar um bom generalista, com toda essa visão humanizada. (MARTE)*

Daí a interface que precisa ser estabelecida entre os elementos referentes a humanização em saúde, como o acolhimento, a escuta qualificada e a resolutividade, de forma a percebermos um fio condutor entre estes termos que trazem definições tão relevantes conforme firmado na política nacional de humanização (BRASIL, 2004a). Não há como desconsiderar a relação entre estes termos no sentido de pelo menos em partes atendermos a queixa principal e o que mais

for necessário para buscar uma abrangência no cuidado a ser ofertado. Todos os elementos da PNH relacionam-se entre si.

Na formação proposta relacionada à CA no curso de odontologia da UEM surgiu a questão relacionada à postura acadêmica adotada frente aos elementos mencionados acima. Houve afirmação de que há graduandos que apresentam esta susceptibilidade ao assumir uma conduta voltada para os aspectos da humanização em saúde. Mas houve também a identificação de acadêmicos menos susceptíveis ao fato, embora por questões culturais locais, por vivenciarem posturas humanizadoras pelos demais atores participantes deste currículo, foram influenciados para a assunção desta postura em suas relações profissional-paciente.

Diante destas falas houve a constatação do desenvolvimento de processos de educação informal interagindo com a formação destes futuros profissionais de saúde quando trazem externamente de suas relações familiares e/ou fraternais esta visão da humanização em saúde ou mesmo em processos de educação informal vivenciados nas relações entre seus pares, entre docentes e discentes, entre discentes e pacientes, entre docentes e pacientes, entre técnicos administrativos e pacientes, entre docentes e técnicos administrativos.

Esta predisposição que advém da educação informal é caracterizada por Gohn (2014, p.40), como

[...] aquela que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização – ocorrendo em espaços da família, bairro, rua, cidade, clube, espaços de lazer e entretenimento; nas igrejas; e até na escola entre os grupos de amigo; ou em espaços delimitados por referências de nacionalidade, localidade, idade, sexo, religião, etnia, sempre carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados.

Essa aprendizagem como precursora pode ser auxiliadora dos processos a serem firmados no âmbito escolar, no que tange a humanização em saúde, sendo uma bagagem anterior à formação acadêmica e profissional na universidade. Esta postura voltada para humanização em saúde quando vinculada ao que está sendo ofertado na formação do curso de graduação, ou seja, no currículo, pode potencializar esta dimensão formativa, a depender do contexto formativo e cultural constituído e expresso por meio dos protagonistas que o desenvolvem.

Em relação aos elementos da CA, reiterando a identificação da subcategoria *planejamento integrado e colegiado*, é um espaço formativo que integra diferentes áreas do conhecimento que compõem a estrutura curricular do curso: dentística, periodontia, prótese dentária, endodontia, entre outras. Essas áreas compõem, de forma articulada, elementos para o fechamento de diagnóstico, a indicação da melhor conduta terapêutica, seja no âmbito do

próprio quinto ano ou nos demais anos (terceiro e quarto). Esta articulação entre as séries se dá na elaboração e execução deste planejamento por diferentes perspectivas incluindo até mesmo os pós-graduandos nesta interface graduação e pós-graduação na busca da excelência no cuidado em saúde. Essa integração está na fala de Terra quanto a formação de uma equipe de trabalho, para realmente desempenharem um trabalho em equipe, com articulação das diferentes áreas.

*[...] Nós vemos essa questão da formação da equipe de trabalho, do trabalho em equipe. A CA começou a funcionar através dessa integração multidisciplinar, como um grande consultório [...] O paciente atendido na CA vai ser encaminhado, por exemplo para dentística, periodontia, e depois prótese e os alunos não se desligam do paciente [...]. (TERRA)*

Há uma compreensão de diferentes papéis docentes a serem assumidos durante a CA que vai desde a observação à biossegurança, ao equipamento de proteção individual, a proposição e discussão discente/docente do procedimento clínico a ser realizado naquela sessão e a proervação, acompanhamento do paciente; com destaque para a resolutividade que se faz presente pela CA estabelecer relação entre os acadêmicos de diferentes anos, no entanto a assumência do paciente pelo quinto ano faz com que haja uma certa autonomia e desenvolvimento profissional para a realização de procedimentos clínicos com início e término em uma única sessão clínica quando possível ou em um menor número de sessões clínicas, na busca pela alta do paciente com reabilitação (reinscrição dos aspectos funcionais e estéticos) da cavidade bucal, em sua expressividade e representatividade frente a si próprio e ao outro.

Nas tomadas de decisões clínicas também foi evidenciado que há uma discussão do caso clínico, ponderando (três) diferentes planos de tratamento conforme a condição de saúde e vida do paciente frente suas expectativas e reais necessidades diante da sua condição bucal e das possibilidades de resolução. Esta discussão se dá de forma colegiada, envolvendo especificidades da formação de cada docente imbuídos juntamente com os discentes de estudarem, analisarem, debruçarem e proporem soluções, planos de tratamento, que tragam a complexidade da singularidade de cada sujeito em relação ao que lhe é peculiar. Panacéia relatou sobre os procedimentos que foram ampliando sua complexidade na implantação e ao longo da implementação da CA.

*Na CA tratamos tudo, desde o começo do procedimento mais básico até uma cirurgia um pouquinho maior. Se formos autorizados a fazer, aí já fazemos, então eu acho que esse é o ponto que favorece muito a implantação da CA [...] dá uma margem para você trabalhar melhor. (PANACÉIA)*

Esse aumento de complexidade foi possível porque avançaram em compreender a necessidade de dar resolutividade ao paciente e por terem solidificado os processos de trabalho no interior da CA. Esta formação que proporciona este agrupamento de ideias em uma parceria entre os pares docentes na elaboração em conjunto com a dupla de acadêmicos do quinto ano, ou mesmo com os seis acadêmicos (dois acadêmicos do terceiro mais os dois acadêmicos do quarto), sinaliza uma atuação interdisciplinar (diferentes especialidades) em que eu dependo do conhecimento do outro e o articulo com o meu para fecharmos um diagnóstico e estabelecermos uma conduta terapêutica. Não se parte apenas de uma visão unicista e sim de uma visão multidisciplinar, que talvez até pudesse se avançar em uma visão interprofissional que contribuiria, no sentido de abarcar as necessidades desse paciente, em sua singularidade, quanto aos aspectos sociais, físicos, emocionais (integrado com outras graduações).

Quanto mais integrado for o conhecimento e sua inter-relação estabelecida é possível o alcance da compreensão da totalidade do indivíduo por não ajuntar este conhecimento e sim fazer as conexões e buscá-lo no sentido de desenvolver um raciocínio clínico que passe pela queixa principal, diagnósticos diferenciais, fechamento de um diagnóstico e estabelecimento de conduta terapêutica. Levando em consideração que toda esta sequência quando focada apenas em um modelo biomédico, pautado apenas na técnica do procedimento alcança em parcialidade os resultados esperados, muitas vezes não atendendo aos anseios do próprio paciente, ao ter ignorada, no processo de decisão, a escolha dele por um dos diferentes planos de tratamento.

A direção é integrar estas diferentes áreas como ocorre durante as clínicas ampliadas em que de forma colegiada, compartilhada, discutida, analisada conjuntamente, se olha para este sujeito, para este paciente, para este ser humano que apresentou aquela demanda como queixa principal e se estabelece caminhos a serem seguidos diante do que um grupo de professores, de um grupo de acadêmicos e do contexto de vida deste ser humano, com todas as implicações de relacionamentos interpessoais, de mercado de trabalho, de autoestima relacionada a sua aparência bucal e o comprometimento de suas “funções da boca” (WARMLING, 2016), desde as sociais até as funcionais que o impedem a depender de sua condição bucal de estar “reabilitado”. Partindo da concepção apresentada na Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) como ações de reabilitação “consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional”, o que nos chama para uma responsabilidade então em

relação as questões sociais, profissionais a serem postas em questão e articuladas ao nosso “fazer” odontológico.

Essa articulação entre áreas, entre especialidades, tem proposições desde quando se remete a mudanças no ensino da odontologia, como pode ser observado nos registros das reuniões anuais da Abeno (MENEZES e LORETTO, 2006). Não se pode definir como articulação uma junção de áreas, que mesmo ocupando o espaço clínico em comum, o fazem de forma fragmentada, voltando os olhares para o seu saber, não vendo as implicações de uma área em outra, ou mesmo sem a predisposição em buscar as interfaces que se fazem presentes.

O encontro das áreas de forma integrada e colegiada se dá à medida que se enxerga aquela pessoa, com todas as suas demandas, “queixa principal”, articula com as necessidades a serem resolvidas em um encadeamento de sessões, em que se estabelece uma parceria entre o profissional de saúde (graduandos em odontologia) e a pessoa que está sendo assistida, sempre observando as mudanças no contexto de vida, de saúde, vivenciados por ele/ela. O que Hígia em sua fala destacou quanto a possibilidade de atender ao que o paciente precisa naquele momento.

*Na CA você consegue atender o que o paciente precisa naquele momento [...] se chegou com uma dor de dente você vai atender [...] sem precisar passar para outra pessoa, outro setor. É uma realização poder atender o paciente no que ele precisa [...] e não pedir para voltar outro dia pra fazer aquele procedimento. (HÍGIA)*

Este ensinamento odontológico articulado requer despir de preconceitos e saberes pré-concebidos por parte dos sujeitos envolvidos, aliando o que se sabe ao que o outro sabe, fazer pontes de conhecimento que poderão aproximar da multidisciplinaridade, caminhando para a interdisciplinaridade, e na busca por conhecimentos construídos coletivamente, de forma colegiada, em uma perspectiva transdisciplinar (SANTOMÉ, 1998; BERNSTEIN, 1971; FAZENDA, 1995).

Quando a proposição de ensinar passa a ser a compreensão das necessidades apresentadas por aquele paciente no momento de seu encontro com os cirurgiões-dentistas graduandos e a equipe de docentes, não sobrepõem uma área a outra. O foco não é a doença em si apresentada ou os diferentes procedimentos a serem realizados, mas a indicação da melhor conduta terapêutica tendo como referência o contexto e o envolvimento com o tratamento odontológico que precisa passar pelos aspectos físicos, econômicos e sociais de forma imprescindível. Diante deste entendimento que o cuidado precisa ser integral, nos diferentes aspectos, gerando comprometimento e vínculo, destaco a fala de Mercúrio.

*Exatamente na CA tinha um paciente [...] e ali estava a equipe do quinto e do terceiro. Esse paciente tinha uma condição bucal x. Os alunos se preocuparam em melhorar a autoestima dele(a). Nunca vi uma dupla tão motivada em correr atrás. Eu acho que se colocaram no lugar do paciente e [do familiar- palavra substituída]. Quando eu vejo essa situação, esse comprometimento do aluno em querer melhorar, ajudar, em querer realmente está comprometido, [...] vão ser bons profissionais. (MERCÚRIO)*

O fato requer uma compreensão de que o paciente está inserido em um contexto familiar (parental ou não, família extensa) e inserido em um contexto de comunidade que interage com suas crenças, valores e condutas, promovendo mudanças em prol do seu bem-estar a depender de como lhe for apresentada a concepção de saúde e seus fatores determinantes e condicionantes, para dar sentido as suas mudanças de hábitos, que não serão isoladas e sim em interação com família e comunidade, assim como afirmado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Portanto, ao contrário do que a literatura científica aponta sobre a “*rivalidade*” entre as diferentes disciplinas (SANTOMÉ, 1998), o que se apresenta na CA do curso de odontologia da UEM é uma preponderância de aproximações e discussões enriquecidas pelas diferentes áreas de conhecimento, que não se apresentam de forma isolada e sim se inter-relacionando tendo como foco o paciente, a pessoa e não a doença isoladamente, embora existam divergências em posicionamentos na compreensão das modificações do processo ensino-aprendizagem, nas mudanças curriculares presentes que serão apresentados à frente.

Quanto a subcategoria *aprendizado por níveis de complexidade* perpassa pela participação desde o primeiro ano até o quinto ano do curso, com aprendizagem crescente e em espiral, com destaque para os níveis de saúde conforme as necessidades singulares dos pacientes sinalizado por Netuno.

*[...] explicamos [aos pacientes] que vai para o terceiro, o quarto ano, que esse aluno não faz esse procedimento, então é tudo muito explicado. (NETUNO)*

Desde o ingresso no curso de odontologia diferentes conhecimentos são mobilizados na constituição da formação do cirurgião-dentista. Há que se constituir um alicerce teórico que estabeleça articulação com a prática, em uma aproximação para um exercício profissional odontológico cientificamente fundamentado, com uma abrangência que inclui a habilidade motora associada com uma concepção teórica que conduz o cirurgião-dentista a realizar uma ação clínica guiada teoricamente, em um “*fazer*” odontológico.

O que no curso de odontologia da UEM se dá por sólida base teórica desenvolvida desde o primeiro ano de curso como menciona Panacéia em sua fala.

*Quando você chega no primeiro ano dá um susto grande [...] pelo fato de estar entrando em uma universidade. Tudo muda! Você tem a sensação de que não é odonto no primeiro ano, porque são todas as áreas básicas, lá no final do primeiro ano tem um pouquinho de escultura dental, e somente aí percebemos que é odonto [...] o primeiro ano é intenso, mas depois que você entende a proposta vai tranquilo. (PANACÉIA)*

Além do conhecimento desenvolvido pela articulação entre os acadêmicos das diferentes séries em uma perspectiva de aprendizado docente/discente, docente/discente/técnico-administrativo, discente/discente entre pares. Neste movimento de interação entre diferentes atores do cenário pedagógico é possível uma aproximação com o conceito de uma *zona de desenvolvimento proximal*, que Oliveira (1993, p.60), apresentando os estudos de Vygotsky, afirma por zona de desenvolvimento proximal o “[...] caminho que o indivíduo vai percorrer para desenvolver funções que estão em processo de amadurecimento e que se tornarão funções consolidadas, estabelecidas no seu nível de desenvolvimento real”, em cujo contexto de ensino e aprendizagem há um potencial a ser alcançado a partir das interações, processo no qual se alcança um desenvolvimento que produz aprendizagem entre pares.

A partir do que estava posto nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia em 2002 e foi reiterado em 2021, há que integrar as diferentes ciências, como: a biológicas e saúde, humanas e sociais e odontológicas; o que é desenvolvido de forma gradual por este espiral de complexidade, em que do primeiro ao quinto ano se amplia conhecimento teórico e possibilidades de intervenção clínica acrescendo maior grau de dificuldade, com procedimentos odontológicos mais complexos ao longo das séries/anos. Essa complexidade foi evidenciada na fala de Mercúrio.

*[...] nós tínhamos uma clínica semanal e eram alunos de terceiro quarto e quinto ano, [...] porque você tem uma questão de avaliação de nível de complexidade crescente, então era coordenado pelo aluno do quinto ano, o quarto e o terceiro ano participavam da discussão, e isso é extremamente enriquecedor, tinha um professor que coordenava algumas equipes, então você conseguia distribuir o paciente pra cada necessidade dele, de acordo com o nível de complexidade, então por exemplo, se ele tinha um [procedimento – palavra substituída] simples, algum dente, ele faria com terceiro ano, se ele tinha alguma coisa de complexidade média com o quarto ano e complexidades maiores com aluno do quinto ano. (MERCÚRIO)*

Esta aprendizagem por diferentes níveis de complexidade fica expressa na avaliação por níveis de saúde em que gradativamente cada dupla de acadêmicos desde o terceiro até o quinto partilham o cuidado da pessoa, do paciente, buscando em um encadeamento lógico de procedimentos firmados em embasamento teórico para a técnica em si, enquanto protocolo estabelecido, assim como em conhecimento científico quanto aos aspectos sociais, econômicos,

emocionais, psicológicos, culturais que envolvem todo o processo deste atendimento odontológico.

Há que se considerar neste processo formativo do cirurgião-dentista que sua constituição enquanto profissional de saúde passa desde a promoção de saúde, a prevenção, o diagnóstico, a conduta terapêutica, a reabilitação e a manutenção. Em sua fala, Urano relata o caminho formativo do acadêmico no cuidado com o paciente em diferentes níveis atuando ou tendo conhecimento, condições e formação para fazer encaminhamentos, com o correto manejo do paciente.

*[...] Qual será a ordem desses tratamentos [...] nível de complexidade [...] se é do terceiro, quarto ou quinto ano, quando ele vai atuar [...] seria praticamente uma divisão de tarefas organizada previamente, e essa organização é que faz um aluno reforçar na cabeça dele qual é a ordem do tratamento [...] e o que que ele pode oferecer. Mesmo ele sabendo que um paciente necessita de implantes, mas que não são executados dentro da CA, mas ele sabe [...] fazer toda sequência básica [...] restaurações executadas, para depois dar alta e falar para o paciente que está pronto para pôr os implantes [...] o nosso papel com o estudante de um currículo integrado consegue chegar nesse ponto final, de entregar o paciente para uma complexidade fora do que está no âmbito da clínica integrada [...]. (URANO)*

Portanto, essa compreensão requer uma apropriação destes conceitos perpassando a aprendizagem do exercício profissional que se aprofunda, que se verticaliza à medida em que avança no curso e se torna apto a realizar um procedimento mais complexo, que demandou exercer previamente o simples para que houvesse o desenvolvimento relacionado ao conhecimento, a habilidades e a atitudes que compõe a complexidade do atendimento da pessoa e não do paciente, não apenas da doença.

## 8. CONTRIBUIÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA PARA POTENCIALIZAR O CURRÍCULO

A CA inserida no curso de odontologia da UEM carregou consigo um processo de inovação curricular, ao enraizar-se com todos os seus elementos apresentados no capítulo sete, não só no seu espaço curricular, como nos outros módulos que compõem as disciplinas. Trouxe fortalecimento do currículo integrado ao potencializá-lo, na sua missão primeira de focar na integralidade da atenção à saúde da população Maringaense e demais localidades de alcance dos futuros egressos. Portanto é mister o meu inclinar sobre a discussão quanto a inovação advinda da CA.

A inovação é um termo vastamente discutido, com nomeações de sua presença nas mais diferentes áreas, passando também pela área da saúde. Carbonell (2002, p.25) afirmou que “[...] as inovações se centram mais no processo que no produto; mais no caminho, que no ponto de chegada. De fato, não se ocupam tanto do resultado final em si como dos múltiplos pequenos resultados objetivos e subjetivos, que vão se sucedendo e se encadeando”, o que podemos inferir quanto a relevância de seu papel. Veiga (2003, p.275) afirmou que “[...] não podemos separar processo de produto”, portanto as (trans)formações precisam ser analisadas tanto na perspectiva do gerado quanto na perspectiva do caminho percorrido para o ponto de chegada.

A inovação pode ser concebida em diferentes áreas do conhecimento, e nos interessa para este estudo a desenvolvida no campo educacional com implicações curriculares. Além de debruçar sobre o que se define como inovação posta na literatura.

A inovação pedagógica *per se* não se justifica descolada de um contexto que levou a reformulação de um estado atual do *status quo* (SAVIANI, 1980). As mudanças no campo educacional estão atreladas indubitavelmente a uma condição necessária que seja alterada, para uma renovação do que vem sendo proposto e rumos sejam redirecionados no sentido de um êxito maior no processo de ensino-aprendizagem e nas transformações sociais e políticas necessárias no campo da odontologia.

De acordo com Pereira, Mercuri, Bagnato (2010, p.201) “[...] se questiona sobre a finalidade da ação educativa que desenvolve e o papel da educação na formação do estudante. Este é um dos aspectos mais importantes na proposição de uma inovação para o currículo”, partindo das mudanças que trará advindas desta inovação curricular. Masetto (2012, p.17) ainda afirma que “A inovação sempre emerge em um processo histórico de uma instituição, em

determinado tempo, e ela mesma tem sua história, pois é um processo e não se esgota em medidas pontuais”, portanto realmente trata-se de um processo em que pode se avançar e retroceder a depender do contexto histórico, político e organizacional.

A pesquisa empírica permite afirmar que o currículo do curso de odontologia da UEM apresentou dois momentos de inovação curricular importantes de serem ressaltados, sendo o primeiro a transição do currículo tradicional em 1988 para um currículo integrado em 1991 (CONRADO *et al.*, 2004) e o segundo a construção da CA que iniciou como clínica do PSF (Programa de Saúde da Família) em 2007, para atender a demanda de uma comunidade nas adjacências do curso de odontologia da UEM (HAYACIBARA, TERADA TAKESHITA, 2010). O período que compreendeu o ano de 1991 a 2007 também foi repleto de projeto, seminários, experiências, grupos de estudo e de trabalho que se pautavam por oferecer um atendimento integrado, para uma odontologia que oferecesse a integralidade da atenção à saúde; o que entremeado a estas ações teve como sinalizador também as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (DCNO) (BRASIL, 2002).

A partir de 2007 com a clínica do PSF, entre os anos de 2008 e 2009, outras propostas foram sendo desenvolvidas tendo destaque o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do qual fez parte o curso de odontologia da UEM (HAYACIBARA, TERADA TAKESHITA, 2010). Quanto a esta mudança na área da saúde foi feita a proposição da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2007; FONSÊCA *et al.*, 2018), o que trouxe repercussões e desdobramentos a serem estudados mediante outras inovações, tendo como destaque e ação basilar para esta reformulação, o currículo, especificamente o currículo do curso de graduação em odontologia.

Na busca de alcançar a transformação do profissional cirurgião-dentista, um instrumento formativo importante seria por meio de um corpo teórico que mobilizasse o conhecimento a partir da “[...] compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (BRASIL, 2002), conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Odontologia e agora reiterado nas DCNO (BRASIL, 2021).

Assim a compreensão da inovação no campo da odontologia para a mudança do *status quo* (formação em saúde centrada na doença) perpassa estes entraves no interior da escola, em que disputas de poder se apresentam entre as especialidades e a integralidade, entre o público e o privado, entre o domínio docente de parte do currículo ao invés do todo, entre a própria reserva

de mercado que se faz ao tentar tornar exclusivo o conhecimento para si, ao invés de socializá-lo para o coletivo.

Neste contexto a inovação conforme apresentada na literatura busca afirmar-se como processo de mudança, em que as condições para seu uso parte da decisão em utilizá-la ou não, implicando em se posicionar favorável ou desfavoravelmente, ou mesmo assumi-la ou evitá-la (WANDERLEY, 1980). A Clínica Ampliada é uma mudança, uma inovação no curso de Odontologia que contribuiu para potencializar a inovação do currículo integrado do curso de Odontologia da UEM em curso, partindo do entendimento de inovação para Carbonell (2002) e Jorge (1993). De forma que tanto a CA como o currículo integrado tiveram uma intencionalidade de modificar as práticas pedagógicas.

O que faz refletir sobre a conjuntura da inovação e o que pode advir dela, o que pode acarretar de uma inovação se entendermos que se trata de “processo mental através do qual um indivíduo passa do primeiro conhecimento de uma inovação para uma decisão de adotar ou a rechaçar, e para uma confirmação posterior desta decisão” (WANDERLEY, 1980, p.40).

De acordo com Wanderley (1980) o que remete a quatro dimensões de análise, a saber: *quem* inova; *como* se inova; *o que* é inovado; e *por que* se inova. Quanto a *quem* inova destaca-se a possibilidade da inovação ser iniciada e dado andamento por outrem e o fato de ter envolvimento dos atores seja professores, acadêmicos, técnicos-administrativos, a própria gestão, seja no âmbito público ou privado, em que pode em determinado momento tornar-se individualizado-centralizado ou em grupo-descentralizado, a partir de interesses. *Como* se inova parte muito de quem está a frente desta inovação e se dará por reformas parciais ou totais, por mediação ou de forma impositiva, por renovação ou conservadorismo, ou por uma interrelação destas situações postas. *O que* é inovado destaca-se a organização do trabalho pedagógico que abarca o currículo com todos os seus meandros e atores que dele participam, apesar da distorção presente na tentativa de aliar o ensino e a necessidade das empresas, o que repercute no descompasso entre a formação e a necessidade posta na sociedade; e o *porquê* se inova muito voltado ao que se apresenta como pauta de pesquisas a partir das influências estrangeiras.

Partindo destas considerações de quem inova, como se inova, o que é inovado, e por que se inova tomando a CA enquanto inovação, assumida dentro de uma proposta curricular, engendra-se um desenho curricular na odontologia que se altera em conteúdo e métodos a serem revisados e reconfigurados. Conforme Carbonell (2002, p. 71) trata-se de que:

[...] método e conteúdo são indissociáveis e, portanto, não podem ser apresentados de forma autônoma e independente. É importante o que se sabe, mas também é importante o como se sabe. Há razões poderosas que mostram que o método não é anterior ao conteúdo, mas sim posterior a ele, e que o conhecimento do método vem da temática a ser tratada.

Assim, há que se pensar na inovação a partir de uma relação teórico-prática mobilizada por diferentes componentes, seja o teórico, seja na prática profissional que se constitua deste corpo teórico. Neste estudo, a partir da concepção da CA, considera-se “a saúde de forma integral, envolvendo condições biológicas, sociais, psicológicas, ambientais e políticas, sempre focando em um dado território” (CARRER *et al.*, 2019, p.6).

A inovação no currículo potencializada pela CA inserida no currículo de odontologia da UEM teve como ponto de partida a implementação das DCNO (BRASIL, 2002) que mobilizou processo de mudança na formação do cirurgião-dentista, assim como o Pró-Saúde (BRASIL, 2007).

A partir das DCNO os currículos foram impulsionados a serem reestruturados no que se referia ao perfil do egresso a ser formado e outras políticas indutoras, como o Pró-Saúde, e outras políticas no âmbito do sistema de saúde vigente (SUS), como a Política Nacional de Saúde Bucal, a Política Nacional de Atenção Básica, a própria Política Nacional de Humanização que contribuíram para demandar um processo de mudança na formação dos profissionais de saúde, portanto na formação do cirurgião-dentista. Em que pese a literatura afirmar sobre a legalidade e um documento não ter força para produzir e gerar uma mudança *per se*, e realmente não ser de modo automático, entramos na lógica da síncrese conforme afirma Saviani (2013).

Nesse contexto de busca pela legitimidade de mudanças conforme sinalizam os documentos, e assim como em um contexto propício conforme contribuições advindas da inovação curricular potencializada pela CA foi possível notar “dinamismos”<sup>48</sup> que direcionassem para uma síntese em relação a caminhos a serem percorridos por meio desta ferramenta, a “Clínica Ampliada”, pensando em saídas e estratégias indutoras de mudança na formação do cirurgião-dentista.

Esse posicionamento sobre as mudanças advindas da inovação e os questionamentos feitos sobre ela passa por uma adoção ou rechaço, conforme a construção histórica e participação dos atores que estão envolvidos.

---

<sup>48</sup> Termo narrado por Carneiro (2019) em banca de qualificação.

Portanto, a subcategoria potência para inovação curricular a partir da CA emergiu dos seguintes elementos institucionais, a saber: ***desenho curricular, espaços dialógicos, e adoção e/ou rechaço/resiliência.***

A construção da CA se deu a partir então de uma demanda da comunidade e de formação dos acadêmicos de odontologia, e foi se ***desenhando de forma curricular*** desde a sua concepção e formulação para seu funcionamento.

Neste desenho curricular da clínica do PSF, ponto de partida conforme apresentado na história do curso de odontologia da UEM, um grupo de docentes identificou no estágio de saúde coletiva, a partir das visitas domiciliares que estavam sendo feitas na comunidade, a necessidade de constituir um espaço clínico para atender as demandas clínicas, surgindo a preocupação de que os alunos tivessem um atendimento voltado para o acolhimento e escuta qualificada, com isso surgiu a clínica do PSF. Esta concepção da criação da clínica do PSF como precursora da CA, incluindo a afirmação de quais procedimentos a serem realizados e como se localizou no currículo esta carga horária, bem como qual seria o fluxo do atendimento, enquanto desenho curricular, podem ser constatados na fala de Zeus.

*[...] Não fazia sentido continuar as visitas, sem dar vazão às pessoas que tinham problemas, como cavidades por cárie, necessidades de cirurgia, lesão bucal, etc.. Então, diante dessa necessidade, a área de saúde coletiva criou uma clínica, às quintas-feiras pela manhã, que foi denominada de Clínica do PSF. A partir de então, fazíamos a visita, identificávamos os problemas e as equipes selecionavam casos mais urgentes para o atendimento. Num primeiro momento [...] atendimentos mais simples: ART, procedimentos básicos de periodontia, exodontias, e outras coisas que eram da atenção básica, sem entrar nas especialidades e assim fomos durante um ou dois anos. O atendimento visava toda a família, [...] crianças e aos poucos, fomos incluindo os adultos. Essa Clínica foi criada dentro da carga horária do estágio [...]. (ZEUS)*

Outro apontamento feito por Zeus foi quanto ao fluxo de atendimento desde o acolhimento ao planejamento integrado, encadeando a sequência do ingresso na clínica odontológica de ensino da UEM, marcando uma forma diferenciada a partir dos elementos da PNH:

*[...] estruturar o fluxo do paciente na clínica de maneira que a visão do aluno pudesse ser melhorada e acolhesse o paciente em todas suas demandas, com escuta qualificada e pensasse em oferecer o melhor atendimento possível dentro da nossa clínica. O início era o diagnóstico, o planejamento integrado e o direcionamento para outras clínicas das especialidades [...]. (ZEUS)*

História sendo resgatada aqui quanto a origem da clínica do PSF que culminou em sua transformação para a CA, potencializando o currículo integrado, porque sinaliza uma visão de

que não se segmenta a pessoa em partes, ao passo que também não é possível olhar só o contexto social, econômico, político e cultural e não enxergar a necessidade clínica em si, ou vice-versa, o que reafirma nossa complexidade e necessidades humanas que nos constituem e suscitam a integralidade. Quando se segmenta fragiliza e não cumpre com fomentar a saúde, que requer atuação em diferentes aspectos, como se contempla em relação a moradia, o emprego, a alimentação, entre os demais. Houve também relato sobre a associação entre o conhecimento técnico-científico e a compreensão do ser humano.

*[...] hoje o profissional que se forma tem que ter um conhecimento técnico-científico, um treinamento para realizar os procedimentos que são habituais da profissão, uma compreensão do ser humano que existe atrás daquele dente e ele precisa saber gerir tudo isso [...]. (IRENE)*

Esta compreensão se caracteriza por um dos elementos da CA, assim como cabe também no desenho curricular, por ser de extrema relevância que seja contemplado o conhecimento técnico-científico, como algo imprescindível no contexto de implantação da CA. É necessário entender diferentes formas de se conduzir e propor condutas terapêuticas que levem em consideração o processo saúde-doença em suas nuances.

*[...] um grupo de docentes se reuniu para tornar a clínica do PSF em uma CA, pensando a porta de entrada do nosso usuário, a otimização da passagem do paciente pela clínica, um plano de tratamento que agilizasse a alta e que evitasse tanta fila nas clínicas, de maneira a integrar a graduação, a pós-graduação e a equipe docente, trazendo essa parte humanística para a relação aluno-paciente; enxergar o paciente de maneira integral; seu contexto social[...]. (TERRA)*

Diante do relato feito por Terra é possível perceber essa transformação pedagógica que passou por diferentes aspectos contribuindo para o desenho curricular constituído na CA, consolidando-a no processo formativo, estabelecendo relação com o currículo integrado historicamente implantado previamente. Neste relato, Terra menciona ainda a CA como porta de entrada da humanização no atendimento, o plano de tratamento visando a alta do paciente evitando as filas, a integração da graduação e da pós-graduação e da equipe docente, como também na relação aluno-paciente, a visão do paciente de maneira integral em seu contexto social.

Ainda sobre essas ações relatadas por Terra quanto aos aspectos das clínicas também foram mencionadas pelos demais pesquisados. Iniciarei aqui pela mudança da clínica do PSF para CA tendo contado com representatividade de todos os participantes deste processo, em uma construção coletiva, a partir dos seguintes relatos.

*[...] o desejo de formar um grupo de pessoas para representar diferentes setores, então sempre aquela receptividade em relação à participação do pessoal do acolhimento, do pessoal do serviço social[...]. (JÚPITER)*

*[...] os professores e os funcionários [...] reunia todo mundo da Clínica, conversava pra pegar opinião e fazer a implantação, começamos a fazer umas adequações. [...] toda semana tinha um encontro para ver o que estava dando certo, o que não estava [...]. (HÉRACLES)*

Diante dos relatos de Júpiter e de Hércules fica perceptível que a participação foi ampla em relação a construção da CA, com reuniões constantes para os participantes entenderem que precisaria ser feita a muitas mãos, para que se estabelecesse de acordo com seu propósito. Estas reuniões passaram a compor uma comissão que foi denominada de Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada (Copaca).

*[...] a Copaca aconteceu quase que junto com a criação da CA propriamente, as peças-chaves [professores (as)] e aí [...] pra integrar, pra participar das reuniões da Copaca [...]. (JÚPITER)*

Com esta criação concomitante entre a CA e a Copaca, espaço coletivo de discussão e avaliação, é que foi possível traçar o que seria desenvolvido no novo componente curricular, constituído a partir da cessão de parte das respectivas cargas-horárias da Clínica Integrada III e Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva IV. Esta articulação entre estes componentes curriculares que funcionam em módulos, em sua origem, já anunciava uma mudança, uma outra forma de fazer e conduzir as demandas odontológicas que surgissem, ali estavam sendo discutidas e articuladas questões do nível individual ao coletivo, do biológico ao contexto social, ao se unir ciências odontológicas às ciências sociais e humanas, integrando a clínica odontológica à saúde coletiva, entendendo que o paciente, a pessoa, tem seus determinantes sociais que interferem em sua saúde.

*[...] A gente vem aprendendo ao longo do tempo. É muita coisa diferente. Introdução de sistemas, de encaixes de um módulo para o outro. [...] o nosso currículo é todo dividido por módulos. E tivemos que nos adaptar as cargas de teorias da parte humanitária, de humanização, muito forte [...]. (SATURNO)*

Observa-se na fala de Saturno, os ajustes dos módulos frente às mudanças que foram se dando na perspectiva do currículo integrado, diante da inserção da Clínica Ampliada trazendo a concepção de humanização em saúde diante de acolhimento, resolutividade, vínculo profissional (graduando)-paciente, direcionando para a pessoa, a necessidade de quem procura o serviço odontológico.

*[...] essa visão de observação do paciente como um todo, de acolhimento, de enxergar seu contexto social, a questão de fluxo; o que eu mais aprendi na CA foi essa questão do planejamento, do plano de tratamento integrado do paciente [...]. (MARTE)*

*[...] não tinha esse currículo da ampliada, assim os alunos todos eram muito atenciosos, mas mudou o jeito de atender o paciente [...]; eles acabam tendo mais responsabilidade sobre o paciente [...]. (HÉRACLES)*

*[...] foi criado um GT (Grupo de Trabalho) de Humanização na nossa Clínica da UEM [...]. (ZEUS)*

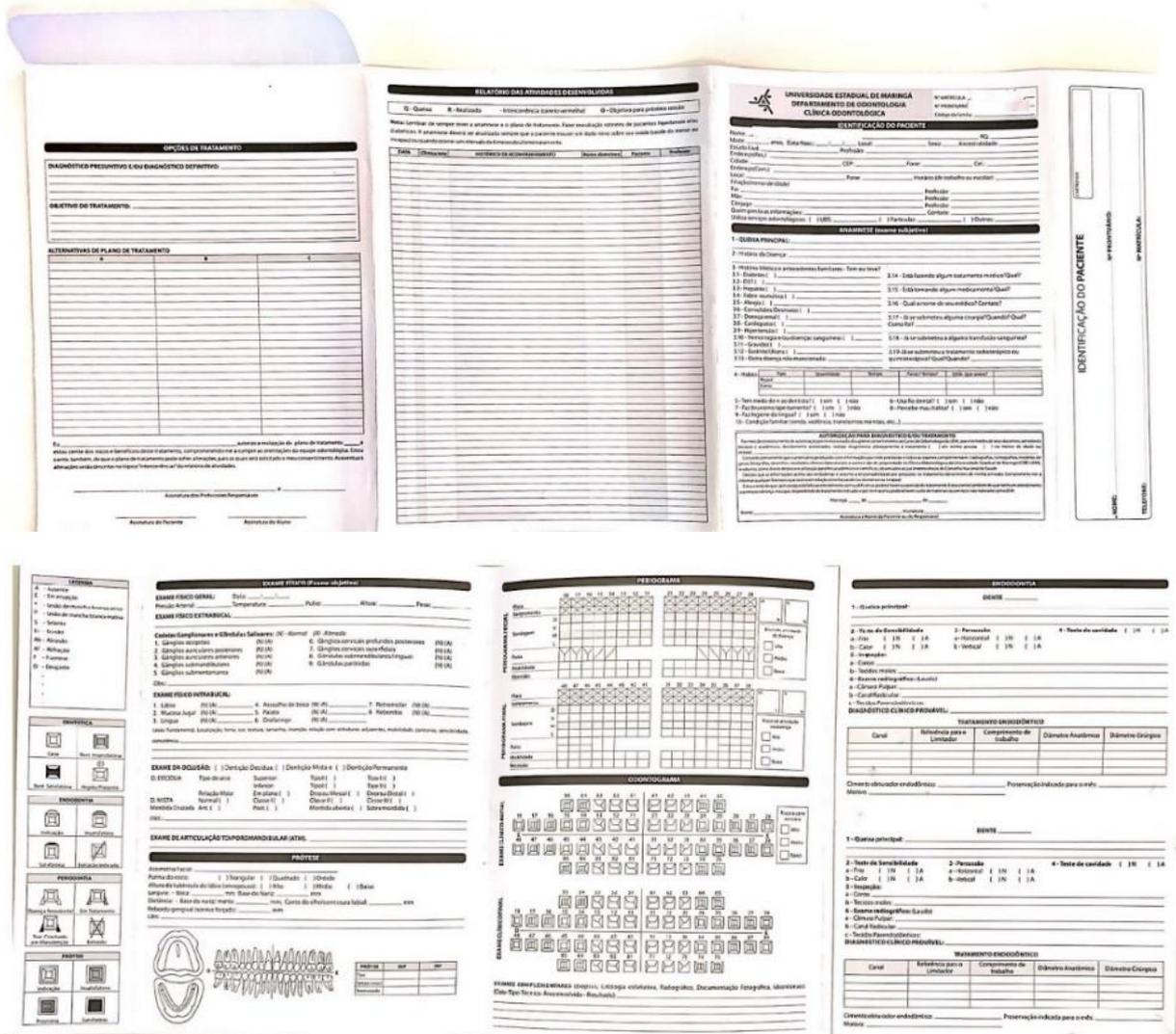
Da voz dos nossos interlocutores e interlocutoras de pesquisa é possível depreender que a criação da Clínica Ampliada se propôs a dar atenção integral aos pacientes, em um processo de humanização em saúde, cuidando quer da pessoa ou das famílias identificadas no estágio de saúde coletiva, ou da pessoa que procurasse pelo serviço de saúde da clínica odontológica da UEM. Essa atenção integral ao tratamento, a humanização em saúde, entre outros elementos da Clínica Ampliada expostos no capítulo anterior, também são mencionados aqui porque compõem o desenho curricular advindo da inserção da CA. A fala de Hércules a respeito da atenção dos acadêmicos com os pacientes sinaliza a responsabilidade para com o outro, dimensão pedagógica que repercute diretamente na organização curricular que traz este quesito como algo importante nesta formação. Da mesa forma se destaca a fala de Zeus sobre a organização de um grupo de trabalho para abordar as questões relativas à teoria e a prática da humanização em saúde na clínica odontológica da UEM.

Contemplando também a resolutividade, ao atender as necessidades identificadas dando continuidade e finalização do tratamento, há um significativo relato que foca o ponto crucial quanto ao reestabelecimento de saúde às pessoas que procuram pelo serviço.

*[...] quando eles pegam um paciente hoje é diferente de um projeto. No projeto [...] faz a cirurgia, operou, terminou. [...] na ampliada ele sabe que o paciente vai ter que sair de alta; é uma escolha do paciente. Eles fazem três tipos de planos de tratamento e o paciente escolhe, por ter ciência de tudo que vai ser feito, por exemplo, se uma prótese ou um implante. Daí o aluno começa ir atrás para fazer acontecer; [...] então ele tem ciência que o paciente vai sair de lá com o tratamento finalizado [...]. (HÉRACLES)*

Outro elemento da Clínica Ampliada que contribuiu para a organização do desenho curricular passou pela formulação de instrumentos que seriam utilizados durante a organização e materialização do novo componente curricular. Um deles passa pela proposição do prontuário único (Figuras 6, 7,8).

Figura 6 – Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.



Fonte: Instrumento cedido pelo curso de odontologia da UEM (2019).

Figura 7 – Legenda do Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.



Fonte: Instrumento cedido pelo curso de odontologia da UEM (2019).

Figura 8 – Sequência do Prontuário da Clínica Odontológica da UEM.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nº MATRÍCULA: \_\_\_\_\_  
Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
Código da família: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos, Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ancestralidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Endereço(Res.): \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_  
Endereço(Com.): \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Horário (de trabalho ou escolar): \_\_\_\_\_  
Filiação(menor de idade) \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cônjuge: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Quem presta as informações: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
Utiliza serviços odontológicos: ( ) UBS; ( ) Particular; ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE (exame subjetivo)**

1 - QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

2 - História da Doença: \_\_\_\_\_

3 - História Médica e antecedentes familiares - Tem ou teve?

3.1 - Diabetes ( )  3.14 - Está fazendo algum tratamento médico? Qual? \_\_\_\_\_

3.2 - DST ( )  3.15 - Está tomando algum medicamento? Qual? \_\_\_\_\_

3.3 - Hepatite ( )  3.16 - Qual o nome de seu médico? Contato? \_\_\_\_\_

3.4 - Febre reumática ( )  3.17 - Já se submeteu alguma cirurgia? Quando? Qual? \_\_\_\_\_  
Como foi? \_\_\_\_\_

3.5 - Alergia ( )  3.18 - Já se submeteu a alguma transfusão sanguínea? \_\_\_\_\_

3.6 - Convulsões/Desmaios ( )  3.19 - Já se submeteu a tratamento radioterápico ou quimioterápico? Qual? Quando? \_\_\_\_\_

3.7 - Doença renal ( )  3.10 - Hemorragia e/ou doenças sanguíneas ( )

3.8 - Cardiopatia ( )  3.11 - Gravidez ( )

3.9 - Hipertensão ( )  3.12 - Gastrite/Úlcera ( )

3.13 - Outra doença não mencionada: \_\_\_\_\_

4 - Hábito

Alcool	Tipo	Quantidade	Tempo	Parou? Tempo?	Qtd. que usava?

5 - Tem medo de ir ao dentista? ( ) sim ( ) não  
7 - Faz bruxismo/apertamento? ( ) sim ( ) não  
9 - Faz higiene da língua? ( ) sim ( ) não  
10 - Condição familiar (renda, violência, transtornos mentais, etc.) \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU TRATAMENTO**

Por meio deste instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da UEM, por intermédio de seus docentes, servidores técnicos e acadêmicos, devidamente autorizados, realizar diagnósticos, planejamento e tratamento ( ) em minha pessoa ( ) no menor de idade o incapaz.

Concordo plenamente que o prontuário produzido com informações por mim prestadas e todos os exames complementares (radiografias, tomografias, modelos e desenhos, fotografias, resultados clínicos laboratoriais e outros) são de propriedade da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (COO-UEM) e de uso exclusivo desta, sendo vedada a utilização para fins acadêmicos e científicos, observados os parâmetros éticos do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo a responsabilidade por prejuízos no tratamento decorrentes de minha omissão. Comprometo-me a informar qualquer fato novo que ocorra em relação à minha saúde (ou do menor ou incapaz).

Estou ciente de que, após a segunda falta ao atendimento sem justificativa, poderá haver suspensão do tratamento. Estou ciente também de que nenhum atendimento acarretará cobrança, mas que, dependendo do tratamento indicado e por mim aceito, poderá haver custo de materiais ou serviços não realizados pela UEM.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura e Nome do Paciente ou do Responsável

**EXAME FÍSICO (Exame objetivo)**

EXAME FÍSICO GERAL: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO EXTRABUCAL: \_\_\_\_\_

**Cadeias Ganglionares e Glândulas Salivares: (N) - Normal (A) - Alterado**

1. Gânglios occipitais (N) (A)	6. Gânglios cervicais profundos posteriores (N) (A)
2. Gânglios auriculares posteriores (N) (A)	7. Gânglios cervicais superficiais (N) (A)
3. Gânglios auriculares anteriores (N) (A)	8. Glândulas submandibulares/linguais (N) (A)
4. Gânglios submandibulares (N) (A)	9. Glândulas parótidas (N) (A)
5. Gânglios submentonianos (N) (A)	

Obs: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO INTRABUCAL:**

1. Lábio (N) (A) \_\_\_\_\_ 4. Assoalho de boca (N) (A) \_\_\_\_\_ 7. Retromolar (N) (A) \_\_\_\_\_  
2. Mucosa Jugal (N) (A) \_\_\_\_\_ 5. Palato (N) (A) \_\_\_\_\_ 8. Rebordos (N) (A) \_\_\_\_\_  
3. Língua (N) (A) \_\_\_\_\_ 6. Orofaringe (N) (A) \_\_\_\_\_

Lesão Fundamental, localização, forma, cor, textura, tamanho, inserção, relação com estruturas adjacentes, mobilidade, contorno, sensibilidade, consistência: \_\_\_\_\_

**EXAME DA OCCLUSÃO:** ( ) Dentição Decídua, ( ) Dentição Mista e ( ) Dentição Permanente

D. DECÍDUA Tipo de arco Superior: Tipo I ( ) Tipo II ( )  
Inferior: Tipo I ( ) Tipo II ( )  
Relação Molar Em plano ( ) Degrau Mesial ( ) Degrau Distal ( )

D. MISTA Normal ( ) Classe I ( ) Classe II ( ) Classe III ( )  
Mordida Cruzada Ant. ( ) Post. ( ) Mordida aberta ( ) Sobremordida ( )

Obs: \_\_\_\_\_

**EXAME DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM).** \_\_\_\_\_

**PRÓTESE**

Assimetria Facial: \_\_\_\_\_  
Forma do rosto: ( ) Triangular ( ) Quadrado ( ) Ovídeo  
Altura do tubérculo do lábio (em repouso): ( ) Alto ( ) Médio ( ) Baixo  
Largura: - Boca: \_\_\_\_\_ mm; Base do Nariz: \_\_\_\_\_ mm  
Distância: - Base do nariz/ mento: \_\_\_\_\_ mm; Canto do olho/comissura labial: \_\_\_\_\_ mm  
Rebordo gengival (sorriso forçado): \_\_\_\_\_ mm

Obs: \_\_\_\_\_

PRÓTESE	SUP	INF
Tipo		
Tempo (anos)		
Necessidade		



A implantação do prontuário único foi relatada na fala dos pesquisados, com destaque aqui a fala de Zeus sob sua utilização que ficou estabelecida para todas as clínicas, tanto as de graduação quanto as de pós-graduação.

*[...] Além do próprio fluxograma criado pela CA, no qual o indivíduo inicia o atendimento e caminha nas demais clínicas, de acordo com suas necessidades, também podemos destacar a construção do prontuário único, que é para todas as clínicas de graduação e pós-graduação [...]. (ZEUS)*

Este prontuário único foi elaborado de modo que contemplasse diferentes áreas do conhecimento (semiologia, odontologia legal, prótese, periodontia, dentística, endodontia), seguindo a sequência: identificação do paciente; anamnese (exame subjetivo); autorização para diagnóstico e/ou tratamento; legenda para determinadas condições dos elementos dentários com diferenciações de como registrar os procedimentos da dentística, endodontia, periodontia, prótese; exame físico (exame objetivo); procedimentos de prótese, periograma (inicial e final), odontograma (inicial e final), exames complementares, procedimentos de endodontia; opções de tratamento incluindo diagnóstico presuntivo e/ou diagnóstico definitivo e objetivo do tratamento; registro de três alternativas de plano de tratamento; finalizando com a autorização para realização do tratamento, com assinatura dos professores responsáveis, do paciente e do aluno; e na última parte o relatório das atividades desenvolvidas, envolvendo a queixa, o realizado, a intercorrência e o objetivo para a próxima sessão, com registros a serem feitos a cada sessão, com anotação da data, clínica/ano, história de acompanhamento, nome aluno/ano, assinatura do paciente e do professor que supervisionou o atendimento.

O prontuário apresenta duas dobraduras, uma aba informando a identificação do paciente (Cartão SUS, Nome, Número de Prontuário, Telefone, Número de Matrícula) e um envelope para armazenamento dos exames complementares. Não podendo deixar de destacar que há uma preocupação neste prontuário de propor uma anamnese contemplando hábitos e condição familiar, assim como o objetivo do tratamento e o objetivo para próxima sessão, reiterando que há um estabelecimento de raciocínio clínico a cada sessão desenvolvida com o paciente, integrando as suas mudanças de contexto de vida e saúde.

Importante destacar que no prontuário odontológico, antes das opções do plano de tratamento há uma ênfase dada ao diagnóstico presuntivo e/ou diagnóstico definitivo e ao objetivo do tratamento, o que traz a discussão sobre a “pessoa” e não sobre a “boca”. A inserção deste item “objetivo do tratamento” é algo a ser destacado e evidenciado como um achado importante na interface da queixa principal com os determinantes sociais em saúde.

O uso deste prontuário único no desenho curricular é feito por professores de diferentes áreas do conhecimento, fato mencionado de modo recorrente nos relatos dos sujeitos da pesquisa e também pela observação feita quanto a presença de professores de forma diversificada em relação as áreas, na clínica odontológica de ensino da UEM.

*[...] Hoje a característica dos cursos, tanto de mestrado quanto de doutorado, tem essa visão de clínica integrada, muitos desses alunos são ex-alunos. Nós temos a oportunidade de conhecer pessoas do interior e de fora do Estado, com outra visão. Quando eles entram na Clínica é um choque. [...] Ora eles estão na CA, e eles veem o professor de prótese, o professor de pediatria, o pessoal da orto. Nunca conseguiriam ter tanta gente na clínica quanto na nossa [...]. (SATURNO)*

Neste contexto de diferentes áreas que se relacionam entre si, a CA foi pensada como porta de entrada e organizadora das outras clínicas, o que segue a lógica do sistema de saúde vigente, em que a maioria dos problemas possam ser resolvidos na CA e para os demais que não possam, sejam encaminhados às outras clínicas, ou mesmo recebam a referência da própria unidade básica de saúde por referência e seja contrareferenciado depois.

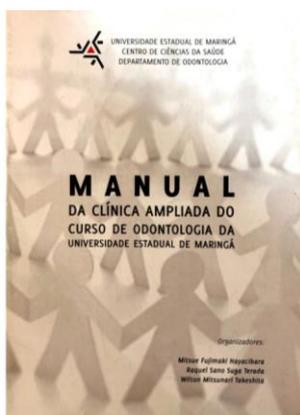
*A CA é a porta de entrada, a não ser a cirurgia, [...] tem alguns projetos igual o trauma que entra direto, o lebu que são sobre lesões na boca, o projeto vida que é para quem teve câncer. Tratamento que não é projeto, igual periodontia, dentística, endodontia, passa pela ampliada; vai ser feita uma análise para ver o que ele está precisando [...] daí vai ser encaminhado para outras áreas, mas o paciente que entrou ele vai sair com o tratamento completo. (HÉRACLES)*

*A CA seria o ponto de partida pra que as outras clínicas funcionassem. Ela mexe com a dinâmica do atendimento; é um serviço de referência e contrareferência que tem um fluxo mais ágil, que conversa com as unidades de saúde e onde não tem as referências, para as especialidades. Dentro da clínica também tem a conversa com a residência, o que melhora o nosso currículo, o fluxo referência e contrarreferência, e toda uma formação para o aluno do que é uma gestão de clínica e integração ensino-serviço [...]. (GAIA)*

Também destaco outra fala de Zeus sobre a elaboração do Manual da Clínica Ampliada (Figura 9) e sobre o Instrutivo da Clínica Ampliada (Figura 10), com o processo formativo de atualização de todos que participariam do processo de mudança com a implantação da CA.

*[...] muitas discussões, reuniões semanais, identificando como colocar em prática um fluxograma, elaboramos um manual, depois um instrutivo e [...] o treinamento de todos os docentes, acadêmicos e funcionários [...]. (ZEUS)*

Figura 9 – Manual da Clínica Ampliada



Fonte: Instrumento cedido pelo curso de odontologia da UEM (2019).

Figura 10 – Instrutivo da Clínica Ampliada



Fonte: Material disponibilizado no site <http://www.dod.uem.br/documentos/InstrutivoClinicaAmpliada2012.pdf>.

A elaboração destes instrumentos contribuiu muito para traçar o desenho curricular da inserção da Clínica Ampliada no currículo integrado. No Manual da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (Figura 9) coube descrever conceitos, tais como: Sistema Único de Saúde (SUS), níveis de atenção à saúde no SUS, sistema de referência e contrarreferência em saúde, a própria CA em si; e o acolhimento; a história da construção da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da UEM; e a operacionalização do atendimento, desde o acolhimento até a alta do paciente (HAYACIBARA, TERADA, TAKESHITA, 2010). Estes conceitos e a história da Clínica Ampliada foram abordados anteriormente na apresentação do curso de odontologia da UEM e estão aqui contemplados por comporem o desenho curricular da CA, por historicizar sobre esta implantação e em quais fundamentações teóricas.

O Instrutivo da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (Figura 10) contém vinte capítulos que informam sobre: normas da Clínica Ampliada; cronograma das atividades; organização do atendimento clínico; Vídeo “Dia-a-dia da Clínica Ampliada”; Seminários de Planejamento; Participação dos Mestrados em Odontologia Integrada; *Check-list* para o Atendimento na CA; Construção das Equipes de Trabalho; Projeto Acolhida; Ficha de avaliação clínica por competências; Questionários pré e pós atendimento; Acolhimento do paciente infantil; Normas e rotina em Biossegurança; Tratamento Restaurador Atraumático (ART); Fases do Planejamento Integrado; Fluxograma da Clínica Ampliada; Indicação dos usuários para as clínicas da graduação; Aspectos legais do prontuário da Clínica Ampliada; controle social (HAYACIBARA, TERADA, 2012). São

informações que detalham o funcionamento da CA, assim como fazem parte da potencialização do currículo integrado proposto pela instituição formadora para a CA, ao discorrer as ações que fortalecem o desenho curricular dela advindo

Instrumentos estes utilizados pelas ações da Clínica Ampliada e que norteiam seu funcionamento. Ainda foi mencionado pelos entrevistados sobre como se dá o cotidiano desta clínica, quanto a logística de execução e avaliação do seu planejamento, bem como a respeito da distribuição dos respectivos pacientes.

*[...] essa de ter professores em corredores, dando notas diferentes, a gente vê que dá muito mais certo, porque é diferente, você tem vários alunos para acompanhar parte técnica, mas você deixa outra parte de lado, pontualidade, se realmente o paciente desmarcou ou foi o aluno que desmarcou; esse contato direto eu conheço melhor o aluno, diferente de quando eu só vejo a parte técnica.[...] Nós professores não somos técnicos, não somos dentistas somente[...] acho que isso a ampliada quer mostrar muito [...]. (NETUNO)*

*[...] otimização da logística de distribuição do paciente pelas diversas clínicas; isso trouxe uma boa inovação para o currículo e para o desenvolvimento das habilidades clínicas do aluno [...]. (TERRA)*

*[...] a CA junta a equipe do terceiro, quarto e quinto ano e aquela equipe, como você viu, junto com os mestrados, aquela equipe tem que ver o paciente como uma pessoa que necessita de vários tipos de tratamento [...]. (URANO)*

Esta reflexão feita por Netuno expande a visão a respeito da formação do cirurgião-dentista que extrapola a utilização de instrumentos clínicos e põe em questão a complexidade deste processo formativo, em que diferentes aspectos precisam ser observados em seu cumprimento, como a biossegurança e a relação profissional-paciente, incluindo pontualidade e compromisso com o agendamento do atendimento.

A distribuição mencionada por Terra remete à articulação entre os diferentes períodos letivos (3º, 4º e 5º). Na fala de Urano estes aspectos formativos também foram constatados ao mencionar o mestrado. De forma que este desenho curricular contempla também importante interface da graduação com a pós-graduação.

*Os mestrados, os doutorandos que ficam coordenando e nós professores por trás, então no primeiro dia da ampliada existe o sorteio do box, por exemplo, [...] eu vou orientar vamos supor o box 1, então tem os alunos já determinados do terceiro, quarto e quinto ano, isso [...] funciona; nesse primeiro dia sorteia quem vai ser o professor que vai coordenar o box que corresponde ao terceiro, quarto e quinto ano em duplas, são dois do terceiro, dois do quarto e dois do quinto, mais mestrando, doutorando e residente executando, porque se for um caso mais complexo eles nos ajudam, o aluno do quinto ano pega um caso da ampliada e vai dando sequência, mestrando e doutorando vão fotografando os casos e o terceiro ano faz a complexidade dele, o quarto e o quinto ano atendem, eventualmente a residência ou mestrando também atendem e eu, mais um professor orientamos esses alunos; ao final do ano eles apresentam o caso [...]; isso mostra integração, tem dado excelentes resultados.*

*Todos apresentam uma defesa e todos os professores, de todas as áreas assistem, e fazemos comentários [...]. (NETUNO)*

Na fala de Netuno fica explicitada a logística de distribuição dos acadêmicos da graduação em duplas por período letivo, junto aos pós-graduandos na condução dos pacientes, responsabilizando-se conjuntamente por eles. A culminância deste processo ocorre na realização de um seminário que compunha uma disciplina do terceiro ano e foi incorporado como seminário da Clínica Ampliada articulando todos os graduandos (3º, 4º e 5º anos), pós-graduandos, docentes e agentes administrativos como estratégia de ensino-aprendizagem, na consolidação deste aprendizado para formação do cirurgião-dentista que compreenda o paciente, nas suas queixas e resoluções conforme relatado por Vênus e por Terra.

*[...] Era uma disciplina do 3º ano [...] e ela fazia seminários. Desde que ela assumiu, uma vez ela colocava artigos de todas as áreas [...] convidava os professores daquela respectiva área para participar. Ela tentou fazer discussão de casos [...] encaixar os seminários da CA [...] e aí que a coisa fechou mesmo [...] foi uma disciplina da graduação; graças a visão que ela tem de formar um profissional generalista que atue no paciente de forma integral [...]. (VÊNUS)*

*[...] nos seminários uma equipe de alunos, dois do terceiro, dois do quarto e dois do quinto são orientados por dois docentes e por um ou dois pós-graduados e essa equipe de trabalho adota um caso clínico, pode ser da clínica integrada ou pode ser da Unidade Básica de Saúde ou pode ser de outra disciplina, mas um paciente que esteja em atendimento clínico pra acompanhar todo caso desde as fases iniciais e o plano de tratamento, não precisa concluir o caso, nós só precisamos do plano de tratamento, alguns até fazem o caso e documentam e apresentam, mas não é obrigatório isso, nós precisamos do plano de tratamento, [...] eles buscam casos bem complexos, os casos multidisciplinares, casos que tenham até um contexto social importante ou um contexto sistêmico importante [...]. (TERRA)*

Na fala de Terra ainda se enfatizou o quanto se faz importante o seminário no desenho curricular por identificarem e relacionarem o “*contexto sistêmico*”, o “*contexto social*”, constituindo-se como fundamental espaço curricular na reflexão sobre este vínculo com o paciente, bem como a resolução de suas demandas. Portanto a Clínica Ampliada foi sendo desenvolvida neste desenho curricular, em que todos a foram compreendendo e a construindo. No destaque de Irene, a seguir, mostra a compreensão dos acadêmicos em relação a CA, sendo que as orientações são dadas no início do ano por meio de um *Workshop* feito junto aos acadêmicos, em concordância, Marte também afirma, a seguir:

*[...] com o tempo então começamos a fazer com que eles pegassem esses pacientes da CA, e eles entendessem pra que servia a CA [...]. (IRENE)*

*[...] primeira CA do ano nós fazemos um workshop para os alunos entenderem como é que a CA funciona, então na outra semana fazemos um feedback desse workshop [...]. (MARTE)*

*[...] apresentando os seminários consolidou [CA], porque era a cobrança que tinha para esses alunos trabalharem juntos, com escala de professores, com escala de alunos de pós, então acaba fazendo todo mundo participar [...]. (VÊNUS)*

Uma das orientações dadas aos acadêmicos refere-se a escala de trabalho, por meio da distribuição feita na formação das equipes, articulada para que todos participem do processo de acolhimento, discussão do caso pelo planejamento integrado e colegiado, definindo plano de tratamento, resolução, alta do paciente, e apresentação no seminário, seja no nível do plano de tratamento ou no que diz respeito à alta ao paciente. Este seminário tem periodicidade anual e é desenvolvido no final do ano letivo (conforme registro da agenda de horário das disciplinas/módulos).

Também, importante parte do desenho curricular advindo da CA foi relatado por diferentes entrevistados como uma inovação curricular e pedagógica que proporcionou discussões sobre as possibilidades de avanço qualitativo da formação, como um parâmetro para aprimorar o currículo integrado em curso. O espaço da Clínica Ampliada também foi mencionado como um “piloto” referencial para possíveis mudanças ou reformulações a serem realizadas nas demais clínicas integradas, que são igualmente assim percebidas pelos docentes, discentes e agentes administrativos, conforme relatado a seguir por Netuno e Marte:

*[...] tem professor que está lá direto, mas é um representante de cada área e a CA ela serve mais como um piloto [...], por exemplo experienciamos os professores cuidando de cada box e depois chamar para dar nota de procedimento, biossegurança, sendo professores diferentes, estamos experienciando e se der certo passaremos para as outras clínicas [...] nesse currículo tradicional você é muito tecnicista, deixa de ser aquele professor que avalia no geral, nesse sentido a ampliada dá uma visão dessa integração [...] estamos em constante construção [...]do que não deu certo tentamos corrigir, vê se dá certo na ampliada, essa é a contribuição da Copaca para o currículo [...]ela [Copaca] é fundamental, importante, é uma grande inovação, seria muito interessante que outros curso de odontologia pudessem adotar esse método, porque a acabamos discutindo muita coisa ali, principalmente o que dá errado e acho que isso dá um contexto muito rico, [...]dos nossos erros temos que fazer nossos acertos; na Copaca discutimos tudo isso [...]. (NETUNO)*

*[...] a Copaca funciona como espécie de piloto, vamos testando esses sistemas de avaliação na ampliada, para levar para as clínicas, principalmente as integradas, fazemos os feedbacks e reflexões, ajuda muito, mas é muito dinâmico [...] mudamos esse sistema de avaliação algumas vezes, porque sempre tentamos coletar o feedback tanto dos alunos quanto dos professores [...]. (MARTE)*

Nessa perspectiva de desenho curricular apresentado, então, emergiram **espaços dialógicos** para a construção, desenvolvimento e reformulações da Clínica Ampliada que podem ser identificados como ações da Copaca, o colegiado de curso, o seminário da CA, e o

período de elaboração deste seminário que mobiliza acadêmicos da graduação e da pós-graduação e os referidos docentes destes níveis de ensino.

Estes espaços dialógicos nos remetem à concepção freireana de que,

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais. O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu (FREIRE, 2021, p.108-109).

Não há outra forma de nomear esta subcategoria se não pelo diálogo que se faz presente em diferentes espaços com a finalidade de “*transformar o mundo odontológico*”, estando em consonância com a pedagogia histórico-crítica proposta por Saviani (2008, p.54-55) quando pontua que,

Parte-se da crítica à pedagogia tradicional (pedagogia bancária) caracterizada pela passividade, transmissão de conteúdo, memorização, verbalismo, etc. e advoga-se uma pedagogia ativa, centrada na iniciativa dos alunos no diálogo (relação dialógica, na troca de conhecimentos. A diferença, entretanto, em relação à Escola Nova propriamente dita, consiste no fato de que Paulo Freire se empenhou em colocar essa concepção pedagógica a serviço dos interesses populares.

Saviani (2008, p.60) também afirma que

[...] se as pedagogias tradicional e nova podiam alimentar a expectativa de que os métodos por elas propostos poderiam ter aceitação universal, isto devia-se ao fato de que dissociavam a educação da sociedade, concebendo esta como harmoniosa, não contraditória. Já o método que preconizo deriva de uma concepção que articula educação e sociedade e parte da consideração de que a sociedade em que vivemos é dividida em classes com interesses opostos.

O que se propõe e se mobiliza é uma educação que pense a transformação da realidade, levando em consideração que esta divergência entre as classes vem produzindo uma formação que precisa ser reavaliada, quando proposta por flexibilizações e aligeiramentos. No curso de odontologia da UEM os dados da presente pesquisa demonstram que seu currículo se firma em sólido conhecimento teórico, com rigor científico na busca pelo “[...] acervo cultural da humanidade [...]” (SAVIANI, 2008, p.38). Portanto, apresentarei estes espaços dialógicos na perspectiva de que se constituem como espaços que buscam a transformação da prática odontológica, com base nos elementos de atualidade traduzidos pelo contexto social, ao terem como finalidade o alcance da integralidade da atenção à saúde, para suas ações em clínica.

Os *espaços dialógicos* presentes no curso de odontologia da UEM são diversificados entre a própria CA, a Copaca, o seminário, a articulação entre graduandos, pós-graduandos e

docentes, e reuniões do Departamento de Odontologia (DOD). Em cada um desses espaços é possível caracterizar diferentes formas da CA potencializar o currículo integrado, de modo coerente com a concepção de integração curricular proposta pela instituição formadora. Iniciarei pela Copaca que nasceu junto com a CA e a acompanha como este espaço semanal, em que todos participam desde os agentes administrativos, os discentes, os docentes das diferentes áreas que a compõe. Essas reuniões são semanais conforme a fala de Panacéia.

*[...] porque tem uma equipe [...] é da Copaca, eles são os professores que participam, [...] todo dia que tem ampliada, tem uma reunião antes da Copaca [...]. (PANACÉIA)*

Diante destas reuniões da Copaca impreterivelmente antes de todas as clínicas, um ponto relevante é a presença de professores de diferentes áreas que a compõe. Há uma interdisciplinaridade presente neste contexto de discussão feita entre eles, o que foi até mencionado por Irene quanto a ser *“um dos trabalhos que mais se ajusta ao perfil do currículo”*.

*[...]com as reuniões da Copaca, todo o trabalho que a fazemos, eu acho que é um dos trabalhos que mais se ajusta ao perfil do currículo. Porque ali temos todas as áreas reunidas e discutindo o planejamento do aluno. [...]são pessoas todas dedicadas, como encontramos em vários currículos. Mas eu vejo uma dedicação e um bom relacionamento entre nós. Vejo uma atenção com o aluno, temos uma boa relação interpessoal [...]. (IRENE)*

Esta fala traduz e elucida a contribuição da inserção da CA para potencializar o currículo integrado, uma vez que ao se aproximar do *“perfil do currículo”*, traz à tona o currículo integrado sendo fortalecido. Ainda foi reiterado o quanto é importante este espaço da Copaca por trazer a discussão do *“fazer clínica”*, e com isso alcançar a materialidade da CA mencionada por Saviani (2013) dentro deste grupo, conforme a fala de Gaia.

*[...] A estratégia foi a Copaca, foi aquele momento que tiramos da clínica pra trazer outros professores e começar a discutir o nosso fazer clínica, então ali foi quando conseguimos trazer os professores, isso foi fantástico, porque nós conseguimos de fato concretizar uma CA, um espaço onde todos os professores de todas as áreas, nós temos ali a integração, e aí desde lá que temos a Copaca [...] 2009 foi a CA mesmo, [...] mas antes foi a clínica do PSF [...]. (GAIA)*

O que nos remete novamente a história da clínica do PSF como precursora da CA, uma vez que havia uma necessidade premente de trazer uma resposta a população quanto a melhoria da condição de saúde bucal, para além das visitas domiciliares, articulando a atenção à assistência, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) e para o cumprimento da integralidade da atenção à saúde.

Em relação as questões que são tratadas na Copaca alguns pontos específicos foram relatados, como pode ser constatado na fala de Saturno.

*[...] cada um foi dando uma ideia. Eu vi a participação de todo mundo nas reuniões de CA. Realmente, de prontidão todos estavam lá, professores de prótese, pediatria, radiologia, cirurgia, enfim, todos perguntando qual vai ser meu papel lá? E aí, cada um foi dando uma ideia, olha nós precisamos mudar isso, precisamos mudar o critério de avaliação, precisamos mudar o critério de seleção dos pacientes, precisamos mudar um pouquinho esse negócio de triagem dos pacientes, de acolhimento dos pacientes. Então cada um foi dando uma configuração, vamos dizer assim, diferente, e o grande resultado disso foi que os alunos também compraram essa ideia muito bem [...]. (SATURNO)*

Nesta fala de Saturno evidencia que a Copaca aborda desde mudanças de critérios de avaliação dos acadêmicos, a critérios de seleção de pacientes (triagem), ao acolhimento, a partir de um contexto fértil de discussão por apresentar como mencionado por Saturno uma “configuração”, que foi sendo dada durante as reuniões neste espaço dialógico, por conter participantes de diferentes áreas de formação.

Ainda na fala de Saturno a CA e a Copaca constituem pano de fundo para um diálogo produtivo entre graduandos, pós-graduandos e docentes, por contar com a participação dos mestrados com possibilidades avaliativas estabelecendo uma conexão diferenciada e contato prévio durante suas formações.

*[...]Existe a participação dos mestrados [...]eles fazem rodízio entre eles nas reuniões, nas clínicas ampliadas para ver como é que isso funciona. Como é que isso pode melhorar. E muitas ideias saem de lá, dessa reunião. Ah porque isso está funcionando, ah porque isso não está funcionando. Na verdade, eles têm um acesso, talvez melhor, com os alunos. Eles têm uma facilidade maior, porque são colegas que entraram juntos na faculdade, já tiveram uma convivência melhor durante a graduação e hoje eles são pós-graduandos [...]. (SATURNO)*

Neste espaço em que estão todos estes atores que compõe a CA, e por ser seu funcionamento um espaço de muita discussão e efervescência de ideias e reformulações, na fala de Marte foi enunciado que mesmo na ausência de pauta a ser discutida, esta surge em função do esforço deste coletivo em aprimorar o que vem sendo desenvolvido.

*[...] não é à toa que temos a Copaca de toda semana sagrada, nos reunimos e às vezes falamos, nossa não vai ter pauta para semana que vem, e sempre tem pauta, porque sempre tem algo que ficamos ali tentando melhorar [...] argumentar e tentando lançar as reflexões, as ideias, isso acontece toda semana, então se acontece toda semana é porque isso é muito dinâmico e tentamos de alguma forma melhorar [...]. (MARTE)*

Outro espaço importante se refere ao campo curricular destinado ao seminário, também com participação desde os agentes administrativos, os discentes, e os docentes das diferentes áreas que compõem o curso de odontologia da UEM. A realização do seminário por ser anual

e a materialização do que foi ofertado em relação a saúde bucal para os pacientes em uma partilha de conhecimento sistematizado conforme apresenta Saviani (2008), que envolve todo o corpo docente e discente, uma vez que estão presentes os acadêmicos do terceiro, quarto e quinto ano, e com participação de primeiro e segundo ano como expectadores é momento de ensino-aprendizagem para todos.

Os seminários surgiram da necessidade de haver uma articulação das áreas nos módulos, conforme relato de Irene:

*[...] os seminários da CA começaram como? Dentro de uma célula, de relação entre conjunto. O que são células de relação entre conjuntos? É uma área dentro de uma disciplina, onde eu tinha que associar várias disciplinas de odontologia, quando não, áreas básicas juntas [...]. (IRENE)*

Então foi se consolidando desde sua origem até os dias atuais, despertando segundo Júpiter características que os diferenciam em seus processos formativos quanto a sensibilidade ao que o paciente precisa, desenvolvendo a escuta e as conexões entre saúde bucal e as questões sociais, econômicas e culturais.

*[...] eu lembro do primeiro seminário da CA, e se eu comparar com o último, [...] é muito diferente, [...] o aluno ele fica mais sensível às necessidades do paciente, [...] naturalmente ele ganha essa habilidade porque exercita essa habilidade de escutar, mas porque eu estou falando que às vezes o aluno não se dá conta? se você perguntar para o aluno isso já é tão natural e ele não percebe que poderia não ser assim, ele não sabe como é não ser assim, você levanta algumas questões, relativas a questões sociais, econômicas, cultural [...]. (JÚPITER)*

Diante da construção histórica que foi desde a implantação da CA, com o surgimento da Copaca e do seminário como espaço dialógico de aprendizagem e materialização do que foi desenvolvido ao longo do ano, vai-se incorporando culturalmente como proposta formativa. No início das primeiras exposições dos casos e desenvolvimento dos seminários o enfoque dado era muito maior na condição odontológica do que para análise do ponto de vista familiar, socioeconômica e história médica, conforme relatado por Júpiter.

*[...] um grande termômetro é o seminário, [...] o primeiro seminário os alunos [...] achavam assim é um seminário de planejamento [...]o paciente chegou ele tinha [...]eles vão mostrar o odontograma, o periograma, as bolsas, as lesões cariosas, as lesões periapicais, radiografia, fotografia, exame clínico, o diagnóstico é esse, o tratamento é esse, acabou, você assistia o seminário e só lembrava da condição bucal dele, você não tinha informação nenhuma além das informações que diziam respeito a condição odontológica [...] quando estamos selecionando caso para o seminário da ampliada, [...] ah ele tinha até umas questões interessantes assim do ponto de vista de diagnóstico e planejamento tal, mas professor(a) ele não tinha nada assim de interessante, do ponto de vista familiar, socioeconômico, nada de mais relevante na história médica, então achamos que não, eles sabem que valorizamos, porque não que ele não vá atender aquele que não tem alguma coisa de peculiar, nessas outras esferas, ele vai atender, mas para o seminário [...] e todo mundo assistindo [...]*

*oportunizar mais aprendizado, é bom que ele tenha algumas peculiaridades nesse sentido, [...]eu acho que a CA acaba sendo um cenário importante para o aluno desenvolver esse olhar ampliado [...]ele vê mais do que o paciente que tem aquela lesão cariiosa, que ele tem que restaurar, não, ele vê o paciente [...]. (JÚPITER)*

O que Júpiter coloca ao final sobre olhar o paciente e não a lesão cariiosa é muito representativo quanto ao exercício profissional do CD voltado para a CA. A relação estabelecida entre a condição de saúde bucal e as condições de vida que o circundam é muito forte nesta proposta de desenvolver um raciocínio clínico que não desconecta quem ele é, dos “*sinais e sintomas*” que ele apresenta. Ainda na fala de Vênus essa questão dos acadêmicos discutirem e relacionarem a clínica com a saúde coletiva dá um outro norte para o processo de trabalho do cirurgião-dentista.

*[...] no seminário conseguimos ver não só em um ou em outro caso, que o aluno usou aquelas ferramentas que nós demos para eles [...]tentando associar a medicação sistêmica [...] com a condição socioeconômica [...] com a condição de saúde bucal [...] com o efeito na cavidade bucal. Ele [acadêmico] busca entender o que o paciente quer, resolver a queixa principal [...] em todas as apresentações de seminário eu consigo observar que estão colocando em prática. Quando assistimos estão atentos a todos os fatores que estão em jogo ali [...]. (VÊNUS)*

É possível observar que como intitulou Vênus, todas as ferramentas estão ali, a medicação sistêmica, a condição socioeconômica relacionando com as interferências na saúde bucal. Na atuação dos discentes é nítida a preocupação em resolver a queixa principal do paciente, em enxergá-lo em suas complexidades tornando boca e corpo como algo único que demanda esta conduta não só de mero executor, e sim de terapêuticas a serem desenvolvidas por profissionais de saúde, eticamente responsáveis pela saúde do paciente, em todos os sentidos. O que foi acrescentado por Netuno a questão da alta do paciente como fundamental e preconizado de ser realizado.

*[...]Que bom que deu certo, de você assistir, eu acho isso muito lindo, [...] e os alunos [...] eles gostam, [...] nós falamos assim, não precisa ser aquele caso super, mas queremos discutir diagnóstico, pode ser um caso simples, mas que dê alta, por exemplo, finalize aquele paciente [...]dar alta para o paciente sempre é frequente e primamos por isso [...] por exemplo, se dessa turma não conseguirmos terminar passa para outro box, para o ano seguinte, para dar sequência naquele tratamento e queremos não os melhores casos mas, a condução, o que trouxe ele, tem essa motivação da prevenção dele [...]. (NETUNO)*

De acordo com o relato feito é possível verificar que a discussão do caso a partir do diagnóstico é primordial. Essa concepção que articula as condições biológicas das demais condições de vida do paciente/pessoa e insere a alta dele em relação ao tratamento vai se consolidando a partir do envolvimento de todos durante a exposição dos casos no seminário.

Envolve os acadêmicos e também os professores que ao estarem de forma colegiada, todas as áreas de formação, se apropriam do conhecimento que extrapola a sua área, conforme observado na fala de Irene.

*[...]na avaliação pelo seminário da ampliada, todos acabam participando, avaliando desde a metodologia que está sendo ensinada. Então, se o professor ficar atento na função dele, ele ali como professor, ele pode aproveitar muito [...]. (IRENE)*

O que foi reiterado por Marte quanto a capacitação docente frente aos planos de tratamentos integrados, uma vez que não se destaca a área x ou y, e sim desde a chegada do paciente na clínica odontológica da UEM até a proservação do tratamento.

*[...] porque eu vejo seminários como algo muito construtivo [...] eu aprendo muito nesses seminários, porque eu me formei há X anos [...] aprendo muito ali de planejamento integrado do paciente e eu acho que os demais professores(as) também, é uma oportunidade de nos atualizarmos, entendermos esses planos de tratamento integrados [...]. (MARTE)*

Com destaque também para a exposição do caso que é feita durante o seminário como espaço de aprendizagem e formação docente e discente, com articulação entre a clínica e a saúde coletiva conforme relato de Urano.

*[...] o que mais me chama atenção são as questões de quando eles começam ali descrevendo: idade do paciente, a condição social, quais são as doenças que estão presentes, e tentam traçar um plano de tratamento que esteja em conformidade com a sua condição social, seu grau de instrução, que também aparece ali nos primeiros slides deles [...] como professores, olhamos e estamos lá para aprender [...] o paciente que possui tal doença, tem que trabalhar de uma forma diferente com ele, porque não dominamos todas as áreas [...] todos os professores quando vão para aquele seminário, vão ali também com um conceito: eu quero ouvir [...] tem muitos detalhes de características do paciente que não conhecemos, então os seminários eles me marcam bastante. Porque é ali que aprendemos, mas também constatamos qual é o grau de profundidade que esses alunos vão para buscar as informações em cima do paciente e saber como traçar um plano de tratamento que esteja adequado para aquele paciente [...]. (URANO)*

Este relato do processo de aprendizagem que permeia tanto o professor quanto o estudante naquele momento do seminário remete ao conhecimento como fundamental para mudança na formação do CD e na forma como conduzirá os próximos casos, a partir do que teoricamente precisou ser mobilizado porque eles são cobrados teoricamente frente aos conteúdos clássicos da odontologia que a eles pode ser considerado inserida a definição de integralidade da atenção à saúde.

Outro ponto importante levantado foi o seminário como possibilidade de inserção dos demais professores que não participam diretamente da CA, assim como a relevância dos

acadêmicos de diferentes séries participando da elaboração e discussão dos casos, conforme relatos de Marte e Saturno.

*[...] temos o que chamamos de docentes fixos dentro da ampliada [...] somos os docentes que participamos da Copaca, eventualmente temos participação da parte administrativa, coordenação de curso, chefe de departamento, funcionários, eventualmente recebemos os funcionários do setor de acolhimento, urgência, discentes, e eu acredito que a maior participação dos demais docentes que não estão ali fixados, todas as quintas-feiras de manhã ali na CA, seja nos nossos seminários [...]. (MARTE)*

*Eles [acadêmicos] acham excelente a forma como conduzimos [...] quando colocamos aquilo estilo em seminário. Eles se estranham em bastante coisa lá [...]tem muitos alunos do terceiro ano, quarto ano e quinto ano, tem uma certa dispersão, mas todo mundo acha muito proveitoso a forma como conduzimos, discutimos, lançamos nossas ideias, pedimos a participação dos alunos que estão em clínica, terceiro, quarto e quinto ano nessa discussão [...]. (SATURNO)*

Por fim, o relato de Pean traz questões importantes relacionadas ao seminário ao destacar a transmissão e a partilha do conhecimento durante o seminário e ainda acresce os trabalhos publicados em eventos que fortalece a formação dos acadêmicos.

*[...] essa especificidade dos casos [...] que tem todo ano [...] são passados para os alunos e todos participam desses seminários [...] eu acho isso muito importante [...] assim como muitos artigos que saem desses atendimentos, que eles apresentam nos eventos, toda gama de conhecimento que é adquirido e [...] é passado, [...] nem todos estudam, atendem os mesmos casos, mas todos tem a possibilidade de conhecer os casos que são atendidos e conhecer a experiência do outro [...] se você não tem a experiência ali na prática [...] não atendeu aquele caso. Você pelo menos sabe que esse caso existe e ele foi atendido, a forma como ele foi atendido, foi resolvido? O que foi feito pra tentar resolver o caso, [...] principalmente a transmissão do conhecimento que o aluno adquire na clínica, que é passado ali pro companheiro de curso, ou até de outros cursos pela participação em eventos[...]muito importante, essa partilha de conhecimento [...]. (PEAN)*

O que caracteriza o seminário como um espaço fundamental para que os diferentes casos sejam estudados a partir de uma fundamentação teórica que embasa as conduções dos casos e norteia a elaboração integrada dos planos de tratamento, em um raciocínio clínico que abarca as diferentes dimensões do paciente/pessoa.

Os seminários anuais mencionados acima, como já dito anteriormente, são elaborados, planejados, então, entre graduandos, pós-graduandos, e docentes que estudam sobre as demandas apresentadas pelo paciente e buscam o conhecimento sistematizado a respeito para fazerem uma exposição pela equipe de trabalho composta por acadêmicos do terceiro ano, quarto ano e quinto ano, junto aos mestrandos e/ou doutorandos e residentes, e docente que supervisiona. Para o desenvolvimento deste trabalho em equipe há uma articulação entre eles para a exposição em questão.

*[...] Existe uma interação entre os alunos e também uma interação com a pós-graduação forte. Eu acho que isso é um ponto positivo, porque não fica só relação professor e aluno, entre eles, eles trocam muito, e então às vezes se sentem mais à vontade pra esclarecer dúvidas [...]troca muito grande, entre todos os envolvidos aí, graduação, pós-graduação e professores [...]. (VÊNUS)*

*[...]somos nós que entramos em contato com o paciente, nós que fazemos todo atendimento, claro que tem o intermédio dos professores, principalmente os professores tutores, porque temos dois, quando lá no primeiro dia é feito um sorteio, então são dois professores que ficam pra um grupo, porque são seis alunos e dois professores, mais um mestrando ou um residente, na verdade acho que é um mestrando que comanda então aquele caso [...]. (PANACÉIA)*

*[...] a CA inovou foi na interação dos alunos do 3º, 4º, 5º e pós-graduação, para um tratamento mais completo do paciente, porque olhar o paciente de forma integral, cuidar dele como um todo, isso já tinha no currículo. O que ela mudou foi isso. Então foi fazer os alunos interagirem, trocar ideias, acho que foi nesse ponto aí. E depois, acabou que todas as disciplinas se envolveram, porque os alunos estavam envolvidos [...]. (VÊNUS)*

Por fim, um espaço também muito importante que possui poder deliberativo e fomenta o diálogo pedagógico, bem como tem poder deliberativo sobre as questões levantadas, é o Departamento de Odontologia do curso de odontologia da UEM.

*[...] estamos com essa pandemia. As nossas reuniões de departamento estão acontecendo de forma normal, embora on-line, mas eu acho que a participação do pessoal e a cabeça aberta, a mente aberta do pessoal, é bastante importante. Eu vejo isso dentro do nosso departamento como um privilégio [...]. (SATURNO)*

*[...] dentro da reunião de departamento nós sempre temos um item de pauta [...] então coisas que não conseguimos resolver porque ela [Copaca] não tem caráter deliberativo, é pra mudança curricular, levamos pra esses momentos de reunião de departamento [...] acaba que os professores eles sabem, nós também não somos em muitos professores, e tem [...] uns trinta e nove que estão no departamento, mas que está em clínica são quatro professores de cada área clínica, e aí conseguimos conversar, mas institucionalmente esse momento que temos é a reunião de departamento, que expomos para todos os colegas [...].(GAIA)*

*[...] a Copaca é assunto de pauta das reuniões de departamento [...] uma vez por mês nós temos essas reuniões, com vários itens de pauta e [...] foi incluída nos itens de reunião, pra sempre que houver alguma demanda ali [...] seja exposto para todo o departamento, então tem muita coisa que não deliberamos na Copaca, que precisamos da anuência de todo departamento, [...] a participação dos professores que efetivamente não estão na Copaca fica mais voltada pra parte dos seminários, como orientadores desses seminários, dos casos atendidos na CA, desses casos planejados de forma integral pelos alunos [...]. (MARTE)*

Importante destacar que a inovação curricular considerada pela instituição formadora teve permeabilidade neste currículo desde uma data bem anterior a implantação da CA, por um terreno fértil que passou por uma transição do currículo tradicional para o currículo integrado (TERADA; NAKAMA, 2004); historicamente contemplado por cenários de mudanças, desde a implantação do curso de graduação com reformulações curriculares ocorridas em 2009 pela

inserção da Clínica Ampliada, proposta que caminhou alinhada com a implantação do programa de pós-graduação (2008)<sup>49</sup>. A estrutura curricular deste programa é contemplada com disciplinas obrigatórias, a Clínica ampliada I e a Clínica ampliada II, cujos mestrados compõem os atores que participam da CA na graduação. Há uma forte integração da graduação com a pós-graduação, o que se apresenta como uma das características da inovação curricular, não somente pela articulação dos diferentes níveis de ensino, mas pelo impacto qualitativo que esta relação promove no ensino de graduação, com a articulação do ensino e da pesquisa se fortalecendo, assim como a extensão universitária em seus mais diversificados projetos e estágios extramuros.

Outra característica da inovação curricular considerada na pesquisa foi o revezamento feito entre as áreas de conhecimento para que todos tivessem a oportunidade de participar da composição de docentes da CA, o que proporciona integração entre as diferentes disciplinas que decorrem das respectivas áreas; com isso o que foi produzido no âmbito da CA teve difusão entre outros módulos e disciplinas que foram e são capilarizados pelo desenvolvimento desta experiência formativa.

A lógica da educação informal pela qual os ingressantes (acadêmicos) apresentam ao adentrarem no curso de graduação em odontologia e a procura pelo curso, por conhecimento de uma lógica liberal de trabalho, são questões a serem dirimidas em relação ao perfil do egresso que se pretende formar (BRASIL, 2002). A instituição formadora se depara com ingressantes mediados por educação formal ou informal que preza ou não pela humanização em saúde, assim como com condutas espelhadas por um mundo do trabalho que não representa a possibilidade de atendimento das reais necessidades da população.

As transformações frente a legislação desde o currículo mínimo<sup>50</sup> até a flexibilização curricular com a implantação das DCN em 2002 e a reformulação que está feita em documento analisado em 2019, que resultou na Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021, põe em xeque como o ensino de odontologia vem sendo desenvolvido e sinaliza possibilidades de mudanças para transformação do currículo de odontologia para formar um cirurgião-dentista que vá

---

<sup>49</sup> Aprovação do Curso de Mestrado em Odontologia Integrada - Programa de Pós-graduação em Odontologia (PGO-UEM) (24/10/2007), Resolução Nº 129/2007-CEP (1ª turma em março de 2008). Homologação do curso pelo CNE (Portaria Nº 70-DOU de 14/01/2009-Parecer 276/2008-Pag 10 e 11, 13/01/2009). Disponível em: <http://www.pgo.uem.br/sobre>

<sup>50</sup> “[...] institucionalização de um currículo mínimo, composto pelos ciclos básico e profissionalizante, que subsidiam a prática profissional fundamentada na formação tecnológica, cientificamente consubstanciada” (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007, p. 1338).

construindo outra identidade (WARMLING, 2016) e se posicione frente às demandas da sociedade em âmbito coletivo, assim como frente às demandas das singularidades dos sujeitos diretamente implicados tanto nos processos formativos, quanto na profissionalização, em nível individual, se conectando ao sofrimento (BOTAZZO, 2015) que prediz o atendimento odontológico por uma série de questões formuladas por cada um.

O potencial da inovação curricular foi fomentado pela inserção da Clínica Ampliada que se deu no curso de odontologia da UEM por uma necessidade advinda do campo de estágio, quando surgiu uma demanda clínica em uma região do município de Maringá. O reconhecimento da existência e da aceitação da inovação curricular no curso se expressa pela adesão dos professores a Clínica Ampliada, seja pelos que participam diretamente na COPACA, seja por seus pares que são influenciados e abarcam a proposta também dentro de suas áreas e módulos de ensino, compondo uma rede de aprendizado e colaboração mútua; seja entre docentes, discentes que discutem sobre as necessidades de seus pacientes e possibilidades de partilha dos atendimentos entre acadêmicos do terceiro, quarto e quinto período; pela integração entre os docentes por uma questão histórica que potencializou a adesão à Clínica Ampliada, assim como docentes advindos em sua maioria de uma mesma localidade de curso de graduação.

O processo de necessária mudança na formação de cirurgiões-dentistas é uma questão histórica que potencializou a adesão da Clínica Ampliada. Este é o contexto, a formação teve como ponto de partida a necessidade da odontologia por uma visão unicista biológica, centrada na retirada da dor e do sofrimento das pessoas que eram acometidas por problemas bucais, sendo estes problemas observados também por uma visão unicista dentária, dissociando dente, sistema estomatognático, condição de saúde bucal que compõem a saúde integral das pessoas. Este fato na UEM historicamente se constituiu de forma singular, em seu processo de constituição do curso de odontologia que advém do atendimento ao público regional, de uma comunidade que necessitava do acesso aos serviços de saúde bucal e por isso se implantou o currículo integrado.

Entre os desafios que tal mudança precisou enfrentar foi o fato de a formação do corpo docente, em sua maioria, ter sido pautada por currículos tradicionais, advindos quase todos de uma mesma localidade no curso de graduação. Mas a coesão interna em torno de um novo projeto curricular favoreceu a mudança. Este dado de pesquisa advém das manifestações a respeito da experiência formativa na concepção de currículo mínimo que era estabelecido em

relação a carga horária e ao conteúdo a ser ministrado na graduação em odontologia. No entanto, a base curricular era constituída a partir de uma mesma visão, missão e valores comprometidos com o desenvolvimento da odontologia enquanto ciência e formação de outros cirurgiões-dentistas nesta perspectiva. Desse modo, a Clínica Ampliada surgiu como um grande desafio na formação docente em serviço, o que se justificava pela possibilidade de atender a demanda de uma população local que precisava do acesso aos serviços de saúde bucal e esse novo componente curricular se consolidaria na prática docente como um novo fazer pedagógico, científico e profissional que demandaria reflexões coletivas. No funcionamento da CA os professores se revezam, representando suas respectivas áreas de conhecimento e atuação profissional, podendo se manter inseridos ou pedir substituição a qualquer tempo.

Essas (trans)formações curriculares podem ser observadas dentro das subcategorias: espaços dialógicos, ferramentas curriculares, e pela adoção ou resiliência. O trabalho empírico da pesquisa retrata que estas subcategorias estão relacionadas com as diversificações do currículo em seu processo de desenvolvimento para potencializar a inovação curricular desde o currículo integrado, passando pelas DCN em 2002, e pelas discussões para implantação da CA iniciadas em 2009, reavaliadas no contexto atual das novas diretrizes curriculares para o curso, homologadas em 2021 (BRASIL, 2021). Estas ações revelam a predisposição da UEM para o trabalho coletivo e também para as mudanças exigidas no processo pedagógico pelo tempo presente.

Um novo desenho curricular vem acompanhado de condições de assumência da inovação em um processo denominado por Wanderley (1980) de *adoção e/ou rechaço, a este processo acrescento o conceito de resiliência*, aspectos que foram perceptíveis nos relatos dos sujeitos da pesquisa em relação a importância da CA para fomentar o currículo integrado implantado previamente.

É naturalmente humana a reação de desconfiança ou de aceitação por parte dos sujeitos diretamente implicados em processos de inovação e mudanças curriculares e na UEM isto não foi diferente. Nesta perspectiva, diferentes atores adotaram a inovação curricular que ocorreu durante a implantação do currículo integrado e depois a inovação da CA como potencializadora da continuidade de um processo de mudanças ocorridas neste curso; e/ou em pequena minoria rechaçaram por historicamente em suas formações, graduações terem acessado um currículo tradicional com êxito conforme os relatos feitos; e/ou a resiliência de quem não adotou prontamente, em que pese a abertura para as inovações curriculares realizadas (Currículo

Integrado e Clínica Ampliada) no intento de conciliar seus conceitos prévios às diferentes possibilidades de formação que alcance o perfil do egresso previsto nas diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em odontologia.

A subcategoria adoção, rechaço e/ou resiliência emergiu e pode ser analisada tendo como referencial teórico o que Wanderley (1980) apresenta como adoção e/ou rechaço, tendo sido incorporado por mim a questão da resiliência ao perceber que diante da adoção ou rechaço, as repercussões para estes atores caminharam para a resiliência em relação a se adaptarem não de forma passiva, mas participativa das possibilidades das mudanças que seriam advindas da CA. Passarei a discorrer sobre adoção, rechaço, e resiliência nesta sequência.

A *adoção* tem relatos em relação ao currículo integrado e a CA, em que pese este estudo ser a partir da inserção da CA no currículo, não há como dissociar o fato de que a proposta CA foi semeada em um terreno do currículo integrado. Portanto as adoções se estabeleceram assumindo as duas propostas ou apresentando as reticências. A seguir algumas exposições de como a CA foi assumida pelos diferentes atores que dela participam.

*[...] porque hoje os alunos querem executar os procedimentos [...] eu achava antes que eles queriam fugir dos procedimentos e agora eu os vejo assim, mais envolvidos, e quem faz esse envolvimento na verdade, a essência desse envolvimento, do comprometimento, está na CA de quinta-feira [...]. (URANO)*

A fala de Urano é explícita sobre a CA trazer ao acadêmico a possibilidade de realizar os procedimentos, pelo comprometimento com o paciente/pessoa que foi desenvolvido no processo de trabalho desta clínica. O que tem grande influência dos docentes que estão envolvidos também e difundem isso.

*[...] não é tão complexo reunirmos com eles [alunos], com os professores, [...] as reuniões da CA são daquela forma [...] O clima foi sempre assim bem amistoso, e realmente de colocar ideias para que possamos sempre estar melhorando. Nesses anos todos de departamento, muita coisa [...] foi sendo adaptada [...] foi enxugando um pouco, algumas das características [...] temos muito para melhorar, mas [...] o caminho está sendo trilhado dentro de algumas ideias [...]. (SATURNO)*

Saturno ressaltou alguns traços no grupo de docentes como a disposição para se reunirem, com estabelecimento de relações cordiais entre eles, em busca de melhorias sempre pautadas em ideias, a partir do que Saviani (2013) afirma como ação-reflexão-ação. Em um comprometimento coeso deste grupo em aprimorar sempre.

*[...] todas as iniciativas que ocorreram por parte das políticas vigentes do Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, foram incorporadas e houve uma grande ressonância no curso [...]. (ZEUS)*

Houve também uma relação estabelecida entre a política do Ministério da Saúde com a Educação (Pró-Saúde) e as repercussões positivas de mudanças no curso, conforme relatou Zeus, o que associado ao desenvolvimento profissional docente traz à tona a relevância da CA, como mencionado por Terra.

*[...] quando você pega professores mais velhos, que sempre fizeram as coisas da mesma maneira e você vê esses professores ali [...] numa mesa de reunião da Copca e numa clínica aprendendo fazer um plano de tratamento integrado, orientar um seminário integrado e quando chamamos um ao outro para dar opiniões sobre disciplinas diferentes isso é legal sabe, isso dá o brilho no olho da CA [...]. (TERRA)*

Neste relato fica evidente o quanto tem sido frutífera a implementação da CA, com uma formação intergeracional entre docentes em diferentes momentos do seu processo formativo. Huberman (2013, p.38) afirma que “[...] o desenvolvimento de uma carreira é, assim, um processo e não uma série de acontecimentos”, e apresenta fases da carreira de um professor que foi apresentada por ele como: “1 a 3 anos a entrada; 4 a 6 estabilização; 7 a 25 diversificação; 25 a 35 serenidade; e 35 a 40 desinvestimento”, conforme esquematizado em um quadro por ele (Idem, 2000, p. 47). No entanto pode ser constatado que apesar dessa linha estabelecida entre os períodos em que cada um se encontra, há nuances a serem pesadas, há diferenças a serem consideradas e foram apontadas pelo próprio Huberman (2013, p.53) como “[...] não pode pretender-se que uma sequência seja pré-determinada, ainda que uma mesma configuração de factores apareça em todas as pessoas de um mesmo grupo”, portanto há possibilidades de “encontros” entre estes docentes, em que pese estarem em etapas diferentes da carreira profissional.

Este renovo por contemplar as mudanças sendo feitas, a interação sendo estabelecida entre os docentes conforme relatado por Terra, também foi reiterado por Zeus que anunciou o crescimento da CA sendo fortalecido pela premiação nacional referente a “humanização em saúde”, o que a enraizou naturalizando-a como parte do curso.

*[...] No início era uma clínica pequena, quase não tinha visibilidade no curso, mas com o tempo foi sendo valorizada, entendida, eu acho que as premiações foram fundamentais para que as pessoas mudassem o olhar. Depois que ela ganhou visibilidade nacional, melhorou ainda mais a identificação com a proposta. Hoje já é natural e faz parte do curso [...]. (ZEUS)*

Sendo destacado também por Mercúrio quanto a adoção pela articulação teórico-prática presente, ao ser a CA ferramenta para concretizar o que foi estudado teoricamente, com a busca de atuar nesta realidade de transformação dos que buscam o atendimento odontológico na clínica da UEM. A CA traz essa incumbência de pensar as condições de vida do/da

paciente/pessoa na busca pelo alcance da integralidade, o que fica firmado na fala de Mercúrio. Essa ação não prescinde da teoria, entretanto a relação teoria e prática está imbricada para que o acadêmico traga o conhecimento estudado e dado a conhecer para responder ali, no encontro da teoria com a prática, ao trazer esta compreensão para a formação do futuro cirurgião-dentista.

*[...] a CA hoje é uma ferramenta que eu não consigo dissociar da formação dos meus alunos [...] em que eles possam exatamente vivenciar na prática o que tentamos passar na parte teórica, e que isto infelizmente no currículo tradicional eles não têm essa vivência, então eu acho que isso faz muita diferença e eu uso realmente a ampliada como esse esteio para essa vivência do aluno [...]. (MERCÚRIO)*

Além desta fala de Mercúrio também foi mencionada a importância da CA para a formação do CD na fala seguinte de Gaia, ao resgatar o papel do Prof. Conrado na construção histórica do currículo do curso de Odontologia, em prol de que esta formação fosse diferenciada em relação ao “puro” tecnicismo e a exposição do fato de que há uma coesão entre os docentes para elaborar as propostas, o que culmina nos avanços em um período curto como é afirmado, como tem sido a implementação da CA inserida no currículo integrado.

*[...] pelo respeito dos colegas fomos conseguindo construir algumas coisas, e que às vezes nós que somos de casa não temos realmente a dimensão de quanto isso foi um avanço, em curto espaço de tempo, porque em muitos momentos eu me pego conversando com o Conrado e eu acho que ele estaria feliz de ver como que fizemos coisas, mas [...] é por causa das pessoas, por isso que temos que agradecer [...]. (GAIA)*

Nesta direção ainda sobre a importância do currículo integrado, foi mencionado por Zeus, o quanto é difícil acontecer mudanças fora desta proposta curricular integrada.

*[...] sabemos que é muito difícil acontecer em uma escola tradicional, com professores que não dão abertura para discutir ideias novas, ou que têm dificuldade de mudar o processo de ensino-aprendizagem dele mesmo e dos alunos [...]. (ZEUS)*

Diante do exposto há que se considerar que a integração curricular corrobora para que seja um tratamento odontológico diferenciado ao reunir do simples ao complexo, sob a ótica de compreender todos os aspectos que envolvem e circundam a demanda que foi apresentada. No entanto, o surgimento do apontamento feito entre a escola tradicional e a mudança no processo de ensino-aprendizagem pode ser analisado à luz do que Saviani (2013) propõe em relação a ação-reflexão-ação que não prescinde da teoria e incorpora a problematização como etapa subsequente. Partindo do pressuposto que precisamos rever com cautela a diferenciação feita entre o que é tradicional e o que é novo, cientes de que a mudança está em termos da consistência teórica para propor e desenvolvermos as transformações necessárias no campo da formação em saúde.

Inclinemos para a fala de Júpiter quanto à história da profissão que perpetuava principalmente nas formações dos cirurgiões-dentistas antes das DCN (2002) em cursos tradicionais quanto a fragmentação do conhecimento e a direcionalidade para uma prática privada da profissão.

*[...] Tive uma excelente graduação, só que era mais fragmentado, tecnicista, biologicista, voltada pra assistência individual curativa [...] eu percebia que formava muito bem aquele profissional que desejava abrir o consultório numa área nobre da sua cidade para atender classes a e b, [...] eu me lembro muito mais dos professores que me prepararam pra isso, do que dos professores da odontologia social coletiva, aqui na UEM a [...], a odontologia social e coletiva, ela é forte, tem uma carga horária pesada, prepara mais [...] pra atender pacientes SUS dependente, que é a maior parte da população, então só aí eu já vejo um grande mérito do curso de odonto da UEM [...]. (JÚPITER)*

Em seguida Júpiter relatou que no curso de odontologia da UEM, a formação é voltada para o sistema público de saúde (SUS), com grande compreensão do social e das necessidades da população, trazendo à tona o que fica evidente no curso que é a compreensão dos determinantes sociais em saúde presentes durante o atendimento odontológico, sendo observados e relacionados com suas condições de saúde porque há uma sólida base teórica da necessidade de expandir a compreensão considerando o que se intitula conteúdos clássicos na odontologia.

A base tem sido os conteúdos voltados para as técnicas operacionais que são imprescindíveis para a execução de um bom procedimento e melhoria das condições de saúde bucal, não podendo restringir os conteúdos clássicos a técnica operatória em detrimento aos aspectos sociais, econômicos e culturais. O que no curso de odontologia da UEM ficou a integralidade da atenção à saúde bem incorporada até anteriormente a implantação da CA, desde a vigência do currículo integrado.

Por fim, um dos pontos fundamentais a seguir, no que tange a adoção, trazido na afirmação de Vênus é de que não há disposição em contrário, frente as propostas que são realizadas no curso, o que também se aplicou a CA. Por isso até a questão da adoção, rechaço/resistência, resiliência. Não há uma oposição declarada do “não faço”, “não concordo”, o que discorrerei mais à frente no que tange ao rechaço/resistência e depois quanto a resiliência

*[...] quem quer participar, participa, mas quem não quer participar também, só fala não vou participar, mas respeita. Participa das atividades que é escalado, e tem uns que não querem, que acham que não vale a pena. Mas é uma minoria, minoria, são pouco esses. Eles acabam até ficando, como se abafasse. Poucas pessoas, acho que os alunos nem conseguem identificar esses professores [...]. (VÊNUS)*

Essa disponibilidade dos atores que participaram e participam da implantação, implementação da CA caminha lado a lado ao intitulado por rechaço (WANDERLEY, 1980), que no curso vem acompanhado por uma capacidade de resiliência, adaptação e aproximação frente as mudanças propostas no curso (Currículo integrado em seguida Clínica Ampliada).

Pela fala de Vênus em seguida, a resistência foi com relação a preocupação com a redução de procedimentos específicos de cada área, com risco de que a habilidade não fosse desenvolvida, o que apesar desta concepção expressa por alguns professores, não houve oposição, mas sim uma preocupação com o espaço de aprendizagem procedimental e não a oposição de que não seria necessária a CA.

*[...] Porque os professores [...] defendiam que os alunos precisavam fazer procedimento x para aprender a fazer tal coisa, então se eles deixassem de fazer isso eles iriam perder essa oportunidade de habilidade, só que por outro lado, eles apesar de fazerem essa defesa da clínica, eles não são pessoas que tem uma filosofia diferente do curso, assim de não formar um indivíduo integral. Eles só defendiam. Eles queriam manter aquela clínica daquele jeito. Eles não foram contra a CA [...]. (VÊNUS)*

Este rechaço nos remete a Apple (2006), no que concerne ao poder e ao centramento nas disciplinas, o que também segundo Jorge (1993) assegura o professor da sua prática e do que ele pode contribuir no processo de ensino-aprendizagem do acadêmico. Esta discussão do rechaço apresentado pelos docentes traz estes elementos de como ele surge a partir não de falta de desejo quanto a adesão da proposta, mas sim pela questão do que está assegurado a ensinar e uma preocupação com o fim da formação e se determinada habilidade estará consolidada. Uma das preocupações iniciais que foi sinalizada por Irene foi a preocupação com a formação docente, para acompanhar as mudanças quando da implantação do currículo integrado.

*[...] quando o professor Conrado, professor Tumang e o professor Guilherme faziam as reuniões, e eles idealizavam esse currículo na mente deles, em cima da experiência que tinham, uns fora do país inclusive, daquilo que idealizavam para a odontologia, vendo como área de saúde, como profissionais da saúde, e daquilo que tínhamos experiência dos nossos currículos tradicionais como alunos na nossa formação, era algo assim, que um dia virei para o professor Conrado e disse: “professor Conrado, vocês criaram uma máquina maravilhosa, só que nós não fomos formados para essa máquina maravilhosa, e temos que operacionalizar[...]. (IRENE)*

O que também se pondera quanto a hipervalorização da parte técnica pela seguridade e domínio deste conteúdo pelo professor. Fica evidente na fala de Zeus sobre a valorização da parte técnica: “[...] Ainda percebemos que as habilidades técnicas são mais valorizadas”. (ZEUS).

Esta preocupação emergiu quanto a formação por especialidade, habilidade e pouco desenvolvimento técnico-operacional, conforme relato da fala de Netuno.

*[...]eu como x eu queria que ele fizesse mais x, porque como é uma integração não dá tempo, naquela clínica ele tem que cumprir x, w, y, z, aí chega no quinto ano vem a @ junto, tem a #, que é um dos casos que tem que se fazer, então ele acaba fazendo de tudo, importantíssimo [...]tínhamos uma clínica específica [...], você tinha clínicas específicas e aqui é tudo muito junto [...]. (NETUNO)*

No pensamento dos professores enunciados nas falas tanto de Irene e Marte, fica evidente a preocupação com a especialidade em determinados casos.

*[...] têm aqueles que falam, eu me formei tanto para pensar no simples. O meu preparo foi para o mais complexo, por que que eu vou perder tempo com simples? Mas não podemos nos esquecer de pensarmos que se tivéssemos tratado o simples não teria o complexo [...]. (IRENE)*

*[...] na minha opinião ele deveria ser um excelente generalista, mas eu acho que isso dificilmente ocorre independente do tipo de currículo, eu acho que é muito difícil, porque é o que eu falei, ao longo do curso vamos desenvolvendo as nossas aptidões, e vamos deixando aquelas outras áreas de lado, então nesse sentido eu acho muito importante que houvesse digamos, os procedimentos mínimos, os requisitos mínimos, o aluno realmente tem que fazer tantos procedimentos x, tem que fazer tanto dos tratamentos y, para pelo menos na parte técnica você ter essa formação [...]. (MARTE)*

O que pode ser atribuído a formação do corpo docente ter sido voltada para especialidade,

*[...] não é fácil, a construção, a adesão de todos, porque a formação é de especialista, somos formados não para sermos generalistas, [...] tanto é que a minha especialidade é a X, os professores que estão dando aula nesse currículo multidisciplinar, nesse currículo integrado são especialistas, nós tivemos que nos reinventarmos [...]. (NETUNO)*

Os docentes são especialistas, no entanto se colocam à disposição para se reinventarem, pesando os avanços e retrocessos das mudanças do currículo integrado e da CA, além da renovação do corpo docente por ter muitos egressos deste currículo integrado que estão compondo o corpo docente. Ainda quanto à preocupação docente com o desenvolvimento da habilidade vem a discussão dos procedimentos mínimos muito postos em xeque na formação do cirurgião-dentista pelo amplo treinamento que se imputa ao graduando conforme relatado em seguida por Marte sinalizando também que o fato da ênfase dada ser o paciente/pessoa e não o procedimento aproximando da integralidade possa haver lacuna em determinados procedimentos.

*[...] Como docente eu vejo muitas limitações, [...] de você conseguir cobrar uma produção mínima do aluno, por exemplo na área x, área y, área z, porque o paciente é integrado, uma clínica integrada, às vezes acaba que você passa pela graduação e determinados procedimentos você acaba não fazendo, porque aquele paciente especificamente não tem a necessidade, então ele [o currículo] tem algumas limitações, mas de fato é um currículo teoricamente bastante integrado e na prática*

*tentamos fazer, mas nem sempre isso é possível, nem sempre conseguimos fazer isso da maneira ideal [...]. (MARTE)*

Na pesquisa feita em *Harvard School of Dental Medicine (HSDM)*, por Park e Howell (2015) sobre atendimento não baseado em procedimentos e sim na integralidade da atenção à saúde e complexidade do tratamento odontológico necessário, notou-se que a maior preocupação com a discussão dos casos clínicos junto ao professor supervisor ampliou o conhecimento teórico destes acadêmicos, que não estando focados em números e sim no conhecimento, no aprendizado, produziram em um número muito maior. Trazendo para o contexto do curso de odontologia da UEM, o fato dos atendimentos serem feitos em pares por período, envolvendo terceiro, quarto e quinto ano contribui muito para que procedimentos sejam partilhados e habilidades sejam desenvolvidas.

Uma das questões de rechaço relacionadas na postura do acadêmico está relacionada ao fato de que o professor é reflexo para quem está aprendendo, como destacado na fala de Irene e Marte.

*[...] alunos que falam que não entendem [o currículo] porque não têm a maturidade, [...] às vezes eles veem o sonho deles através do sonho do professor [...] porque está na moda, um procedimento tal. Pega aquele procedimento lindo [...] com [tecnologia – palavra substituída]. Ele sonha aquilo, só que qual é a porcentagem da população que pode realizar?. (IRENE)*

*[...] nós professores a grande maioria, tivemos uma formação muito específica, não digo na graduação, mas na pós-graduação, então temos essa formação, [...] muito especializada, e hoje eu entendo que o mercado exige isso, a maioria dos professores ali são clínicos também, não exercem dedicação exclusiva, então nós somos clínicos, eu entendo que o mercado ele exige especialistas hoje [...] então eu vejo essa dificuldade, de nós professores, tanto os mais novos, os mais antigos, de sermos ali muito ligados a nossa especialidade, e eu vejo esse problema nos alunos também, porque o aluno se espelha muito no professor [...]. (MARTE)*

Diante destas falas de Irene e Marte fica evidente que há uma percepção docente de que existe uma condição de saúde bucal diante de uma realidade da população brasileira (Irene) e que a depender da postura tomada pelo professor influenciará de forma positiva ou negativa para que alcance a formação generalista (Marte). Outra preocupação que emergiu da fala de Urano foi quanto a preocupação que surgiu durante o momento de implantação do currículo integrado, ao formarem generalistas que não teria contato com as áreas específicas, com as especialidades e a formação seria voltada para o SUS.

*[...] o conceito era que nós sairíamos apenas generalista. Não que nos tornarmos especialistas, era que não teríamos chance de conhecermos profundamente as áreas que tivéssemos afinidade, inclusive isso saiu para fora do próprio currículo, que nós sairíamos como se fossemos dentistas de unidades de saúde [...]. (URANO)*

Fica evidente a marca histórica do público em relação ao privado, no exercício profissional da odontologia, o que remete a uma preocupação, conforme aponta Werneck (2008, p.185) que “[...] o conhecimento apresentado pelos professores em sala de aula e nas clínicas, associado ao sucesso profissional de alguns no consultório privado, reproduz e reforça o fetiche desta modalidade de prática, que guia suas aspirações acerca do futuro profissional desejado”, quadro que vem se alterando de forma lenta, gradual e historicamente, a partir das políticas vigentes e da ampliação do mercado de trabalho para o cirurgião-dentista no SUS.

Diante das adoções e rechaços analisados passarei agora as resiliências, as formas de maleabilidade, de posições ocupadas, de modo a conseguirem fortalecer a proposta do currículo integrado e da CA.

Iniciarei o que foi posto sobre as resiliências pela fala de Mercúrio,

*[...] a grande maioria dos docentes vieram de currículo tradicional, hoje não, temos alguns professores, inclusive da Copaca, que são ex-alunos, se formaram e pegaram desde o início o currículo integrado, então pra diferentes gerações incrementar um outro currículo realmente é muito difícil [...] sair da sua zona de conforto [...] e entender, o quanto isso pode ser benéfico pra formação do acadêmico [...] mas todo mundo tinha vestido a camisa, porque [...] pode ser melhor que o currículo que nós nos formamos, então isso foi uma causa abraçada por todos os docentes na época, quem não abraçou saiu [...] esse foi o grande diferencial, nós estávamos num corpo docente jovem, todos tinham acabado as suas formações, com muita boa vontade de querer fazer algo diferente e melhor [...]. (MERCÚRIO)*

Mercúrio ponderou o fato de boa parte dos docentes terem vindo de uma formação profissional cujo currículo consideram tradicional, no entanto sinalizou que há professores que são egressos do curso e compõem a Copaca. O fato de destacar a origem formativa dos quadros docentes advinda de um currículo tradicional faz com que sejam estabelecidas outras formas de enxergar a formação do CD em relação ao conteúdo, a forma de fazê-lo isolando completamente os conteúdos, sem partir de uma finalidade como Saviani (2008) aponta da necessidade de ser abordado um conteúdo. É preciso sim a base teórica, não estamos nos prescindindo dela, no entanto a ponderação de que há necessidade de buscar a finalidade para a qual está sendo ensinado, para trazer a resolutividade pela qual uma demanda está sendo levantada é fundamental para que haja sentido no que está sendo estudado, para que transforme a realidade de saúde bucal sem desconectá-la e fragmentá-la da pessoa, na qual precisa das funções e expressões advindas da boca em sua expressão máxima do que a compõe.

Na fala de Irene também emergiu que a formação do CD precisa ser voltada para o mercado de trabalho, levando em conta as relações interpessoais. Depreende-se disto que este

achado também pode estar associado aos aspectos éticos e humanos do atendimento odontológico.

*[...] Temos que preparar pessoas, profissionais, [...] para as exigências atuais do mercado, que não é só a qualidade daquele procedimento, mas é a comunicação, a relação interpessoal [...]. (IRENE)*

Essa concepção é dialética porque o mercado de trabalho pode trazer um pedido de flexibilização na formação com direcionamento a especialidade em detrimento a prática generalista, ao passo que a humanização em saúde para o atendimento tem sido cada vez mais requerida por avanço nas relações profissional-paciente. Inclinando para discussão que o equilíbrio conforme sinalizado na fala de Júpiter precisa ser buscado, tanto em uma formação pautada no conhecimento que se articule a prática, quando da necessidade de realização de procedimento clínico.

*[...] em vários momentos na COPACA tivemos discussões, reflexões, embates de ideias, onde o que estava assim conflitando, os professores diziam, o aluno ele parece que até valoriza mais esse contexto social, econômico, cultural, familiar, histórico das condições sistêmicas, parece que isso foi tão privilegiado, isso é tão valorizado, que a sensação é que estamos perdendo a parte técnica, que o aluno vai dar tanto valor pra isso em detrimento da parte técnica, mas até que os professores que pontuam, que fazem esse tipo de consideração, eles tem que ser escutados também, porque nem tanto lá nem tanto cá, eu acho que temos que o tempo todo trabalhar esse equilíbrio [...]. (JÚPITER)*

Diante do exposto frente a resiliência posta por Júpiter cabe uma reflexão sobre a retomada da proposta da formação para a integralidade da atenção à saúde, no que tange a complexidade necessária da formação entendendo este acadêmico, futuro cirurgião-dentista, com necessidade de contemplar da promoção de saúde à reabilitação, para não incorrerem no fato também de sermos parciais nesta integralidade.

Também foi relatada a resiliência pelos acadêmicos quanto a implantação da CA ao reconhecerem o valor frente a inserção da CA no currículo, conforme consta na fala de Hígia. Ainda foi pontuado sobre resiliência quanto ao seminário, que apesar das dificuldades acadêmicas enfrentadas em sua produção, os acadêmicos não se veem mais sem a CA e os seminários se fazendo presentes.

*[...] hoje a CA funciona muito bem, [...] a maioria dos alunos veem a importância e o valor da ampliada [...], então reclamamos dos seminários porque às vezes foge um pouco do nosso controle, paciente não vem, a foto que não fica boa e queremos sempre entregar o melhor trabalho, mas hoje as pessoas estão muito mais acostumadas, [...] não faria sentido, por exemplo, retirar a CA do currículo, seria uma coisa que faria muita falta e talvez uma formação até deficiente dentro do padrão UEM de formação, que já é uma coisa que está ali, então acho que faria diferença se não tivesse mais a CA ali na UEM [...]. (HÍGIA)*

Outro ponto a ser destacado refere-se a menção ao fato de que se retirasse a CA ficaria “deficiente dentro do padrão UEM de formação”, uma vez que repercutiu em todo currículo pelo relatado quanto ao envolvimento de todos os atores participantes, o quanto se fez potência para o currículo este movimento da CA. Há um reconhecimento acadêmico quanto a representatividade da excelência na formação considerando ter por base teórica a integralidade em um currículo integrado que se pauta as condutas terapêuticas, procedimentos odontológicos, firmados pela humanização em saúde. O que pode ser observado na fala de Saturno,

*[...] Resistência de um, resistência de outro, mas a coisa foi funcionando e ela foi se infiltrando de tal forma que hoje a gente não vê o curso sem essa interação. Está acontecendo de uma forma assim, engrenou tão bem que parece que o negócio sem aquilo não é mais o curso de odontologia [...] (SATURNO).*

A história está sendo construída no curso de odontologia da UEM de tal forma que não se dissocia mais da formação do cirurgião-dentista, a formação da prática profissional voltada para a integralidade da atenção à saúde.

## 9. DESENVOLVIMENTO DO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA DA UEM EM SEUS FORMATOS

O currículo do curso de odontologia da UEM desde sua criação se diferenciou ao longo dos anos em mudanças de proposta pedagógica, e com isso seus formatos foram se modificando também. Para Sacristán (2017, p.75) “O formato curricular é substancial na configuração do currículo, derivando-se dele importantes repercussões na prática”, o que implica sensibilidade e interesse da instituição formado em captar as demandas sociais emergentes, bem como sua comunidade acadêmica ao longo da própria história. Desvelar a definição de currículo e a forma como ele se materializou neste curso, até a assunção da experiência formativa configurada pela CA, fez-se necessário a partir de alguns autores referenciais do campo.

Para Saviani “[...] a ação que é desenvolvida pela educação é uma ação que tem visibilidade, é uma ação que só exerce com base em um suporte material. Logo, ela realiza-se num contexto de materialidade” (SAVIANI, 2013, p.90). Portanto é importante discernir de que forma o currículo se concretiza neste cenário de pesquisa.

Inicialmente, torna-se significativa a diferenciação feita entre teoria curricular e estudo do currículo, conforme Goodson (1995, p.47) “[...] estão estreitamente interligados, uma vez que os estudos curriculares se alimentam de teoria, mas também – talvez o mais importante – porque os paradigmas teóricos orientam as tendências e aspirações do estudo sobre currículo”, o que para o currículo de odontologia pode e deve ser realizado em relação a produção de conhecimento em torno das teorias curriculares voltadas para contribuir especificamente neste curso, enquanto campo da educação superior.

À medida que se voltam os interesses para os estudos curriculares em odontologia, os caminhos se abrem para o avanço do campo educacional do currículo neste curso, conforme explicitou Goodson (1995, p.47) que “Ao se desenvolver os estudos teóricos sobre currículo, argumentar-se-á que o enfoque teórico e, por conseguinte, também o caráter geral dos nossos estudos pode ser aperfeiçoado e redefinido”, impulsionando um aprimoramento na formação do cirurgião-dentista.

O currículo em seus diferentes significados pode ser apontado como ato de correr, fazer um percurso, e com isso tem um ponto de partida e um ponto de chegada, nos dois níveis educacionais, seja na educação básica ou na educação superior, com suas diferenças e graus de complexidade crescente em espiral para a formação humana e científica. O que está firmado

quanto à definição por Goodson (1995, p.47) em relação ao correr e ainda completa que “As implicações etimológicas são que, com isso, o currículo é definido como um curso a ser seguido, ou, mais especificamente, apresentado”.

Silva (2015, p.14) afirma que “[...] todo livro de currículo que se preze inicia com uma boa discussão sobre o que é, afinal ‘currículo’. Em geral, começam com as definições dadas pelo dicionário”, e daí se parte para quais questões o currículo responde, sob o ensino de quais conteúdos, para formar quem e para qual sociedade, por isso define que o currículo “é também uma questão de identidade” (SILVA, 2015, p.15).

Essa formação vem se constituindo a cada etapa do ensino e se dá pelo conhecimento produzido e acumulado historicamente (SAVIANI, 2008) pela educação formal e por experiências vivenciadas no processo de aprendizagem em espaços informais.

O futuro cirurgião-dentista se constitui desde seus primeiros passos na educação formal na educação básica, permeado por aprendizagens em espaços informais também no que tange à formação humanística e social, tão importantes para o seu desenvolvimento profissional. Em que pese a relevância deste processo iniciado na educação básica, o foco desta pesquisa é um olhar verticalizado para a educação superior, tendo a ciência de que a formação se dá de forma contínua e perene. Assim sendo, os currículos se entrelaçam e se apresentam em um *continuum*, com formações que se delineiam e se direcionam em diferentes áreas do conhecimento. Resultado de um trabalho institucional e coletivo de médio e longo prazo, sujeito a alterações motivadas por fatores internos e externos.

A área da saúde, dando destaque aqui para a odontologia, contempla conhecimentos, procedimentos e atitudes que precisam ser indivisíveis entre si para que a formação do cirurgião-dentista o aproxime da oferta da integralidade da atenção à saúde, o que requer conhecimento com evidências científicas articulado com procedimentos bem executados tecnicamente, sendo permeados por atitudes éticas, que o levem a priorizar o paciente em sua singularidade em nível individual e a comunidade em nível coletivo, em prol de não cuidar ‘apenas’<sup>51</sup> de dentes e sim em responder as necessidades diversas, expressas clinicamente, em um descontentamento estético, ou funcional e até mesmo a compreender determinada condição bucal como resultante de um contexto socioeconômico, os macro e micro determinantes em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esses direcionamentos para a formação do

---

<sup>51</sup> Inserção do “apenas” quando mencionar o extrapolar do biológico para as questões sociais (Fala registrada em banca de qualificação por Carneiro, 2019).

cirurgião-dentista foram sendo construídos ao longo da história do curso e da profissão, desde a implantação do primeiro curso de odontologia no Brasil (BOBBIO, 1978), até os dias atuais.

A esse respeito, Warmling (2016, p. 101) afirmou que

[...] a apresentação do estudo dos formatos curriculares propostos no percurso inicial de conformação do ensino da odontologia, inseridos aos contextos políticos e profissionais das proposições, possibilitaram a visibilidade do modo como diferentes problemas e respectivas estratégias de enfrentamento, em distintos contextos, foram constituindo o ensino da odontologia e a profissão

Diante do resgate histórico feito em relação às configurações curriculares expressas e difundidas no campo odontológico nota-se o ‘dinamismo’ das mudanças que foram ocorrendo ao longo dos anos, cujo crivo de análise captura da obra referencial de (BERNSTEIN, 1996) dois conceitos importantes para a interpretação curricular, quais sejam: “*as classificações e códigos*”.

A *classificação*, conforme proposta pelo autor, (Idem, 1996) refere-se a como é a diferenciação entre conteúdos e áreas do conhecimento, a depender desta diferenciação, do que é chamado de *isolamento*. Para Bernstein (1996, p.43) “[...] a manutenção de um dado princípio depende da conservação da intensidade do isolamento [...] os mantenedores de isolamento devem ter poder e as condições para exercê-lo [...] pressupõe, assim, relações de poder”. Por certo que o currículo integrado do curso de odontologia da UEM se situa com proximidade a *fraca classificação* no que tange ao fato de o currículo ser modular, ao passo que mesmo com este formato, ainda está evidente uma certa marcação entre as especialidades.

Quanto ao *código* (Ibidem, 1996, p.143) pode ser definido por “[...] um regulador das relações entre contextos e, através dessa relação, um regulador das relações dentro dos contextos”, o que pode ser definido com um código acessível a todos ou não. Isso remete ao desenvolvimento do currículo no campo da educação em interface com a formação em saúde em que muitos códigos ora são acessíveis, ora não. Às vezes eles são postos de forma muito elaborada durante o desenvolvimento do currículo, o que impede a participação de todos no processo.

Expressos na história do curso de odontologia, temos relatos de cursos com diferentes configurações curriculares, desde um processo de inovação incipiente até avançada (MORITA *et al.*, 2007), com diferenciações curriculares observadas frente a orientação pedagógica, cenários de prática e tendo estes elementos sido potencializados posteriormente pelo Pró-Saúde.

Diante do papel da universidade para a formação de quadro de pessoal que entre as diversas possibilidades laborais poderá trabalhar para o SUS (BRASIL, 1990), houve uma

mobilização de mudança na formação dos profissionais de saúde. Este movimento trouxe uma proposta de se analisar o avanço educacional distinguindo entre os níveis de inovação seja tradicional, incipiente, parcial, avançada e a transformação; assim o conceito de “inovação” não está contido em um “*parágrafo*”, mas sim distribuído em diferentes eixos e vetores com os quais é possível classificar o curso conforme seu processo de inovação.

Os aspectos definidos para classificar em que estágio de inovação se encontra o curso de odontologia da UEM são: eixo orientação teórica vinculado aos vetores determinantes de saúde e doença (1), pesquisa ajustada à realidade local (2), educação permanente (3); o eixo cenários de prática vinculado aos vetores integração ensino-serviço (4), utilização dos diversos níveis de atenção (5), integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde (6); o eixo orientação pedagógica vinculado aos vetores integração básico-clínica (7), análise crítica dos serviços (8), aprendizagem ativa (9) (BRASIL, 2007).

Além da questão da classificação e códigos em relação a estrutura do discurso pedagógico transportado para uma análise curricular, também podemos considerar como análise do contexto do ensino odontológico o modelo pedagógico *visível e invisível* proposto por Bernstein (1996). Zanten (2011, p.165) reitera estes estudos de Bernstein, quanto a este modelo pedagógico *visível e invisível*, o que remete ao “[...] resultado de uma transformação de relações de forças entre uma antiga elite acadêmica e uma nova elite político-econômica”. Ao se delinear um currículo, ele se apresenta com finalidades subsidiadas e inevitavelmente intrínsecas ao contexto político, econômico e social, o que fará dele um alicerce, ao passo que resiliente ao conjunto de forças que serão preponderantes ou tensionarão este processo. Um território de expressão de *poder* (Apple, 2006), de *contestação e disputas* (SILVA e MOREIRA, 2006).

A respeito da análise feita sobre a constituição do currículo, fez-se presente a consideração teórica desenvolvida por Borges (2015) na qual definiu e apresentou *o eixo estruturante e o eixo transversal* como elementos constitutivos do currículo para expressar as escolhas institucionais consensuadas na configuração curricular. Para a referida autora “o eixo estruturante em perspectiva curricular apresenta as bases sobre as quais os diferentes componentes curriculares poderão se organizar, dando sentido de integração e integralização” (BORGES, 2015, p.1193) e quanto a transversalidade,

[...] não se constitui em campo disciplinar, mas seus respectivos conteúdos integram o ementário e respectivas unidades temáticas dos planos de ensino que podem corresponder às disciplinas curriculares, sejam elas obrigatórias ou optativas. Assim

compreendidos os temas transversais figuram como coadjuvantes, como complementariedade (BORGES, 2015, p.1197).

Olhar o currículo a partir do *eixo estruturante e da transversalidade* segundo Borges (2015), remete a análise do documento para as articulações e reflexões de Sacristán (2017) quanto ao currículo em seu processo de desenvolvimento, a partir da perspectiva de um arranjo com diferentes atores e documentos formais que se reconfiguram na objetivação do currículo, destacando a relevância que o referido curricularista aponta sobre os protagonismos docente nesta elaboração para a configuração das estruturas e da operacionalidade dos currículos nas instituições educativas. Diante do exposto, estas reconfigurações vão se dando no currículo que sofre interferência seja no currículo prescrito, no currículo apresentado aos professores, no currículo modelado pelos professores, no currículo em ação, no currículo realizado, no currículo avaliado (SACRISTÁN, 2017).

A presente pesquisa constatou que a odontologia pode ser estudada por meio do que está posto no registro escrito dos diversos documentos institucionais e acadêmicos, seja pelo projeto pedagógico do curso ou outros registros referentes ao curso (*currículo prescrito*). Nesta dimensão investigativa faz-se importante todo registro escrito oficial realizado pelos e para os professores, por meio dos colegiados de curso, a exemplo do Núcleo Docente Estruturante (NDE)<sup>52</sup> ou até mesmo pelos atos normativos e administrativos gerados pelas ações dos gestores e/ou lideranças constitutivas das estruturas das organizações formativas<sup>53</sup>, instrumentos que em conjunto tornam-se vinculadas à proposta pedagógica a ser elaborada, estudada e necessariamente apropriada pelos professores.

De forma intencional, consciente ou inconsciente, a institucionalização do desenvolvimento curricular acaba por percorrer as etapas denominadas por Sacristán (2017), que vão da prescrição à avaliação curricular. Neste processo o trabalho dos membros do NDE, bem como a postura dos gestores e demais lideranças institucionais na operacionalização de uma nova proposta curricular faz toda a diferença.

No desenvolvimento do currículo em Odontologia cabe ressaltar o papel da ativa participação docente, seja no exercício da docência por meios da atividade de ensino, representadas pelas diferentes disciplinas, ou mesmo na gestão do curso pelas diferentes

---

<sup>52</sup> O Núcleo Docente Estruturante (NDE) de um curso de graduação constitui-se de um grupo de docentes, com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso (BRASIL, 2010, art. 1º).

<sup>53</sup> Gestores e/ou lideranças vinculadas a proposta de implementação de uma proposta pedagógica.

instâncias pedagógicas e administrativas, com o relevante assessoramento do NDE. Neste contexto, são consideradas as especificidades dos sujeitos que protagonizam a elaboração e a operacionalização de propostas curriculares.

Este processo de construção coletiva curricular indubitavelmente remete à formação do professor que o protagoniza e remete ao que Borges (2008, p. 22) destaca quanto ao fato de que “Tornar-se professor é um processo de desenvolvimento profissional que se constrói gradualmente em uma trajetória de vida pessoal e profissional”, e ressalta como “É preciso que a dimensão cultural, de forma ampla, seja estudada em profundidade pelos docentes em processo de formação por meio de atividades acadêmicas diversificadas dentro e fora do ambiente acadêmico” (BORGES, 2012, p.57). Essa formação tanto pelas atividades formativas dos docentes, seja na academia ou fora dela, repercute na construção curricular, enquanto peça fundante que participa deste processo; o que poderá ou não contribuir para um currículo integrado.

De forma, então, que este professor leva consigo sua formação acadêmica que o constitui e a depender dela uma aproximação com determinada conduta no seu exercício da docência e gestão, principalmente em um contexto de inovação. Frente a inovação em educação Saviani (1980, p.15) relacionou a “A filosofia da educação e o problema da inovação em educação” fazendo uma distinção entre processo e produto, o que nos leva a indagar e melhor repensar como se relaciona com as questões educacionais. Neste sentido Saviani (1980, p.26) se posiciona em relação a concepção dialética de formação e afirma que,

[...] inovação é entendida em função do aparelho educacional como tal, sem referência ao contexto. As dificuldades da educação são sempre tributadas ao próprio processo educativo. [...] Já para a concepção dialética, inovar em sentido próprio, será colocar a educação a serviço de novas finalidades, vale dizer, a serviço da mudança estrutural da sociedade.

Desse modo a posição frente a inovação que provoca uma reflexão sobre a sua finalidade traz uma mudança real que transforma, como Saviani afirmou (1980, p.21) “[...] inovar significa mudar as raízes, as bases. Trata-se, pois, de uma concepção revolucionária de inovação”, e nesse sentido o curso de odontologia da UEM inovou próximo a sua concepção entendendo não só pela mudança de um currículo tradicional por uma questão modular, mas por enraizarem um “conteúdo” de muito significado que é a integralidade, que na história deste curso se constituiu como *conteúdo clássico*, como Saviani (2013) afirma.

O que para Saviani (2008) não se apresenta como conflito em função da pedagogia revolucionária. Na defesa do “*conhecimento produzido historicamente*”, que contribua na

análise na “*prática social*”. Saviani (2008, p.68) afirmou que se trata de “[...] colocar a educação a serviço da referida transformação das relações de produção”, o que nos traz luz sobre a concepção de não ser inovação por si só, não ser mudanças de métodos de aprendizagem por si só, mas uma mudança que transforme a realidade.

Quanto à estrutura do currículo a inovação deve partir da integração dos conteúdos; a organização curricular deve abarcar conteúdos advindos de outros referenciais que não os específicos; e o desenvolvimento físico, intelectual e socioemocional implica desenvolver atividades de ensino em que o estudante participe ativamente tanto do planejamento quanto das atividades propostas (FERRETI, 1980). Desse modo, transpondo para a reflexão na formação do cirurgião-dentista, seria relevante pensar a integração entre os conteúdos das áreas básicas e as profissionalizantes, ainda a articulação entre a ciência odontológica e as ciências sociais e humanas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2021), e por fim pensar o protagonismo deste futuro profissional em processo de formação.

Parte-se do pressuposto que:

Os projetos inovadores apontam para a necessidade de um currículo que incentive a integração e a interdependência das disciplinas e das atividades curriculares em função dos objetivos educacionais, buscando a superação do isolamento das disciplinas, da fragmentação do conhecimento e criando experiências de projetos de interdisciplinaridade (MASETTO, 2012, p.27).

A discussão frente a um currículo que almeje a integração tem como ponto crucial a consideração de “[...] que interesses educacionais e sociais estão por trás de cada proposta de currículo integrado” (SANTOMÉ, 1998, p. 121). Uma vez que diferentes tipos de currículo são propostos e relacionados a diferentes formas de se inovar, no entanto a intencionalidade que cada currículo traz consigo remete de fato ao que se pretende formar.

Neste processo de mudança curricular faz-se necessário definir bem o planejamento a ser desenvolvido para que este currículo se estabeleça; o que demanda a participação dos estudantes, dos professores e de equipe institucional que se responsabilize por este processo (TOASSI *et al.*, 2012).

Neste sentido esse direcionamento quanto ao futuro cirurgião-dentista que se pretende formar cabe a análise destas teorias frente a fragmentação do conhecimento ou a integração entre eles. Para Santomé (1998, p.26)

O currículo pode ser organizado não só em torno de disciplinas, como costuma ser feito, mas de núcleos que ultrapassam os limites das disciplinas, centrados em temas, problemas, tópicos, instituições, períodos históricos, espaços geográficos, grupos humanos, ideias, etc.

Diante desta concepção de currículo integrado, leva-se em consideração que se almeja o currículo integrado para fomentar o interesse pela aprendizagem, o esclarecimento dos conceitos a partir da realidade e a possibilidade de se aprender fora da sala de aula tomada como “laboratório” (SANTOMÉ, 1998). Enquanto o currículo por disciplinas, denominado de “currículo coleção” (BERNSTEIN, 1988 *apud* SANTOMÉ, 1998, p. 104) não proporciona a reflexão sobre o que se vivencia no cotidiano expropriando do aprendiz a possibilidade de compreender que o conhecimento se vincula a um “contexto social, econômico e político específico, que o mediatiza e condiciona” (SANTOMÉ, 1998, p.105).

Esta discussão curricular se compõe também do processo avaliativo reportado por Stenhouse (2003, p. 156) como,

*Em síntese, para avaliar você tem que entender. Pode-se dizer que as avaliações objetivas convencionais não visam compreender o processo educacional. Tratam isso em termos de sucesso ou fracasso. Mas um programa é sempre uma mistura de ambos, que varia de um quadro para outro (Tradução do espanhol para o português)<sup>54</sup> (Tradução minha).*

Neste sentido, os currículos de odontologia carecem de análise para que se investigue em que medida se configuram entre as diferentes teorias curriculares a partir desta concepção de integração curricular inclusive. A grande questão e implicação do currículo por disciplinas trata-se de que “[...] este conhecimento acadêmico é ministrado de forma paralela sem se encontrar nunca com o conhecimento social, que utilizamos para analisar e movimentar-nos nas situações cotidianas e para resolver os problemas nos quais nos envolvemos” (SANTOMÉ, 1998, p.105).

O que também sinaliza Apple (2006) sobre o currículo por disciplinas, no entanto considerando sobre o poder e a cultura que se estabelecem, com maior atribuição de valor a determinadas disciplinas em detrimento de outras. Então as disciplinas por elas mesmas podem ou não se constituírem problemas no processo de integração curricular, a depender da forma como são estruturadas e praticadas no processo pedagógico.

Desse modo, na odontologia em que há de forma muito arraigada a formação por especialidades, a partir da herança da medicina científica (MENDES, 1984), se a organização curricular se estrutura simplesmente por disciplinas isoladas temos o currículo “tipo coleção”

---

<sup>54</sup> “*Em resumen, para evaluar hay que comprender. Cabe afirmar que las evaluaciones convencionales de tipo objetivo no van destinadas a comprender el proceso educativo. Lo tratan en términos de éxito o de fracasso. Pero un programa es siempre una mezcla de ambos que varía de un marco a outro*” (STENHOUSE, 2003, p. 156).

(BERNSTEIN, 1988 *apud* SANTOMÉ, 1998, p. 104) e a grande questão que tal situação provoca é que as instituições formativas incorram no erro de não alcançarem a integralidade da atenção em saúde para o paciente e/ou coletividade. E nesta compreensão a UEM, em uma perspectiva curricular avançada, propôs a Clínica Ampliada, como espaço integrador curricular, oportunizando a preparação dos acadêmicos do curso o exercício supervisionado da prática profissional, em espaço formativo agregador de diferentes áreas do conhecimento, bem como de diferentes disciplinas.

Nesta dimensão curricular, cabe compreender o que Silva (2015, p. 71) interpreta dos estudos de Bernstein, ao afirmar que “ele está mais preocupado com as relações estruturais entre os diferentes tipos de conhecimento que constituem o currículo. Bernstein quer saber como o currículo está estruturalmente organizado”. Sendo que esta abordagem dada por Bernstein quanto à estruturação do currículo incide em relação ao padrão curricular e seus efeitos no fim da formação inicial do educando que se dá no curso de graduação (futuro cirurgião-dentista).

Dos conceitos apresentados por Bernstein (1996) em seu referencial teórico quanto à *código, classificação e enquadramento* cabe análise da logística de proposição, desenvolvimento e a projeção dos resultados a serem alcançados na formação do futuro cirurgião-dentista.

Há que se considerar as diferenças sociais, o acesso e a permanência no curso de graduação em odontologia, em que a escolha pelo curso apresente demandas diferentes, pois a expectativa e o desempenho durante o curso proporcionará aos estudantes formas diferentes de apropriação do código de comunicação estabelecido (elaborado), o que poderá implicar uma postura profissional de reprodução ou de criticidade frente ao que está posto na proposta curricular do curso, que repercutirá no exercício da odontologia<sup>55</sup>.

Pensar o currículo do curso de odontologia mediante a definição de *enquadramento*, “[...] princípio que regula as práticas comunicativas das relações sociais no interior da reprodução de recursos discursivos, isto é, entre transmissores e adquirentes” (BERNSTEIN, 1996, p.59) pressupõe imersão no campo empírico no cotidiano do curso pesquisado. Com base nesse conceito o autor desenvolve a ideia de que o *enquadramento forte* se dá a partir da gestão do curso em controlar todos os atores envolvidos no processo, o que demanda um trabalho árduo neste acompanhamento; e o *enquadramento fraco*, se dá a partir da tomada de decisão

---

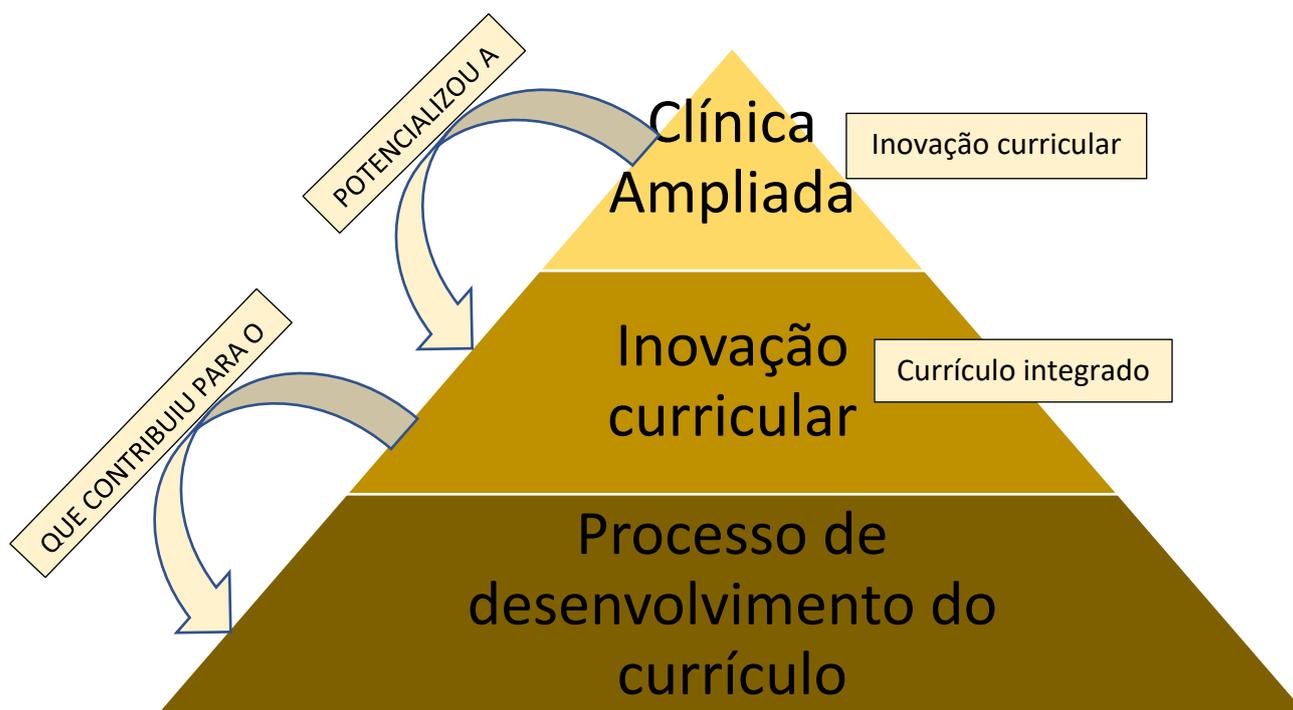
<sup>55</sup> Opção irrestrita por uma prática pautada na especialização (MENDES, 1984). O que Bernstein (1996, p.35) afirma como “relação entre o princípio classificatório e uma base material”.

partindo dos atores envolvidos, resultando em um processo mais democrático, em que os atores envolvidos participariam em formato mais democrático, apesar da dificuldade de se controlar este processo.

Resguardadas as especificidades entre o contexto em que Bernstein desenvolveu sua teoria curricular e o contexto no qual a presente pesquisa foi desenvolvida, considerando que seus estudos cabem nesta análise, seguem as reflexões curriculares tendo este alicerce para compreensão do currículo integrado do curso de odontologia da UEM, tendo como foco de análise a implantação da CA e suas repercussões no desenvolvimento do curso.

O processo de desenvolvimento do currículo do curso de odontologia da UEM compreende dois momentos históricos de inovação curricular muito importantes como a implantação do currículo integrado que foi potencializada pela implantação da CA. Também se notou que este processo de desenvolvimento do currículo está permeado tanto pelos elementos da CA, quanto pelas características da potencialização da inovação curricular dela decorrente. Uma configuração que pode representar o exposto (Figura 11).

Figura 11 – Configuração para representar o desenvolvimento do currículo.



Fonte: a autora (2021).

Portanto, estes elementos da CA e a potencialização da inovação do currículo integrado advinda pela CA coadunam com o processo de desenvolvimento do currículo conforme proposto por Sacristán (2017) e torna-se possível estabelecer as relações entre o currículo do curso de odontologia da UEM, nos diferentes níveis ou fases na objetivação do significado do currículo, mediante os núcleos temáticos das subcategorias nos quais se agruparam, quanto ao currículo “prescrito”, ao “apresentado” aos professores (Normatização e difusão); ao currículo “modelado” pelos professores, currículo em “ação”, o currículo “realizado” (Papel docente, discente e paciente); e, durante todo o desenvolvimento curricular e ao final de suas etapas de operacionalização, o currículo “avaliado” (Processos avaliativos internos e externos); tanto em relação ao desenvolvimento do currículo em seus diferentes aspectos, quanto ao que está vinculado a CA.

A *normatização e difusão* se materializaram e se materializam pelo currículo “prescrito”, em documentos que registram informações do curso de odontologia da UEM, com repercussões atuais do que se prescreveu com o currículo integrado, estando expresso no projeto pedagógico do curso que se modificou a partir de documentos como Guia do Estudante do Curso de Odontologia (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009), o Manual da Clínica Ampliada

(HAYACIBARA; TERADA; TAKESHITA, 2010) e o Instrutivo da Clínica Ampliada (HAYACIBARA; TERADA, 2012), mediante outros documentos governamentais norteadores para elaboração deste currículo prescrito (Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia/DCNO-2002 e 2021, Pró-Saúde). Assim como também pela forma com que estes registros enquanto documentos são apresentados para os docentes e toda a comunidade acadêmica, técnicos-administrativos e pacientes ao participarem dos processos de mudança.

Por estes documentos vinculados ao curso de odontologia da UEM foi possível perceber um alinhamento entre o proposto pela UEM e o que está nas DCNO (2021) e no Pró-Saúde (2005); no que se refere a proposta do perfil profissional, a estrutura curricular, os conteúdos curriculares, o envolvimento das diferentes ciências se articularem, o ensino-pesquisa-extensão, bem como os processos avaliativos a serem realizado conforme DCNO (2021) e formação profissional em saúde (2005) voltada para cumprir o que estava posto desde a DCNO (2002 com as retificações feitas em 2021). Ainda cabe para a análise a afirmação de que,

As lições e aprendizados são construídos por diferentes atores e contextos, mas que trazem a riqueza e a importância das Universidades na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e sua relação no caso dos cursos de Odontologia na integração entre academia, serviços de saúde e comunidade (MORITA, CODATO, DITTERICH, 2019, p.68).

Cabe ressaltar que a estrutura curricular firmada na DCNO (2021) passa pela sinalização do currículo integrado, cuja proposição já se encontrava descrita na gênese do curso de odontologia da UEM desde quando foi implantado, no sentido de articular as áreas de conhecimento em módulos, com possibilidade de integrar conteúdos e propostas metodológicas de ensino-aprendizagem que dessem sentido a uma *práxis* profissional, um exercício do “fazer” odontológico que aproximasse da integralidade da atenção à saúde. Vale aqui destacar que esta integralidade da atenção à saúde foi reiteradamente evidenciada com a promulgação da legislação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Posso assim afirmar que este curso esteve na vanguarda da formação de futuros cirurgiões-dentistas voltados a integralidade, constatação reforçada pelo trabalho empírico da pesquisa por meio dos relatos de seus participantes:

*[...] se eu for me atentar ao currículo integrado como inovação curricular, na verdade aconteceu primeiro o currículo integrado para depois de alguns anos aparecer a CA. Mas quando eu digo CA, eu estou separando a CA como você assistiu quando você veio aqui, o que seria CA, que acontece nas quintas-feiras de manhã, como distinto do que acontece na clínica do 3º, 4º e 5º ano que acontece em outros dias [...]. (URANO)*

Retomando que as disciplinas são compostas por módulos, de forma que o módulo 5.7 Dentisteria / Cariologia III (3º período) compartilha da carga horária com o conjunto instrucional Estágio Supervisionado/ Estágio Curricular em Saúde Coletiva IV (5º período). Essa reformulação curricular sinaliza que a potência da inovação curricular pela Clínica Ampliada alcança os módulos desde sua forma prescrita.

A sistematização desta partilha foi firmada no Manual da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (HAYACIBARA; TERADA; TAKESHITA, 2010). Diante dos registros propostos nestes documentos foi possível fazer a apresentação de como a CA estava sendo formulada, elaborada e concretizada na busca de fomentar a formação de cirurgiões-dentistas voltados para a integralidade da atenção à saúde buscada desde a implantação do currículo integrado.

Dentro da perspectiva do currículo “*apresentado*” (SACRISTÁN, 2017) pode-se notar que o envolvimento na implantação da proposta da CA foi coletiva, envolvendo todos os atores participantes da proposta, desde os acadêmicos em relação ao campo de estágio, a própria comunidade que foi chamada a participar, os agentes administrativos, e os docentes, conforme a fala a seguir:

*[...] e quando começou a reunir os funcionários e reunir os alunos e falar sobre a humanização eu reparei que foi um diferencial que começamos a ter, e assim melhorou tudo, a relação com os acadêmicos, com os pacientes, todo mundo sabe, foi bem legal essa época que começamos a trabalhar sobre este novo olhar [...]. (HÉRACLES).*

Essa difusão por parte dos gestores da CA fez com que todos se envolvessem na proposta não só de implantação, como de implementação e desenvolvimento da Clínica Ampliada que a partir dos dados se mostrou como potência para a inovação curricular desde a implantação do currículo integrado.

*[...]a UEM, une literalmente, a pesquisa, o ensino e a extensão. Vou dar um exemplo, nós temos uma variedade de enorme de projetos, todos os professores realizam de alguma forma projetos. A grande maioria dos professores, eles elaboraram e coordenam projetos [...]. (IRENE)*

A fala de Irene traz à tona um ponto importante no que tange à pesquisa, ao ensino e à extensão, e relatou a grande experiência docente com a extensão. Em seguida nas falas de Zeus e Gaia partindo das DCNO (BRASIL, 2002; BRASIL, 2021), documento orientador da prescrição governamental referente ao Ministério da Educação, relataram sobre a formação

necessária para o cirurgião-dentista. Com destaque para uma formação preconizada para o SUS como evidenciado por Marte.

*[...]temos a estrutura, um objetivo claro, que aponta para a formação profissional adequada às necessidades da população, estando em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Curso de Odontologia e a formação voltada para o SUS [...]. (ZEUS)*

*[...] Em consonância com [...] as diretrizes, [...] é a formação generalista, adotando metodologias ativas, atendendo as necessidades do sistema de saúde vigente no país, trabalhando muito a questão da ética, [...] multiprofissional, [...] um profissional com mais autonomia, proatividade, com competências mesmo de atuação em todos os níveis, e aí você vê um monte de coisa que precisamos ainda melhorar, se pensamos em atenção em todos os níveis [...]. (GAIA)*

*[...] o cirurgião-dentista deveria ser um ótimo generalista e também ter essa formação para o SUS, independente se ele vai atuar ou não no SUS, [...] o aluno deveria conhecer mais como funciona o nosso SUS, [...] que é um sistema [...] de referência [...]. (MARTE)*

Nesta prescrição está a formação voltada para o SUS reiterada por Zeus, Gaia e Marte; assim como a formação generalista, em relação ao uso de metodologias ativas, de acordo com as necessidades do sistema de saúde vigente, com ética, autonomia, proatividade, com atenção a todos os níveis de saúde retomados por Gaia. Essa prescrição feita nas DCNO 2002 foi reiterada nas DCNO 2021 e busca com que o futuro cirurgião-dentista tenha uma compreensão não fragmentada quando se prima pela formação generalista, não excludente quando se propõe voltado para o SUS, o que abarca a ética. A autonomia e a proatividade se firmam junto as metodologias ativas, sendo possível se desenvolver, ao ter um sólido conhecimento teórico, conforme proposto por Saviani (2013).

O curso de odontologia da UEM não se prescinde da teoria e não se pauta na “problematização”, desvinculada da “prática social” (SAVIANI, 2008). Em relação ao método, para eles está bem atrelado ao conteúdo, conforme preconiza (Idem, 2008) e Carbonell (2002).

Quanto ao perfil do egresso também foi pontuado por Terra sobre a formação generalista ampliando esta concepção a partir da articulação de todas as disciplinas vinculadas a odontologia com a formação humanística e social.

*[...] do ensino de graduação é formar um profissional generalista, é assim que eu acho que ele deve ser formado e quando eu falo generalista talvez eu falei até de uma maneira mais ampliada, tendo também a visão humanística, o aspecto do SUS por trás de tudo isso, dessa maneira, não só integrado não só um profissional generalista, que saiba cumprir de maneira básica todas as disciplinas previstas na odontologia, mas que ele também tenha essa formação humanística e social e esse aprendizado de SUS, para que possa prestar atendimento de atenção básica [...]. (TERRA)*

Nesta prescrição sobre o que são “disciplinas previstas na odontologia” (Terra) e a “*formação humanística e social*” fica evidente que somos marcados pela história da odontologia quando as desconectamos, segundo Saviani (2013, p.13) como “[...] a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” pelo percurso da odontologia marcada pela ênfase no procedimento, no técnico, assim em nossa percepção fragmentamos e intitulamos como formações diferenciadas. Só que nessa perspectiva de que a história é marcada *pelo conjunto dos homens*, o curso de odontologia da UEM tem caminhado influenciando a história. Na fala de Terra já se detecta um movimento de associar o “técnico” ao “humano”, o que vai caminhando para a indivisibilidade desta formação.

Ainda sobre a fragmentação e a integração apresentadas por Vênus é possível notar os diferentes níveis de integração como afirma Bernstein (1971).

*[...] o currículo [...] o que mais me chama atenção é o fato de, por exemplo, numa disciplina básica, o aluno ele está vendo, cabeça e pescoço, na anatomia, na histologia, na embriologia, por sistemas, e depois quando passa para clínica, o que é mais interessante é que tem uma fragmentação, por exemplo, um dia é clínica de x e y, outro dia clínica de z e w, mas sempre buscando integrar, ver o paciente como um todo[...]. (VÊNUS)*

Na fala de Vênus se evidencia estes níveis de integração quanto aos conteúdos da área básica serem bem articulados e relacionados entre si, ao passo que ao se direcionarem para a clínica há também uma integração, que se faz entre áreas de formação com procedimentos clínicos que se entendem de um para o outro como sequenciais. Não deixa de ser informado na ótica de “*ver o paciente como um todo*”, que se prima e concretiza no quinto ano com a presença da CA, articulando com as demais clínicas pela equipe de trabalho (acadêmicos do terceiro e quarto anos) e se firma como necessária para buscar a integralidade da atenção à saúde e influencia historicamente a reformulação das demais clínicas.

Marte descreveu como se dá o funcionamento do currículo integrado a partir das clínicas relacionando as diferentes “*especialidades*” odontológicas.

*[...] quando o aluno entra em clínica começa com a x e a y, mas assim já no segundo semestre isso começa a se integrar, então você vai ter clínica de x junto com y, de z junto com x, isso se segue ao longo dos anos, então até o quinto ano a gente não tem como a maioria das faculdades, hoje nós vamos fazer clínica de y, não isso não existe, você vai fazer xw, você vai fazer yz, temos as clínicas integradas, onde em tese nós vamos fazer tudo ali, de fato ele é integrado, [...] ele tem algumas ligações sem dúvida nenhuma, é difícil você integralizar totalmente [...] é um currículo eu vejo diferenciado [...]. (MARTE)*

O que pode se constatar é que o caminho para a integração curricular vai sendo construído em seus diferentes níveis e vem sendo construído há vinte e nove anos, em um

aprimoramento e reconhecimento de sua necessidade. À medida que todos participam do processo e vão analisando os resultados advindos desta formação, uma proposta pedagógica integrada vai se desenvolvendo. Em uma de suas falas Urano apresenta uma posição sobre a implantação do currículo integrado e seu aperfeiçoamento.

*[...]uma das maiores comprovações de que o currículo integrado é realmente efetivo. Realmente necessário. Eu diria muito mais necessário, até, porque efetivo, se fosse apenas efetivo não estaríamos buscando sempre a melhoria até hoje. A efetividade eu acho que é uma busca incessante, mas a constatação de que ele é necessário, isso daí eu acho que é um diferencial muito grande do que se fosse um currículo tradicional [...]. (URANO)*

A organização curricular e os diferentes níveis de integração foram destacados nas falas em suas mais diferentes características. Marte informou sobre a constituição disciplinar no currículo, envolvendo módulos e disciplinas, exemplificando sobre uma disciplina.

*[...] hoje tem menos desses desdobramentos, esse monte de pequenas, de várias disciplinas dentro de um grande módulo, hoje são menos, menos matérias dentro de um módulo [...] disciplina x, então tem várias matérias, entramos com conteúdo z, w, y, tudo dentro desse grande módulo que é a disciplina x, então ele ainda é dessa forma [...]. (MARTE).*

Essa integração partindo da articulação entre professores de diferentes áreas também foi relatado por Mercúrio ao mencionar o quanto é importante esta integração neste processo de formação.

*“[...] então o currículo integrado ele proporciona esse tipo de situação, e mais que isso, ele aproxima o professor da básica com professor da área afim, o que eu acho extremamente salutar, porque aí unimos forças pra que o aluno consiga ter uma melhor formação [...] (MERCÚRIO).*

Este processo de aproximação entre os docentes aproxima os conteúdos trazendo os significados do que está sendo posto e discutido durante o processo formativo. Portanto a base para a CA se deu a partir deste currículo integrado e foi “prescrita” (SACRISTÁN, 2017), conforme pode ser observado na fala de Vênus e Saturno anunciando como foi esse início.

*[...] partiu dos docentes [...] mas eram reuniões semanais, desde o começo, lá em 2009 mesmo, [...] eu lembro dessas reuniões semanais [...] essa discussão durou muitos anos [...] em 2012 que eu vi assim, a clínica já tendo um formato bem importante [...]. (VÊNUS)*

*[...] teve uma mentoria da CA, essa ideia que deu certo também. Então você vê que muito do que compartilhamos, nós botamos em prática. É, vamos fazer essa CA, e aí todo mundo começou a olhar o que é uma CA. E todo mundo comprou essa ideia [...]. (SATURNO)*

Sendo de grande importância que adveio da necessidade percebida no campo de estágio que mobilizou agentes administrativos, docentes e discentes junto a esta comunidade a tornarem prescrito, a proporem a CA.

*[...] a CA ela surgiu a partir de uma dificuldade [...] para ter um campo de estágio, nosso campo de estágio começou a ficar muito restrito, tanto que [...] passamos o campo de estágio para Maringá, depois [...] Marialva [...] e criou-se mais esta clínica, [...] nós não tínhamos campo pra cumprir toda essa carga horária, pensou-se assim, mas nós poderíamos criar uma clínica para compensar que não estamos fazendo na UBS, fazendo os mesmos trabalhos e atendendo a população [...]. (PEAN)*

Enredado com a ampliação do campo de estágio se fortaleceu ainda mais a prescrição do currículo quanto a formação humana a ser presente nos atendimentos odontológicos, firmando e consolidando a proposta da PNH. Sobre esta humanização Saturno relacionou com o perfil do profissional a ser formado.

*[...] nós tivemos de diferencial essa questão da característica mais humana do curso. Nós temos muita carga-horária inclusive nessa formação e questionamento do cirurgião que queremos formar, ou que gostaríamos de formar. Então sempre nós somos questionados [...] do que realmente queremos formar como dentista. Será que queremos formar um dentista para o atendimento do SUS. Será que queremos formar um cirurgião-dentista que atue no consultório. Essas perguntas são muito levantadas durante as nossas reuniões [...]. (SATURNO)*

Com destaque para qual cirurgião-dentista se pretende formar, pois essa forte aproximação com aspectos de humanização em saúde voltado ao atendimento do SUS, traz a indagação quanto a formação que caminha para outra direção em relação a identidade do cirurgião-dentista construída historicamente. Este movimento da CA se consolida com a participação dos sujeitos que a compõem desde seu início, o que fizeram de forma voluntária como expresso na fala de Júpiter.

*[...] todo mundo ficou à vontade pra dizer sim, pra dizer não, pra dizer agora não, mas depois talvez, ou então pra falar assim, eu falei não lá atrás, mas ah agora eu quero, está bom, e pra dizer eu fiquei bastante tempo aqui, agora não quero mais, ah está bom também, ninguém é obrigado sabe, por isso que é bom, quem está lá, está lá porque quer [...]. (JÚPITER)*

E a partir do princípio da adesão ser voluntária foi que a proposta da CA foi assumida como desafio e careceu de se inclinarem sobre o que seria desenvolvê-la, tendo uma boa participação dos docentes em número.

*Quando foi lançada essa ideia da CA, é lógico que ficamos, o que vamos fazer nessa clínica? Qual vai ser o nosso foco? [...] começamos com a ideia da CA abrir horizontes para fazermos o atendimento que temos aprendido a fazer [...] e todo mundo comprou essa ideia, tanto que tem professores da área x, de todas as áreas praticamente. Às vezes temos mais professores do que alunos naquela clínica, e falamos, professor trombandando com outro[...]. (SATURNO)*

Diante desta participação dos docentes na CA foi se enraizando sua concepção, sua proposição não só para as demais clínicas, como também para as disciplinas teóricas que sustentam a prática odontológica como consta na fala de Mercúrio e na fala de Zeus sobre a busca pelo conhecimento quanto a humanização em saúde.

*[...] na minha disciplina específica eu puxo para ampliada, pra exatamente falar a eles, óh eu sei que na teórica é muito difícil você entender essa correlação, mas quando nós formos fazer os planejamentos vocês vão entender o que eu estou falando, de uma [condição bucal – palavra substituída] tal por exemplo, o que que compete de cada área [...] eu e o professor y sentados juntos com você planejando o seu caso [...]. (MERCÚRIO).*

Portanto, na fala de Mercúrio fica evidenciada a importância dada e atribuída à teoria como premente na articulação com o que vai ser desenvolvido no interior da clínica, em relação aos acadêmicos e ao agente administrativo. Essas mudanças foram mencionadas na fala seguinte de Zeus que associou a consolidação da CA pela implantação do Pró-Saúde.

*[...] Não podemos nos esquecer do Pró-Saúde e dos PETS-Saúde, que ajudaram a dar um norte nas mudanças e na compreensão dos três eixos que os compõem [...] O próprio aluno conversava com o professor e falava sobre o caso em atendimento e a necessidade de outros procedimentos, mas percebíamos um certo preconceito em relação à área x. Mas aos poucos, conseguimos o nosso espaço, e com a ajuda do Projeto Pró-Saúde, a visão dos docentes e discentes mudou bastante em relação aos estágios no SUS, às metodologias ativas, à humanização e às discussões que foram desencadeadas. Acredito que grande parte dos avanços conseguidos no nosso curso se deram com o apoio deste projeto tão importante [...]. (ZEUS)*

Ainda Zeus destacou que inicialmente havia um ponto de tensão entre clínica e saúde coletiva, o que foi se transformando a partir da referida política (Pró-Saúde) pela sua prescrição, com mudança na forma de professores e alunos enxergarem o Sistema Único de Saúde. De forma mais pormenorizada a prescrição da CA foi descrita no capítulo oito, quando da categoria desenho curricular como potência para o currículo. Outras prescrições curriculares importantes vieram de reflexões similares a da CA no que concerne a interprofissionalidade, a integração ensino-serviço, os projetos de extensão e atendimento as demandas da comunidade maringense. A interprofissionalidade apareceu na fala de Gaia:

*[...] um avanço fantástico dentro da nossa Universidade é a disciplina de atenção à saúde, que é uma disciplina multiprofissional, o pessoal da saúde coletiva que está à frente dessa disciplina, e foi um movimento que aconteceu com as profissões da área da saúde aqui da Universidade, muito bonito, eu acho que isso foi uma conquista pra tornar curricular, e foi um movimento que demandou muito da vontade dos cursos, de algumas pessoas sensíveis a essa necessidade de formação multiprofissional, de integração das áreas, isso eu acho muito bonito [...] essa vontade de criar um eixo conjunto entre as profissões [...]. (GAIA)*

Esta educação interprofissional está presente e prescrita para os cursos de graduação na UEM. Outra prescrição está na integração ensino-serviço mencionada nas falas de Zeus e Pean, quanto a parceria firmada com o município e a grande contribuição para transformação da realidade do município a partir da contrapartida da CA.

*[...] Outro ponto forte do nosso curso em função do currículo são as parcerias que temos com os municípios, que recebem nossos alunos para o estágio, considerando que a carga horária sempre foi fora dos muros da universidade, em outras realidades e até em municípios diferentes [...] A nossa relação com o município é muito positiva e valorizamos esta parceria por podermos oportunizar que a maior parte da carga horária dos alunos possam ser cumpridas nas UBSs [...]. (ZEUS)*

*[...] foi uma coisa [parceria ensino-serviço] muito boa porque foi boa para os dois lados, para o município que conseguiu mais [oferta de assistência odontológica – palavra substituída], a clínica para atender essa população [...] que estão ali para atender uma demanda do município, de atendimento, diminuindo a fila e são mais quatro horas semanais de carga horária que supre o nosso currículo para o estágio supervisionado [...]. (PEAN)*

Há uma prescrição quanto a participação em eventos científicos e projetos de extensão como parte importante da prescrição deste curso, do que representam na formação do futuro cirurgião-dentista. Panacéia apresentou como se dá essa dinâmica.

*[...] existe um congresso que funciona como a semana acadêmica da UEM, então todos os alunos são liberados para participar, é um momento que a maioria, usa para apresentar trabalho, que fizeram ao longo do ano até a data do evento, eles apresentam painel ou modalidade oral e junta todo mundo, [...] está em nível regional, muito aluno e professor, todo mundo passando lá. Todo ano tem, ano passado foi a décima quinta edição [...]. (PANACÉIA)*

O próprio curso oferece o evento científico que congrega tanto os acadêmicos com suas produções científicas anuais, os acadêmicos de outras instituições de ensino e os egressos da UEM. Por esta prescrição presente quanto a eventos científicos, assim como o é com os projetos de extensão que o curso de odontologia da UEM tem firmado, Pean aponta a disputa pela participação nos projetos, assim como Panacéia reafirma a presença marcante deles, para públicos-alvo diferentes em cada um, tendo prescrito um horário específico (terça vespertino) para que os acadêmicos possam usufruir deste aprendizado.

*[...] os alunos vindos de fora têm uma certa dificuldade na questão dos projetos de extensão, pesquisa; o curso dá muito valor a participação do aluno quando [abre-palavra substituída] um edital para o aluno participar de um projeto, aquilo ali é super disputado [...]. (PEAN)*

*“[...] os projetos [...] é uma coisa que marca todo mundo, seja pelo LEBU, VIDA, RENAI, que é uma experiência a mais [...] eu não vejo acontecendo em muitas graduações [...] Normalmente [os projetos] acontecem em uma clínica e o trauma acontece na clínica da frente [...] só que é no mesmo horário, porque às terças feiras*

*a tarde, é o momento em que o currículo da odontologia oferta um espaço, é aquele dia que tem o espaço para o aluno fazer parte de algum projeto [...] (PANACÉIA)*

De acordo com a Resolução nº 7 (2018, art. 2º) sobre as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira,

[...] regulamentam as atividades acadêmicas de extensão dos cursos de graduação, na forma de componentes curriculares para os cursos, considerando-os em seus aspectos que se vinculam à formação dos estudantes, conforme previstos nos Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDIs), e nos Projetos Políticos Institucionais (PPIs) das entidades educacionais, de acordo com o perfil do egresso, estabelecido nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) e nos demais documentos normativos próprios.

O que tem sido firmado com grande potencial formativo para os acadêmicos durante a graduação. Para Almeida e Barbosa (2019, p.676) “a curricularização da extensão é, portanto, uma oportunidade curricular para os estudantes aprenderem sobre suas emoções e as do outro, do par ou do indivíduo sob cuidado”, tendo sido constatado isto pela vivência de uma curricularização da extensão universitária no ensino médico de um grupo de estudantes com um grupo de idosos. Nos sinalizando quantos conhecimentos estão ausentes dos conteúdos a serem abordados na formação do cirurgião-dentista.

Por fim, tanto nos estágios extramuros firmados no interior do curso, como em relação as clínicas feitas no DOD, Hígia pontuou sobre a diferença em seu processo formativo.

*[...]eu entro em contato com pessoas que não tem nada, tem muito menos que eu e às vezes são muito mais felizes, muito mais gratas pela vida, é uma coisa que te dá um clique assim; gente próxima vez que eu for reclamar da minha vida vou lembrar desse paciente, então a UEM dá essa oportunidade, tanto na clínica mesmo ali no DOD, quanto nos estágios extramuro [...] uma realidade totalmente fora da nossa, que você aprende muito na forma de falar com a pessoa, porque às vezes criamos uma mania de sermos muito técnicos, de falarmos palavras muito difíceis, não, você tem que se fazer entender para o paciente, o paciente tem que entender o que você está falando, então você tem que tomar cuidado, eu sei que você sabe o que é uma restauração, o que é uma obturação de um canal, mas o paciente ele quer ser ouvido, ele quer entender o que você fala, [...] os estágios extramuro eles te permitem isso, falar e ser entendido pelo paciente [...].(HÍGIA)*

Esse aprendizado do contato com a realidade traz à tona o quanto outros conhecimentos precisam perpassar a formação do cirurgião-dentista e precisam estar presentes, em uma contribuição formativa da escola prezando por destacar empatia, alteridade, linguagem, que pode e deve ser discutido de forma acadêmica, sendo a CA, este espaço para a discussão destas questões. Diante da normatização e difusão que compreende o currículo “*prescrito*” e “*apresentado*” (SACRISTÁN, 2017) passo para a compreensão do papel dos diferentes protagonistas do currículo do curso de odontologia da UEM, perpassando os currículos

“modelados”, em “ação” e “avaliado” (SACRISTÁN, 2017). Iniciando pelo papel docente quanto ao currículo “modelado”, trata-se de um ponto fundamental na pesquisa que envolve o “corpo” docente que faz parte do curso de odontologia da UEM em relação ao protagonismo durante reformulação do currículo que transita do tradicional para o currículo integrado e posteriormente com a implantação, implementação da CA.

Os achados da pesquisa passaram por uma ideia de unidade e coesão entre estes docentes que o adotaram e até mesmo pelos que rejeitaram, uma vez que os rejeitos são pontuais e quase invisíveis nas falas dos entrevistados; que é quase imperceptível, o que apresenta uma ideia não totalmente alinhada a proposta do currículo integrado e da Clínica Ampliada, mas que não interferiu na implantação e no pleno funcionamento de ambos.

Os protagonistas que participam do currículo são os professores, os acadêmicos, os agentes administrativos e os pacientes, com suas nuances e diferentes papéis no desenvolvimento do currículo. Na fala de Saturno é possível notar que o currículo em vigência foi se desenvolvendo de “*uma forma natural*”, a partir de todos que se envolveram e se envolvem na proposta de reformulação, pela consolidação e aprimoramento frente a condução dos professores.

*[...] Todo mundo tem uma mente muito aberta lá. Fomos nos moldando na verdade, ao currículo, e hoje pensamos no currículo de uma forma natural. Tem que acontecer dessa forma, então vamos ter participação, e todo mundo participa, felizmente. Claro que temos algumas ideias que não são compartilhadas, entre todo mundo: porque isso não vai dar certo, porque isso não vai acontecer, mas acaba acontecendo [...] os alunos têm gostado bastante da forma como temos conduzido a clínica [...] a participação dos professores também [...] essa junção de cabeças e ideias dentro do departamento, eu considero como um triunfo também [...] sem a participação dos docentes, dos acadêmicos [...] não teria saído não [...]. (SATURNO)*

Saturno fez uma descrição sinalizando muitas características importantes que contribuíram para fomentar e consolidar esta proposta, como a participação dos diferentes atores na implantação da proposta e a coletividade presente dentro do departamento, assim como dos acadêmicos. Essa mudança do “*fazer odontológico*” também foi requerida na fala de Irene.

*[...] nós pacientes não pensamos em prevenção, e eu estou falando porque, eu como paciente fui aconselhada fazer prevenção na odontologia, mas de outras áreas e a vamos resolver o problema da vez, porque sempre [...] é maior. Não avaliamos, não priorizamos aquele pequeno problema. Não podemos deixar virar uma bola de neve, da mesma forma ou pior, o nosso paciente é reflexo do que é o profissional. Se o profissional não valoriza esse procedimento, ele não vai ter condição de valorizar isso e mostrar uma valorização da odontologia para o paciente no nosso consultório [...]. (IRENE)*

Nesta fala, o currículo “*modelado*” (SACRISTÁN, 2017) está muito presente, por Irene relatar que os professores precisam evidenciar a importância da prevenção, a proposta do cuidado e a valorização da saúde bucal. Portanto, os interlocutores assumem uma postura diferenciada frente a prática odontológica requerendo o fato de sermos “profissionais de saúde”.

Principalmente os docentes sendo exemplos, modelos para transmitirem isto aos acadêmicos, no processo de manutenção de parte do currículo e reformulação do que for necessário. Um grande modelo dos professores que tem impulsionado as mudanças vigentes no curso passa pela relação de cordialidade e respeito para enfrentam juntos os desafios diários do currículo, como pode ser observado na fala de Saturno.

*[...] E temos visto que, realmente, o curso tem dado muitos frutos bons, [...] temos estudado nossos egressos, [...] nós temos que tentar transmitir isso para eles, e temos visto que temos acertado muitas vezes. [...] O currículo tem muitas características, precisamos manter algumas e renovarmos outras, envolvendo outros professores [...] existe um legado, e esse legado está aí. A principal característica é essa união do grupo [...] nunca tivemos desavenças assim grandes dentro desse grupo, nenhum professor, nenhum aluno; como que o departamento caminha. É daquela forma, [...] sempre respeitoso que temos. Discussões sempre existirão, isso é bom para podermos crescer [...]. (SATURNO)*

Diante deste processo de *modelação* do currículo, essa relação entre docentes e discentes é muito importante, na fala de Gaia destaco a expressão “*paciência histórica*”, entendendo que as mudanças são construções, transformações históricas que vão se fazendo presentes ao longo do tempo. Os documentos das DCNO (2002/2021) seja o passado e o vigente preconizam as metodologias de ensino conforme tentou-se implementar, no entanto vem a reflexão de que o perfil dos professores, sua modelação e participação neste currículo tem sido fundamental para a formação dos futuros cirurgiões-dentistas.

Ao passo que surge também a reflexão de que este corpo docente veio de uma formação tradicional, o que traz questionamentos quanto as propostas metodológicas que não fazem sentido à distância da preocupação com o conteúdo, além de precisarmos refletir se o que está posto nas DCNO não segue uma lógica de flexibilização voltada para o mercado de trabalho.

*[...] professor tem que mudar as metodologias de ensino, sistema de avaliação, tem muita coisa que dá pra ir mudando, só que eu lembro de um termo “*paciência histórica*”, [...] tudo tem caminhado, [...] e aí vem reflexões que não sabemos, porque não temos a formação do educador, do pedagogo, e claro que nos momentos de dificuldade fico pensando [...] temos um perfil de profissional muito bom [...] nós temos professores [...] que são renomes no Brasil e internacionalmente, então talvez o professor também reflita na formação que o aluno tem, mesmo que não seja de toda integrada [...] do que gostaríamos, tem o papel do professor no produto que estamos tendo, e isso eu lembro da minha própria formação porque eu não participei do currículo integrado, [...] porque muitos professores também saíram da mesma escola que eu [...]. (GAIA)*

Diante do relato de Gaia, cabe neste processo de desenvolvimento do currículo destacar novamente o papel do professor, que apesar de outros aspectos, provavelmente seja um peso importante nesta balança no processo de mudança. Ainda em relação a ação de modelagem à proposta curricular demonstrando ao acadêmico o quanto é importante se colocar no lugar do paciente, Urano em sua fala afirmou que “o paciente está ali oferecendo praticamente a vida dele”.

*[...] Existem fatos que tentamos alertar os alunos para que eles não caiam em erros tão primários em relação ao paciente, e que tenham a maior consideração por quem está sentado ali, porque não é apenas o aluno achar que ele que está oferecendo serviço [...] o paciente está ali oferecendo praticamente a vida dele para que esse aluno aprenda como executar, como ser um profissional [...]. (URANO)*

O que nos demonstra que é muito forte no curso esse comprometimento com o tratamento odontológico a ser ofertado, não só nos aspectos “técnicos”, mas nos relacionais. Quanto a esta questão dos aspectos humanos no relato de Hígia tem muito forte a formação prévia do acadêmico, somada a forma como os professores conduzem o processo refletindo nos acadêmicos outra forma de atendimento que mobiliza o cuidado, mobiliza o olhar o outro com os olhos do coração.

*[...] eu sou uma pessoa assim, me doou pra quem eu conheço, para quem não conheço, então eu acho que vai muito da criação de como você vê a outra pessoa, de [...] as qualidades e defeitos [...], mas também tem muito professor ali na UEM que ajuda [...] realmente ensinam a vermos com outros olhos, vermos com os olhos do coração [...] vê a pessoa diferente, então essa professora tal é uma pessoa que ela é assim [...]. (HÍGIA)*

Diante desta fala é bom retomar que esta educação informal é muito importante, o que não pode prescindir do que vai ser firmado curricularmente durante o curso de graduação. Aqui é importante relembrar que os conteúdos clássicos, o modelo docente, o saber sistematizado, entre outros aspectos que recuperam o conhecimento são fundamentais para a formação do cirurgião-dentista. Na formação acadêmica precisa-se de professores que *modelem* este currículo e o processo formativo no que tange diferentes aspectos da formação. Saviani (2013, p. 17) afirma que “[...] um currículo é, pois, uma escola funcionando, quer dizer, uma escola desempenhando a função que lhe é própria”, então, é preciso mobilizar o clássico firmando e potencializando o que precisa ser discutido, apreciado, formado no interior das escolas de odontologia.

Quanto a condução dos módulos, Terra demonstra a forma para que haja uma integração dos conteúdos, envolvendo o que contempla o processo formativo prescrito para a formação do cirurgião-dentista no curso de odontologia da UEM.

*[...] quando estudamos a doença x [...] das disciplinas, da área x você vai ter aula de y, como a y trata, previne, faz diagnóstico de x, aí você tem uma aula da área y, y vai falar sobre a doença x no exame complementar tal, aí você tem uma aula de w, a equipe de w vai descrever o quanto x é importante pra w, aí você tem uma aula de z, ela vai falar de z na doença x, aí você tem uma aula de J, ela vai falar de J da doença X, [...] o aluno tem contato com professores de diversas áreas, inclusive matérias básicas pra que integre o conhecimento e aprenda sobre a doença tal [...] dessa maneira que é dado o nosso conteúdo, nesse formato de módulos [...]. (TERRA)*

Essa condução relatada por Terra é um grande diferencial no processo de integração do ensino, o que torna possível o pano de fundo, o contexto histórico da UEM. No relato que segue de Vênus fica evidenciado o percurso histórico de construção que está sendo feito no curso, desde a implantação do currículo integrado à continuidade das mudanças pela CA, pelas pessoas que participam e mobilizam este currículo inspiradas em uma base teórica sólida que o curso de odontologia da UEM tem. Evidenciando também como os professores têm uma grande participação neste processo, como na fala de Hígia quando mencionou uma das docentes como sendo modelo pela forma como ensinou a conduzir um atendimento ao paciente, considerando-o parte deste processo.

*[...] A CA é a cara do curso aqui, é uma evolução do curso que já era integrado, então eu fico muito feliz por causa disso. Espero que não pare por aí, que sempre tenham pessoas que não estejam sossegadas para fazerem sempre o melhor [...]tenho muito orgulho da nossa universidade, de tudo o que ela faz, do esforço dos professores [...]. (VÊNUS)*

*[...] acho que muito do que eu tenho [...] de abordagem ao paciente vem dele(a) [...] de como nos ensinou a fazer isso, então temos a anamnese com as respostas fixas que precisamos preencher, mas fazemos isso de uma forma mais leve, mais como um diálogo para o paciente se sentir bem [...] imagina o paciente chegar primeira vez no lugar, ah você tem diabete? você tem hipertensão? você toma remédio? se eu fosse o paciente saia correndo [...] eu penso em como eu gostaria de ser tratada, como eu gostaria que um médico ou um dentista me perguntasse [...]. (HÍGIA)*

Além do que Vênus e Hígia pontuaram acima, Gaia destaca a grande ênfase dada ao papel dos professores no desenvolvimento do currículo trazendo à tona a questão do respeito presente entre os docentes por ligações afetivas e de parentesco que mobilizaram e mobilizam as mudanças pelo encorajamento mútuo da realização de mudanças. Muito interessante a fala de Gaia ao afirmar que “as mesmas pessoas que impedem que mudanças maiores aconteçam, que avance na proposta de integração, são as mesmas pessoas que deram uma abertura pra

que elas acontecessem, que experimentássemos”. Também pontuou sobre ser um departamento só, contribuindo para a comunicação entre o corpo docente que modela este currículo.

*[...]o departamento ele tem uma facilidade de implementar algumas inovações [...] devo isso aos professores mesmo, porque temos uma particularidade [...] que não tem em outras escolas [...] é um departamento só, [...] tem um lado muito positivo que é isso [...] temos muitos professores que estão casais, têm envolvimento afetivo, ou porque é irmão ou é casado [...] a maioria veio de uma mesma escola de formação de pós-graduação, então temos um conjunto ali muito rico de atores, [...] que fez a coisa acontecer, então isso é muito nosso, muito nosso por causa das pessoas que estão lá, as mesmas pessoas que impedem que mudanças maiores aconteçam, que avance na proposta de integração, são as mesmas pessoas que deram uma abertura pra que elas acontecessem [...] tem um respeito muito grande entre um e o outro ali, coisa que eu não vejo em outros espaços sabe [...]por mais que às vezes não concorde com a implementação, ah mas a pessoa tal está tão empolgada, respeitam as vontades, e vamos tentar, eles são abertos [...]. (GAIA)*

Ao passo que Zeus reporta sobre a necessidade da modelação docente deste currículo com mudança de postura frente ao entendimento do que é ser profissional de saúde, dando ênfase aos aspectos individuais, coletivos e comunitários, no uso de “tecnologias leves”, o que também relacionou a participação do aluno neste processo de formação quanto aos seus conhecimentos prévios e suas convicções trazidas antes do curso, o que retoma a necessidade de uma formação consolidada, que discuta questões fundamentais, como, por exemplo, a “forte pressão das indústrias de materiais odontológicos e farmacêutica” que interfere tanto na visão que vai sendo desenvolvida pelo acadêmico, tornando-o munido de discussões teóricas imprescindíveis para sua futura prática profissional.

*[...] há uma tentativa de mudar um pouco a forma de o aluno se enxergar como profissional da saúde, a lidar com pessoas, com famílias, com comunidades, que o nosso papel vai fazer toda a diferença na vida deles, se soubermos interagir e educar para as mudanças de hábitos, mesmo com a forte pressão das indústrias de materiais odontológicos e farmacêutica que querem o aumento da doença, do consumo, dos tratamentos, e em contrapartida, precisamos valorizar mais a promoção da saúde porque são procedimentos de mais baixo custo, do uso de tecnologias leves. Acho que precisamos melhorar muito nossa seleção dos alunos e a formação. Nós fazemos todos os esforços, mas há o entendimento individual do aluno, e também de cada docente. Existe o currículo oculto, existem as motivações e vamos tentando avançar aos poucos nessas questões [...]. (ZEUS)*

A fala de Zeus é muito importante e traz à tona algo que impede muito a mudança no interior das escolas de odontologia, em função de um grande lobby das indústrias farmacêuticas e produtos odontológicos para que sejam consumidos. Implicitamente o cirurgião-dentista ao caminhar neste sentido necessita, cotidianamente, retomar em sua prática profissional a compreensão do que é ser profissional da saúde, de forma integral. E esta acepção de saúde aqui reportada se sustenta em Illich (1975, p.95) ao afirmar que “[...] a palavra saúde passou a

significar a capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica heteronômica da forma industrial de produção”, o que alerta em qual prática queremos pautar a formação e futuramente o exercício da profissão.

Ainda sobre o papel dos professores, Pean afirmou que exercem um papel importante na formação dos acadêmicos quanto ao incentivo a formação científica que só é possível com muito estudo e fundamentação teórica para o desenvolvimento das pesquisas e para que “*incursione no desconhecido*” (SAVIANI, 2008).

*[...] eles têm um cuidado de fazer, de se prepararem pra isso, através dos cursos que eles fazem, dos eventos, dos artigos que eles publicam, dos trabalhos que eles participam nos eventos e além disso tudo, eles se preocupam em registrar isso, porque os professores falam assim, óh, os alunos precisam ter currículo lattes, o aluno tem que se preocupar em registrar tudo que ele faz [...]. (PEAN)*

Para Netuno fica evidente a preocupação de desenvolvimento de habilidades específicas de determinadas áreas, que se traduz em uma constante nos cursos de formação de cirurgiões-dentistas, no entanto, quanto mais pensamos a integralidade da atenção à saúde primando pela aprendizagem por níveis de complexidade neste atendimento partilhado entre os períodos (3º, 4º e 5º ano) é possível otimizar os atendimentos, realizar os encaminhamentos, para que todas as áreas sejam contempladas no desenvolvimento de habilidades. No estudo feito por Park e Howell (2015) o resultado foi potencializado nesta perspectiva de estudar os casos, acompanhados de um supervisor, o que deflagrou um grande aumento de números de pacientes atendidos, após a implantação desta proposta de atender por níveis de complexidade, o que vem sendo desenvolvido na UEM em um percurso de valorização do paciente, suas demandas e suas necessidades, estabelecendo a alta do paciente como afirmou Netuno, dentro do desenvolvimento do currículo em ação (SACRISTÁN, 2017).

*[...] um dos mínimos é a alta do paciente primeiro [...] que permite que eles executem tudo naquele paciente, casos mais complexos[...] terceiro ano não pode pegar um caso muito complexo, ele vai para o quinto ano, vai para o quarto ano, é a ampliada, ela direciona [...] não é só uma triagem, tratamento de urgência, direcionamos para o terceiro ano, para o quarto ano, casos mais simples[...] nós vamos encaminhando para as clínicas conforme [...] o grau de dificuldade [...]. (NETUNO)*

Esta reflexão quanto a importância da alta do paciente, na fala de Urano a seguir, muda o foco do processo formativo. Em seguida, há o relato do cotidiano da Clínica Ampliada e como vem se consolidando e fortalecendo sua concepção inicial de determinados procedimentos que seriam executados, pela compreensão docente da necessidade da alta do paciente, trazendo resolutividade para os atendimentos, o que contribui também para articular o desenvolvimento

da técnica operatória a toda complexidade do paciente, fechamento de diagnóstico e proposição de tratamento para o cuidado em saúde bucal, assim como na fala de Hígia.

*[...] a CA, quando me chamaram falaram assim para mim: o que você vai executar lá vai ser montagem de plano de tratamento ponto. Ok! Montagem de plano de tratamento, daí no primeiro momento. No segundo momento, não. A CA, ela tem que fazer alguns procedimentos tal. [...], mas hoje por uma questão de resolutividade não estamos mais nesse patamar. Então nós estamos assim, se o paciente precisa fazer um procedimento x específico e tem como resolver dentro da CA, existe tempo disponível para aquela dupla fazer [os procedimentos x específicos] vai ser feito lá? Vai ser feito lá. [...] os alunos antes reclamavam: ah, a CA é só para planejamento. [...] eles querem mais, eles querem aprender a técnica. [...] de repente não foi nem uma questão de permissão, foi tipo uma necessidade [...] porque nós chegamos a constatar que o paciente demorava muito tempo pra ser liberado, pra ter alta [...]. (URANO)*

*[...] só tenho a agradecer pela habilidade manual que eu consegui adquirir, muito pelos estágios, de atender bastante, pela capacidade de atender um paciente [...]. (HÍGIA)*

Ainda quanto a “ação” (SACRISTÁN, 2017) desse currículo, na fala de Hígia, fica evidenciada a condução de um atendimento odontológico, com suas nuances frente a concepção da CA, e a diversidade de pacientes que precisam ser tratados na singularidade.

*[...]então primeiro passo vamos fazer uma evidenciação de placa, vamos ver como é que está sua higiene, vou te ensinar a escovar melhor os dentes, primeiro você vai me mostrar como você escova seus dentes, como você passa o fio dental e eu vou te ajudar a melhorar isso, levo ele pra frente do espelho, mostro junto com ele, pego o manequim, então isso tudo faz parte da primeira consulta, eu vou conhecer os hábitos de higiene dele, depois de conhecer um pouquinho dele, então não seguimos um protocolo, temos sim o que precisamos, mas não temos um protocolo automatizado disso, é sempre como sentimos que está sendo com cada paciente, porque com cada paciente é diferente, alguns pacientes são mais diretos, mais secos, podemos dar uma encurtada, tem paciente que não gosta de conversar, então vamos fazendo de acordo com cada paciente mesmo [...]. (HÍGIA)*

Essa fala de Hígia traz algo muito importante para diferenciar uma prática clínica fora da CA e a possibilidade do exercício da CA, principalmente quando enfatiza não ter um “protocolo automatizado”. Voltando em Cunha (2010) ao que denominou filtros teóricos quando se desenvolve a clínica tradicional, que não se importa com a condução, o manejo do paciente e sim na mera execução, o que na fala acima podemos associar a ausência de protocolo automatizado, embora Hígia afirme “temos sim o que precisamos”, mas obtido não por filtros teóricos, mas sim por uma condução da CA.

O currículo “realizado” (SACRISTÁN, 2017) surge no resultado dos egressos, o que foi evidenciado na fala que segue de Zeus quanto a um relato feito por uma terceira pessoa quanto a formação dos egressos do curso de odontologia da UEM.

*[...] Tivemos um evento que convidamos uma professora da universidade para fazer uma fala e iniciou a fala dela dizendo assim, a minha dentista é uma ex-aluna do curso de odonto e eu quero dizer para vocês que estou muito contente com a atuação dela e a formação de vocês é excelente [...]. (ZEUS)*

O relato desta fala de Zeus sinaliza o aprendizado, a forma como o currículo tem se evidenciado, tem se projetado frente ao “realizado” (SACRISTÁN, 2017), ao que se observa desta formação, assim como na fala de Saturno que se segue retomando uma interface entre egressos e a formação de novos docentes para levarem adiante a proposta tanto do currículo integrado quanto da CA e demais propostas de mudança que surgirem, mudanças reais, inovação de fato, que avance cada vez mais na formação de futuros cirurgiões-dentistas compromissados com suas práticas profissionais, com seus pacientes, famílias e comunidades, que estão interligados.

*[...]a grande leva de professores que se envolveu bastante com o curso, é [... [da época tal – data substituída]. [...]muitos desses professores vão se aposentar [...]eu tenho convicção de que essas cabeças foram formadas, ideias foram enraizadas. Nós temos regado todas as vezes com ideias novas e esperamos que frutifique [...]. (SATURNO)*

Ainda sobre o currículo “realizado” (SACRISTÁN, 2017), duas reflexões importantes foram feitas quanto ao contexto do curso, tendo um currículo integrado para inserção da CA na fala de Vênus, assim como o fato da CA estar “interligada” no curso.

*[...]o currículo integrado é o Conrado, sabe, que eu conheci. Então ele tinha uma visão, super. O cara para pensar isso. Eu admiro muito ele por isso. Foi uma coisa que deu certo. Eu vejo que minha formação foi diferenciada por ter sido daqui [...] o Conrado conseguiu fazer vários seguidores ali dentro. Tem muitas pessoas que [...] que lutam por isso, e que é filosofia. Essas pessoas é que fizeram com que a CA existisse de verdade. Eu penso que só podia ter CA aqui mesmo, pelo perfil dos professores. Se tivesse que acontecer em algum lugar era aqui, sempre pela iniciativa, pela busca, por essa coisa que nunca para, e que nunca está bom. O que é bom, ficamos sempre nos questionando, nos perguntando [...] as pessoas que estão ali, fazem isso, acreditam nisso. E isso é bom porque elas vão contaminando outras pessoas e sempre vai melhorando [...]. (VÊNUS)*

*[...] hoje em dia não tem mesmo os professores que não estão dentro da CA, [...] já está como eu falei pra você, tudo meio que intercalado [...]. (HÉRACLES)*

Retomando aqui a importância da assunção pelo corpo docente de novas propostas curriculares, pode-se afirmar que este grupo o é em sua essência, quando incorpora as propostas inovadoras e se direciona a novos processos formativos por elas demandadas, e se predispõe a coletivamente estudar a melhor forma de mobilizar os elementos indispensáveis para a materialização dessas novas propostas, o resultado é um processo formativo qualificado a partir da inovação.

De certo que efetivar a proposta da Clínica Ampliada coube ao coletivo de professores das diferentes áreas do conhecimento, e que neste processo se apropriou do documento prescrito e imprimiu suas vivências, experiências e carga de conhecimento teórico e prático. A Clínica Ampliada apresentada pelos gestores desta proposta vem participando desde então em sua implementação no espaço da Copaca, em que se instituiu como *locus* privilegiado de discussão das potencialidades e fragilidades pelos atores participantes, que modelam a forma de condução da proposta da CA.

Exemplificando a modelação docente que articula CA inserida no currículo integrado temos a fala de Terra.

*[...]em sabendo que lá no último ano eles vão fazer um plano de tratamento integrado, começando desde às urgências, adequação do meio bucal o desenvolvimento de cada uma das disciplinas da fase um e depois eles vão pra fase dois do plano de tratamento, [...] eu já tento trazer isso nas minhas matérias teóricas, pra que o meu aluno do primeiro ano ele já saiba como é feito lá na frente quando ele estiver terminando o curso [...]. (TERRA)*

O que evidencia dentro do currículo “modelado” (SACRISTÁN, 2017) pelo professor, que seu papel é fundamental no desenvolvimento de uma proposta curricular, em que se faz necessário seu envolvimento em prol de efetivar as mudanças apresentadas.

Após feita a “modelação” (SACRISTÁN, 2017) pelos docentes, a ação se dá pela tradução feita pelos professores desta proposta da Clínica Ampliada, ao produzirem fichas de avaliação e ações pedagógicas no cotidiano da clínica. O trabalho empírico da presente pesquisa também é revelador de que as experiências vivenciadas na Clínica Ampliada, para serem vivenciadas nas demais clínicas, funcionam como um estudo piloto, para que as demais sejam beneficiadas com os avanços que forem alcançando à medida que colocam este currículo em ação.

*[...] temos que acreditar que podemos ser melhores sempre, [...]temos um grupo hoje muito forte, tanto que nós conseguimos colocar dentro da reunião de departamento mensal o espaço somente da Copaca, que é um grupo hoje muito forte e coeso, temos muita influência hoje de querer mudar e melhorar, [...] vamos fazer um estudo piloto na Copaca [...] muitas iniciativas do que conseguimos implementar em todas as clínicas parte da Copaca, [...] todo mundo é animado e disposto a querer melhorar, isso faz e fez muita diferença, não tenho menor dúvida disso [...]. (MERCÚRIO)*

Depreende-se do *currículo realizado* (SACRISTÁN, 2017) que emerge quando se detecta o aprendizado e suas propagações por meio de situações materializadas, como por meio dos seminários e de relatos relacionados à identidade do cirurgião-dentista formado nesta instituição. Constata-se desta forma, nos seminários que ocorrem anualmente ao final do ano,

que houve aproveitamento do que foi proposto ao longo do ano na Clínica Ampliada e relações foram estabelecidas entre básico e profissionalizante, biológico e determinantes sociais em saúde, enfim à medida que integram conteúdos curriculares e enxergam o paciente em sua totalidade.

Partindo da compreensão do currículo realizado e dando continuidade na análise quanto aos *processos avaliativos internos e externos*, o currículo avaliado se faz presente por meio das diferentes formas de avaliação no curso, seja desde o interior nas disciplinas às avaliações externas. Este currículo “*avaliado*” esteve bem presente nos relatos das entrevistas, assim como na observação feita *in loco*, no “Guia do Estudante do Curso de Odontologia (TERADA; SILVA; HIDALGO, 2009)”, como também no “Instrutivo da Clínica Ampliada (2012)”.

Nas avaliações internas segue o proposto nos módulos de acordo com as ementas de cada plano de ensino e as competências e habilidades a serem constituídas a partir de uma crescente complexidade em relação a cognição, procedimentos e atitudes, que são mensurados por avaliações teóricas, apresentações dos casos clínicos (seminários) e práticas clínicas, articulando uma formação que se interrelaciona com as áreas denominadas conjuntos instrucionais, como as ciências básicas (gerais e aplicadas), a saúde coletiva, a organizacional, a cariologia, as periodontopatias, as oclusopatias, as enfermidades bucais, o diagnóstico (técnicas e fundamentos), o aprendizado clínico, a integração multidisciplinar, o estágio supervisionado, a formação humanística e cultural.

As avaliações teóricas são elaboradas pelos docentes dos módulos que compõem as disciplinas (Quadro 7) que abordaram as temáticas e relacionam os conteúdos a partir do resgate do conteúdo discutido em séries anteriores e nos próprios módulos dentro da mesma série, recordando que o curso é anual por série, de forma que alguns módulos se encerram por semestre e outros se concluem anualmente.

Outra forma de avaliação são as apresentações dos casos clínicos (seminários) mencionadas anteriormente como potencialização da inovação curricular por ser um espaço de diálogo em que se faz presente um processo avaliativo interno, no qual os acadêmicos são avaliados por todos os docentes do curso, em suas diferentes áreas, firmando uma concepção de uma avaliação mais global em que há oportunidade de discussão entre docentes e discentes a partir de todas as necessidades apresentadas pelos pacientes, que são estudadas durante os seminários.

As práticas clínicas em geral se constituem como espaços de avaliação interna que é mediada por um instrumento próprio, que compreende desde a biossegurança ao procedimento clínico em si. Este instrumento foi mencionado anteriormente como potencialização da inovação do currículo, enquanto composição do desenho curricular que tem proporcionado mudanças, por sua replicação, nas formas de avaliação pelas demais clínicas.

Ainda em relação as avaliações internas que se dão fora do âmbito das disciplinas destacam-se o espaço da Copaca, o colegiado de curso e até mesmo o espaço da pós-graduação por meio de disciplina em que pós-graduandos analisam o currículo da graduação. Estes espaços nos quais são realizadas estas avaliações internas no curso têm sido fundamentais para a correção de rumos e sinalização de diferentes possibilidades de formar o cirurgião-dentista para a integralidade do cuidado na atenção à saúde à medida que também, conforme mencionado anteriormente, como potencialização da inovação curricular pelos espaços dialógicos que se dão na presença tanto de professores, quanto de acadêmicos, e técnicos-administrativos que pontuam as necessidades de mudanças, conforme relatado em entrevista e observado pela pesquisadora durante a visita *in loco*.

De forma que todas as colocações feitas na reunião da Copaca são pontuadas na reunião de colegiado de curso, dando vez e voz às demandas no âmbito do colegiado de curso, o que contribui para disseminar, compartilhar e avaliar as práticas da Clínica Ampliada, com replicação para as demais clínicas e até mesmo inserções nos módulos/disciplinas paralelas às clínicas em geral.

Quanto à disciplina em que os pós-graduandos analisam o currículo da graduação também se constitui como um espaço de avaliação interna em que apontamentos feitos por eles sinalizam caminhos de mudanças, podendo destacar que uma grande maioria dos pós-graduandos foram egressos do curso de graduação em odontologia da UEM.

Por fim, cabe registrar uma última avaliação interna de forma não disciplinar e voluntária que se refere aos acadêmicos do segundo ano.

*[...] temos participação do pessoal do segundo ano, que eles estão fazendo assim, como se fossem detectores de algum problema. Então eles vão lá no acolhimento e eles verificam, por exemplo, preenchimento de prontuário, verificam porque o prontuário desviou do seu foco [...] como fiscalização de algumas funções que estão acontecendo, que estão tentando engrenar [...](SATURNO).*

O que demonstra o envolvimento de todos neste processo da CA e a articulação que se forma entre os acadêmicos das diferentes séries (3º, 4º, 5º), em relação a efetiva participação desta CA ofertando um atendimento odontológico diferenciado, seguindo rumo a saúde bucal.

No que tange à avaliação externa, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) implantado em 2004, realiza um processo avaliativo nacional dos cursos de odontologia no país. Em 2004 obtiveram o conceito 5, em 2007 o conceito 4, conceito mantido em 2010 e 2013. Nos anos de 2016 e 2019 a avaliação do curso retomou a nota máxima para o exame, obtendo novamente o conceito 5 (BRASIL, 2021). Nota-se que o curso de odontologia da UEM se desdobra também neste processo de avaliação, resguardadas as limitações de uma avaliação em larga escala.

Neste interim, o curso de odontologia da UEM teve participação no Pró-Saúde, conforme descrito na introdução desta tese, também mencionado pelos entrevistados durante a pesquisa como importante acontecimento no fortalecimento das ações da Clínica Ampliada. Desse modo, seguem os seguintes resultados alcançados a partir de sua implantação em 2005 (ANEXO C).

Nestes resultados expostos no anexo C podemos notar que o curso de odontologia da UEM partiu de uma *inovação incipiente* (Dezembro/2005), passando para uma *inovação parcial* (Outubro/2007, Novembro/2008), e alcançando a *inovação avançada* (Março/2010). Essa avaliação de perfil radial tem como parâmetros os eixos e seus respectivos vetores. Estando o eixo orientação teórica vinculado aos vetores determinantes de saúde e doença (1), pesquisa ajustada à realidade local (2), educação permanente (3); o eixo cenários de prática vinculado aos vetores integração ensino-serviço (4), utilização dos diversos níveis de atenção (5), integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde (6); o eixo orientação pedagógica vinculado aos vetores integração básico-clínica (7), análise crítica dos serviços (8), aprendizagem ativa (9) (BRASIL, 2007).

Esta escala de avaliação que permitiu a UEM alcançar a inovação avançada teve maior participação dos vetores 1,3,4,5 e 7, relacionados ao eixo orientação teórica vinculado ao vetor determinantes de saúde e doença (1), ao vetor educação permanente (3); o eixo cenários de prática vinculado ao vetor integração ensino-serviço (4), ao vetor utilização dos diversos níveis de atenção (5); o eixo orientação pedagógica vinculado ao vetor integração básico-clínica (7); com menor participação dos vetores 2, 6, 8 e 9 o eixo orientação teórica vinculado ao vetor pesquisa ajustada à realidade local (2); o eixo cenários de prática vinculado ao vetor integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde (6); o eixo orientação pedagógica vinculado ao vetor análise crítica dos serviços (8) e ao vetor aprendizagem ativa (9).

A análise dos eixos e respectivos vetores com menor participação destaca-se em relação ao eixo orientação teórica quanto a pesquisa ajustada à realidade local, o que demanda ainda um maior envolvimento dos professores e acadêmicos frente ao direcionamento das suas indagações e questionamentos quanto à realidade local, para atender a uma demanda premente das questões sociais, econômicas e culturais com interferência nas condições de saúde bucal da população seja local, regional, nacional ou internacional.

Outra menor participação em relação ao eixo cenário de prática quanto ao vetor integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde por sinalizar mais próximo aos serviços odontológicos abertos ao SUS, apesar de resguardar autonomia em relação aos pacientes a serem atendidos na clínica odontológica da UEM. Este fato demonstra que há uma preocupação com o perfil dos pacientes de acordo com a formação voltada para o perfil do egresso.

A avaliação ainda apresentou menor participação no eixo orientação pedagógica em relação ao vetor análise crítica dos serviços. Vetor este que esteve mais próximo de atividades integradoras durante os primeiros anos, em algumas áreas, em que pese a contribuição máxima associar a integração do ciclo básico ao profissional ao longo do curso norteado pela problematização. O que cabe aqui refletir analisando este resultado à luz de Saviani (2008, p. 29) “[...] examinar mais propriamente como se desenvolve o ensino, que finalidades ele busca atingir, que procedimentos ele adota para atingir suas finalidades, em que medida existe coerência entre finalidades e procedimentos”, o que remete a necessidade de aproximação e conhecimento do currículo para o alinhamento entre os diferentes níveis/fases do desenvolvimento do currículo (SACRISTÁN, 2017), contribuindo para fortalecer o eixo estruturante e eixos transversais do currículo (BORGES, 2015).

Por fim, quanto a menor participação no eixo orientação pedagógica em relação ao vetor aprendizagem ativa estando mais próximo a inovações pedagógicas em algumas disciplinas priorizando pequenos grupos de estudantes, também em que pese o fato de um posicionamento aqui quanto a difusão maciça da aprendizagem baseada em problemas e/ou problematização, trazendo a discussão do conteúdo e forma, em que cabe momentos dos conteúdos *clássicos*, prioritariamente difundidos na odontologia como os conteúdos clínicos, no entanto pela definição dos conteúdos *clássicos* cabe o que se torna imprescindível na formação do acadêmico de odontologia, sendo assim um aligeiramento nesta formação imputando uma metodologia de autoaprendizado que pode produzir lacunas neste perfil de egresso.

Os achados encontrados nos resultados de pesquisa desta tese sobressaltaram que o alicerce, a base, a constituição primeira deste currículo, que passou do tradicional para o integrado, se pautou essencialmente em cumprir a integralidade da atenção à saúde. De modo que repensar os conteúdos *clássicos* na odontologia com inserção curricular dos aspectos das ciências sociais e humanas se faz fundamental/necessário/imperativo, para o cumprimento do exercício profissional do futuro cirurgião-dentista.

Dentro da análise quanto aos processos avaliativos externos também é importante evidenciar a premiação do Ministério da Saúde vinculado a uma experiência de Humanização em Saúde. Premiação esta por um vídeo<sup>56</sup>, produzido pela instituição, relatando a experiência de humanização em saúde tem como mote principal a “Clínica Ampliada” e sua importância para a formação do cirurgião-dentista.

---

<sup>56</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - Clínica Ampliada - A Odonto Além da Boca. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HT4KXk4QjE0>.

## APONTAMENTOS PARA (TRANS)FORMAÇÃO DO CURRÍCULO EM ODONTOLOGIA

Saúde e educação trilham caminhos paralelos e similares quando em seus percursos se assemelham em características e formas pelas quais se desenvolvem e produzem história. Esta pesquisa trouxe isto à tona, quando desde sua pergunta de partida relacionou Clínica Ampliada ao currículo. Como a Clínica Ampliada contribuiu para potencializar o currículo na formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática?

O alicerce no qual se constitui esta potência foi o currículo integrado do curso de odontologia da UEM pautado na integralidade, presente nas discussões da Reforma Sanitária que se iniciou em 1970, culminando esta reforma na inserção da saúde como direito na Constituição da República Federativa do Brasil (1988), com posterior implantação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Importante trazer estes fatos históricos no campo da saúde e os do campo da educação ao recordarmos que a década de 1990 trouxe consigo o forte debate em torno das questões curriculares que culminou na concretização das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação. Este contexto também trouxe fortemente a necessidade de se “[...] considerar o ensino como um processo de pesquisa” (SAVIANI, 2008, p.37) e se contrapõe a “[...] transmitir os conhecimentos obtidos pela ciência, portanto, já compendiados, sistematizados e incorporados ao acervo cultural” (*idem, idem*, p.38).

A inserção do currículo integrado como contribuição educacional em seu formato, não justapondo disciplinas, mas as articulando, mobilizando e sendo potencializado pela Clínica Ampliada no campo da saúde resgata a necessidade do *saber sistematizado* e do *acervo cultural* de que fala Saviani (2008) em relação a educação de uma forma ampla e podemos tomar isto para a educação odontológica.

Foi possível detectar que o fortalecimento deste currículo integrado pela Clínica Ampliada passou por uma forte base teórica fundada na integralidade e compreensão teórica de como o individual e o coletivo devem estar interligados. Em que pese a orientação das DCN se pautar na pedagogia nova (PEREIRA; LAGES, 2013), fica evidente que as mudanças ocorridas se pautaram em uma sólida teoria que alicerçou as condutas tomadas em todo o processo.

Além de caminhos paralelos e similares, posso dizer também que convergentes porque se alinham e se cruzam à medida que se unem na tarefa de buscar mudanças no cenário educacional e da saúde, que se materializa na melhoria das condições de saúde bucal da

população, a partir de uma formação que traga a essência da integralidade, ao que isso sim podemos chamar de inovação. A própria literatura de inovação anuncia muitas vezes a cautela nas suas acepções, que é preciso os elementos presentes a partir dos referenciais utilizados, para que não sejam confundidos os processos pedagógicos comuns com inovação. Metaforicamente vou sinalizar aqui mudanças de “estado”, como: *passagem do quente para o frio, do líquido para o sólido*. Houve mudança? Houve. Qual era a finalidade? Preciso identificar.

Se o currículo, evidentemente, é algo que se constrói, seus conteúdos e suas formas últimas não podem ser indiferentes aos contextos nos quais se configura (SACRISTÁN, 2017, p. 20).

A (trans)formação do currículo odontológico e sua reconfiguração curricular a partir da inserção da Clínica Ampliada em 2009, se molda pela legitimidade dos documentos em parte e em outra parte por mobilizações do que está posto nestes documentos, por meio dos atores que participam do processo, em um contexto político, econômico e social.

A proposição e aprovação dos documentos legitimadores da mudança relaciona-se com o contexto político que coadunam ou não com os interesses da classe odontológica e a sociedade; assim como a economia que tão diretamente influencia no mercado de trabalho que direciona o cirurgião-dentista a se ultra especializar e com isso o perfil do egresso posto em xeque, flexibilizado para atender as demandas sociais diversas, em um contexto de desigualdade e diferentes necessidades que precisam ser levadas em consideração, à medida que o cirurgião-dentista precisa ofertar um atendimento integral de atenção à saúde.

Vale aqui mencionar o que Warmling (2016, p.28) ressalta ao considerar que “estudos partem dos pressupostos de que diferentes períodos históricos, com suas conjunturas políticas e sociais, conformam diferentes modelos de odontologia, sendo esse percurso histórico apresentado sempre como uma evolução do sentido positivo”.

A busca sobre como a Clínica Ampliada contribuiu para potencializar a inovação curricular sinalizou a capilarização dela em todas as áreas do conhecimento mobilizada por um grupo de docentes que teve lideranças ao impulsionarem um processo de mudança na formação do cirurgião-dentista historicamente em um curso com currículo integrado, com integração voltada para uma concepção do conceito ampliado de saúde desde a promoção de saúde, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e preservação, mediada pelos determinantes sociais em saúde; de forma legitimada no currículo.

A marca que a CA imprimiu no currículo desde sua implantação se enraizou nas diferentes áreas do conhecimento e as articulou na proposta de serem resolutivos no

atendimento odontológico frente as demandas apresentadas pelo paciente (pessoa), pensando nos resultados micro até o macro quanto a estrutura constituída e organizada que envolveu todos os atores e preponderou sobre a visão unívoca de doença para um caminhar rumo a saúde bucal para outra perspectiva de formação.

Entre as diversificações do currículo seja *o prescrito, o apresentado, o modelado, o em ação, o realizado e o avaliado* (SACRISTÁN, 2017); todos foram contemplados nas informações dadas e dados gerados para análise, com destaque para o currículo prescrito, que se documentou em um Manual da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (HAYACIBARA; TERADA; TAKESHITA, 2010); no qual foi registrado o fluxograma da Clínica Ampliada que se tornou porta de entrada<sup>57</sup> para as demais clínicas.

Partindo da prescrição feita no manual mobilizou-se o currículo apresentado em que se deu a conhecer ao corpo docente a proposta da Clínica Ampliada; assim como houve uma assunção destes docentes que modelaram a proposta imprimindo a cultura profissional de cada um deles e áreas de conhecimento representadas. O que logo após foi posto em ação por meio do desenvolvimento da Clínica Ampliada com todo seu arcabouço relacionando prontuário único dos pacientes e discussão dos planejamentos integrados e colegiados dos tratamentos a serem realizados. De forma que o currículo em ação antecedeu o realizado em que se concretizou a partir das aprendizagens dos acadêmicos e pôde ser estudado pelos relatos das aprendizagens dos acadêmicos, que se expressa no currículo avaliado, por meio das avaliações internas de aprendizagem dentro das disciplinas, quanto as externas por meio do Enade/MEC.

Diante do contexto histórico do referente ano culminou em relação à pesquisa em uma brevidade do tempo, da distância dirimida pela forma remota de buscar as informações para gerar dados de análise o que limitou um adensamento em demais documentos que poderiam ter sido consultados em função de mais características em relação as prescrições deste currículo e elementos da Clínica Ampliada a serem observados *in loco*, de forma sistematizada.

A partir da realização deste estudo outros achados não procurados vieram à tona e corroboraram na compreensão da centralidade da pesquisa, quanto ao fato de ter sido um curso historicamente fundado em 1988 e posteriormente por três idealizadores que propiciaram uma mudança curricular desde a década de 1990, com a mudança do currículo tradicional para o

---

<sup>57</sup> Conceito de porta de entrada como ponto de partida para se dar início ao atendimento odontológico e seguimento no fluxograma do curso de odontologia da UEM.

currículo integrado, o que se tornou um substrato, com um terreno fértil para mobilizar um grupo de docentes, agentes-administrativos e gestores, de forma coesa, que apresentam fortes relações interpessoais, em constituírem uma cultura institucional para futuras mudanças e (trans)formações em prol da formação do cirurgião-dentista, em que pese formação docente prévia em currículos tradicionais, o que em alguma medida produz reações, adoções, rechaços e resiliências e preocupações quanto ao aprimoramento técnico e o “fazer clínico” em sua visão restrita associada a história do curso de odontologia.

A constituição histórica se faz presente pela transformação deste currículo em seu processo histórico pelo “dinamismo” e institucional, pela interação social articulada às políticas de ensino e saúde que interferem e modificam gradativamente no currículo que se modifica, e com isso a constituição do cirurgião-dentista formado nesta conjuntura histórica.

Este estudo de caso trouxe luz e possibilidades de como esta Clínica Ampliada contribuiu para potencializar o currículo na formação do cirurgião-dentista. A partir da CA o currículo se potencializou pela inovação, com um rearranjo da matriz curricular; presença de professores de diferentes áreas do curso participando da CA; partilha entre pares docentes, pares discentes, pares agentes administrativos; e conceito de saúde envolvendo a integralidade da atenção à saúde.

Notou-se que os níveis e fases de desenvolvimento do currículo foram transpassados pelos elementos da CA e pelas características da potencialização da inovação curricular por esta CA, quando se relatou que houve inserção de ferramentas curriculares que ao passo de serem inovações curriculares são parte da normatização e difusão, pela gestão da CA, no que se refere ao currículo prescrito.

Sua implantação foi colegiada e teve participação de docentes, acadêmicos, agentes administrativos, gestores, na busca de aprimorar o atendimento clínico e a formação do cirurgião-dentista, partindo de uma visão integral da pessoa que apresenta uma demanda ao procurar pelo serviço odontológico da instituição.

A CA se constitui, então, deste grupo de docentes (sete docentes permanentes), com participação dos agentes-administrativos, os próprios acadêmicos, em um colegiado denominado Copaca, enquanto instância de planejamento e avaliação; colegiado este que não delibera, em que pese ter participação com fala e votação em instância de deliberação, como o colegiado do departamento de odontologia (DOD).

Nos documentos se prevê carga horária, conteúdos, competências e habilidades a serem desenvolvidas e a articulação entre estes aspectos precisa mobilizar diferentes atores, setores e a própria instituição no planejamento e execução deste currículo.

Aqui trago como matriz teórica a curiosa concomitância do eixo transversal e do eixo estruturante de Borges (2015). Pode-se afirmar que a Clínica Ampliada se apresentou com transversalidade ao modificar o currículo não pelo registro documental, com alteração de matriz curricular, no entanto por si, por estar presente ali em horário cedido por outras áreas (principalmente da dentística) e ao ser incorporada como componente avaliativo da clínica integrada que envolve todas as áreas, se constitui curiosamente como eixo transversal, assim como também eixo estruturante que norteia a formação destes futuros cirurgiões-dentistas, para a integralidade da atenção à saúde.

Os achados da presente pesquisa me permitem inferir que é imprescindível a presença da CA dentro do currículo do curso de odontologia da UEM, a formação que não circunde a CA, uma vez que ela tem dado o “tom” e a “nota” desta composição, sem a qual não se vislumbra a formação do cirurgião-dentista neste curso de graduação; todas as disciplinas constituídas dos seus módulos estão permeadas pela filosofia e *práxis* de trabalho, desta relevante e inovadora experiência curricular.

Partindo dos achados desta pesquisa ousou inferir, em que pese ser um estudo de caso, que a CA pode ser implantada e implementada nos cursos de Odontologia contribuindo para o desenvolvimento dos demais currículos, potencializando-os nesta formação do CD, para integralidade da atenção à saúde. Para tanto, esta CA a ser difundida nos currículos passa por ser um pressuposto teórico, sinalizador de um processo de trabalho em saúde do CD, que pode se apresentar como um *locus* determinado no currículo, com dia e horário para seu funcionamento, e articular/mobilizar outras áreas de conhecimento a desenvolverem uma atuação interdisciplinar, entre diferentes áreas do conhecimento, conforme desenvolvido pelo curso de Odontologia da UEM.

Diante do estudo feito afirmo que nos currículos dos cursos de graduação em Odontologia cabe que a CA seja entendida em *prescrição* e em *ação* contemplada tanto nos eixos transversais, como no eixo estruturante. No *eixo transversal* (BORGES, 2015) entre disciplinas e/ou módulos concomitantes, para o planejamento e desenvolvimento das diferentes fases do currículo, por diferentes olhares epistemológicos em saúde bucal, sobre determinada

necessidade de saúde. O que demanda em muitas circunstâncias a educação interprofissional, na busca pela integralidade da atenção à saúde.

Quanto ao *eixo estruturante* (BORGES, 2015) sendo considerada a CA elemento teórico fundante, que pode estabelecer-se como porta de entrada, em um desenho de rede de atenção à saúde no interior dos cursos de graduação em Odontologia, com diferentes níveis de complexidade, entre diferentes disciplinas/módulos, pelo estabelecimento de forte relação teórico-prática, com finalidade educacional e social, de formar CD comprometidos para além do atendimento odontológico, mas englobando a assistência no processo de trabalho, ampliando para atenção à saúde bucal.

Diante da necessidade desta diferenciação entre assistência e atenção, para se alcançar a integralidade da atenção à saúde, recomenda-se que determinados conteúdos afunilados e apropriados pela saúde coletiva, como determinados conteúdos que precisam ser *clássicos*<sup>58</sup>, apreendidos pela educação formal, sejam difundidos nos currículos, também no interior das clínicas de ensino. Como conteúdos primordiais sinalizo a integralidade da atenção à saúde, em interface com saúde bucal e determinantes sociais em saúde, sem dissociação entre a clínica e a saúde coletiva. Formação do CD pautada no conhecimento da pessoa e suas demandas ao procurar por este profissional de saúde, não enquanto caso clínico restrito apenas aos fatores biológicos.

A odontologia pode ser diferente da identidade da profissão constituída ao longo da história, pela trajetória que se faz, com atores participantes que almejam mudanças e (trans)formação do currículo em prol de uma demanda da sociedade, dentro de um contexto de diferentes áreas do conhecimento, diferentes saberes e intercomunicações que produzem sentido na formação do cirurgião-dentista, para melhor “*atender*” quando procurado quanto ao atendimento odontológico, portanto a premissa deve ser saúde bucal, com tudo que a compõe, incluindo assistência, mas não se reduz a ela, inicia-se no olhar o outro, em se ver no outro.

Para tanto, a convergência deste “olhar” é para o paciente, que antes de tudo é pessoa, só a torna mais próxima da realidade quando cruzamos saúde e educação, voltado para o que é este currículo, como está instituído, em suas bases, para assim fomentar e promover a mudança da formação do cirurgião-dentista, no sentido da integralidade da atenção à saúde.

Então ao concluir a pesquisa, uma síntese possível se apresenta como a constatação de um curso que se constitui com base no compromisso social do respeito às reais necessidades

---

<sup>58</sup> Noção de clássicos (SAVIANI, 2013).

dos pacientes que se apresentam para atendimento durante o processo de formação profissional dos futuros cirurgiões-dentistas. Em uma situação que se pretende ideal, a materialidade da humanização ali presente. O lugar onde o paciente tem voz e se faz compreender, onde os caminhos do atendimento são partilhados e elaborados com sua efetiva participação. A explicação do diagnóstico, os encaminhamentos das terapêuticas, a materialização do cuidado e do respeito ao outro. Eis o retrato do meu registro a partir da generosidade e da confiança da UEM para a minha investigação e interpretação responsável sobre sua Clínica Ampliada.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. M. V. de; BARBOSA, L. M. V. Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.43, p. 672-680, 2019.

APPLE, M. W. **Ideologia e Currículo**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

ASSUNÇÃO, G. S. **Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da Área de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Processos de desenvolvimento humano e saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2013.

BASTOS, B. R. M. dos S. *et al.* Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. **Revista Abeno**, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. de S. História da Clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

BELLA, M. I, *et al.* *Experiencia de formación docente para la Clinica Ampliada em salud bucal, uma agenda necesaria*. **Revista Abeno**, v. 17, n. 4, p. 36-45, 2017.

BERNSTEIN, B. **A Estruturação do Discurso Pedagógico**: classe, códigos e controle. Petrópolis: vozes, 1996.

BERNSTEIN, B. **Class, Codes, and Control**. Theoretical studies towards sociology of language. London Routledge & Kegan Paul, 1971.

BOBBIO, A. Evolução Histórica da Odontologia. In: DARUGE, E.; MASSINI, N. **Direitos profissionais na Odontologia**. São Paulo: Saraiva, 1978.

BORGES, L. F. F. Currículo, cultura e docência: uma tríade integrada. In: GALVÃO, A; SANTOS, G.L. dos. **Educação**: tendências e desafios de um campo em movimento. Brasília: Líber Livro Editora: ANPED, 2008.

BORGES, L. F. F. Eixo Estruturante e Transversalidade: elementos orientadores dos currículos da formação de profissionais da educação. In: Maria Marina Dias Cavalcante; José Albio Morreira de Sales; Isabel Maria Sabino de Farias; Maria do Socorro Laura Lima. (Org.). **Didática e Prática de Ensino**: Diálogos sobre a Escola, a Formação de Professores e a Sociedade. 1ed.Fortaleza-CE: UECE, 2015, v. 4, p. 01181-01199.

BORGES, L. F. F. Um currículo para a formação de professores. In: VEIGA, I.P.A.; SILVA, E.F. da. **A escola mudou**. Que mude a formação de professores! 3. Ed. Campinas, SP: Papirus, 2012. cap.2, p.35-60.

BOTAZZO, C. A subjetividade no trabalho com as famílias: A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias.

In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge; et al. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. [S.l: s.n.], 2008. cap. 5-5.1, p.81-88.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2015.

BOTAZZO, C. *et al.* Relatório Científico do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”: comentários críticos e reflexões úteis ao Serviço Público Odontológico. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.43, p.40-45, dez., 2007.

BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal do Governo Brasileiro. **Brasil / Paraná / Maringá**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 20 abr. 2020a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 20 abr. 2020b.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Inep. **Resultados Enade**. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enade/resultados>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3, de 21 de junho de 2021**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Dicas em saúde. Acolhimento. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html#:~:text=O%20acolhimento%20>

%C3%A9%20uma%20postura,redes%20de%20compartilhamento%20de%20saberes.  
Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Publicada no DOU nº 98, 24 de maio de 2016, seção 1, páginas 44, 45, 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Clínica Ampliada - A Odonto Além da Boca**. Direção: Fábio Bardella. Graduação Odontologia. Projeto com estudantes de odontologia, com enfoque na formação generalista. A universidade insere o jovem na sociedade por meio da clínica no SUS. Maringá – PR. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HT4KXk4QjE0&t=1050s>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Humanização PNH. **Humaniza SUS folheto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 abr. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 51-67.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARBONELL, J. **A aventura de inovar**: a mudança na escola. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARNIEL, R. K. *et al.* A Clínica Ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 99-107, 2017.

CARRER, F. C. de A. *et al.* O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 108-120, 2017.

CARRER, F. C. de A. *et al.* Introdução – Inovação do Cuidado e Clínica Ampliada. In: CARRER, Fernanda Campos de Almeida; PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; ARAÚJO, Maria Ercília de [Coord.]; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L. [org.]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil**: inovação no cuidado [livro eletrônico] – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 20 abr. 2020.

CARVALHO, A. C. P. de. A inovação do curso de Odontologia da UEM. In: TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. **A Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia**: a experiência de Maringá. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: Abeno, 2004. Prefácio, p.5-7.

CARVALHO, A. C. P. de. Trajetória de Contribuição ao Ensino Odontológico. In: MENEZES, J. D. V.; LORETTO, N. R. M. **Abeno**: 50 anos de contribuição ao ensino odontológico brasileiro. Maringá: Dental press, 2006. p. 13-20.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out, 2004.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COELHO, I. M. Cultura, educação e escola. In: \_\_\_\_\_. (org.). **Educação, cultura e formação**: o olhar da filosofia. Goiânia: Ed. PUC Goiás, 2009, p.181-202.

CONRADO et al. Histórico da implementação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e do seu Projeto Pedagógico: uma epopéia. In: TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. **A Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: Abeno, 2004. cap.1, p. 09-22.

CONRADO, C.A.; GOMES, G. S.; ROBAZZA, C.R.C. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares – o currículo multidisciplinar integrado. In: TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. **A Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: Abeno, 2004. cap. 2, p.23-50.

CORAZZA, S. M. Currículos alternativos/oficiais: o(s) risco(s) do hibridismo. **Rev. Bras. Educ.**, n. 17, 2001.

CORAZZA, S. M. Currículos alternativos/oficiais: o(s) risco(s) do hibridismo. **Revista Brasileira de Educação**, n. 17, 2001.

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 Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na atenção básica.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DITTERICH, R. G.; PORTERO, P. P.; SCHMIDT, L. M. A preocupação social nos currículos de odontologia. **Revista da Abeno**, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2007.

DITTERICH, R. G.; PORTERO, P. P.; SCHMIDT, L. M. A preocupação social nos currículos de odontologia. **Revista da Abeno**, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2007.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria.** 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

FERREIRA-NÓBILO, N. DE P. **Teaching cariology in Brazil.** 2014. Tese. (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

FERRETI, J. A inovação na perspectiva pedagógica. In: GARCIA, W. **Inovação Educacional no Brasil: problemas e perspectivas.** São Paulo: Cortez, 1980. parte 1. p.55-82.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgião-dentista. **Revista da Abeno**, v. 17 n. 4, p. 160-170, 2017.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Redesenhando caminhos na direção da Clínica Ampliada de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.4, p. 1174-1185, 2018.

FONSECA, G. S. **Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro'**. 2016. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: editora forense, 2020.

FRANCO, L. L. M. M. *et al.* Estação sensorial temática: recurso pedagógico para formação do cirurgião-dentista na produção do cuidado em saúde. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 193-202, 2017.

FRAZÃO, L. C. M. P.; MOURA NETO, J. G. de; SILVA, A. L. A. de S. Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 79. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FUJIMAKI, M. O curso de odontologia da Universidade Estadual de Maringá e sua integração ensino-serviço na região de Maringá-Paraná. In: DITTERICH, R.G.; GRAZIANI, G.F.; MOYSÉS, S.J. **Caminhos e Trajetórias da Saúde Bucal no Estado do Paraná**. Londrina: Unesco, 2019, cap.3. p.95-102.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of Grounded Theory** : strategies for qualitative research. United States of America : American National Standard for Permanence of Paper for Printed Library Materials, 1999.

GOHN, M. G. M. . Educação Não Formal, aprendizagens e saberes em processos participativos. **Investigar em Educação**, v. 1, p. 35-50, 2014.

GOODSON, I. Currículo, narrativa e o futuro social. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 35, maio/ago., 2007.

GOODSON, I. F. **Currículo**: teoria e história. Trad. Atílio Brunetta; Rev. da Trad.: Hamilton Francischetti; apresentação de Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GRAFF, V. A. **Produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na atenção primária à saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, v. 28, n. 03, p.1-24, 2018.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017.

GUIMARÃES JÚNIOR, J. Metodologia do Exame Clínico Estomatológico. In: MARCUCCI, G. **Fundamentos de odontologia: estomatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. cap.4, p.29-56.

HAYACIBARA, M. F. *et al.* Experiências de Clínica Ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 178 – 183, 2012.

HAYACIBARA, M. F.; TERADA, R. S. S. **Instrutivo da Clínica Ampliada (UEM)**. 2012.

HAYACIBARA, M. F.; TERADA, R. S. S.; TAKESHITA, **Manual da Clínica Ampliada (UEM)**. 2012.

HUBERMAN, M. O ciclo de vida profissional dos professores. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 2013. cap. 2, p.31-62.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina**. *L'expropriation de la santé*. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro, RJ: editora Nova Fronteira, 1975.

JORGE, L. **Inovação curricular: além da mudança dos conteúdos**. Piracicaba: Unimep, 1993.

KUENZER, A. Z.; ABREU, C. B. de MOURA; GOMES, C. M. A. A articulação entre conhecimento tácito e inovação tecnológica: a função mediadora da educação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 36, 2007.

LEME, P. A. T. *et al.* A valoração do Estágio Supervisionado na Unidade de Saúde da Família pelos alunos de Odontologia: quais fatores influenciam sua percepção? **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 183-192, 2017.

LEMOS, C. L. S.; FONSECA, S.G. Knowledge and curricular practices: an analysis on a university-level healthcare course. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Saúde, Educ., v.13, n.28, p.57-69, jan./mar. 2009.

MACIEL, S. M.; CONRADO, C. A. Caminhos da teoria para a prática. In: TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. A **Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: Abeno, 2004. cap.4, p. 69-82.

MALTAGLIATI, L. A; GOLDENBERG, P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. Rio de Janeiro, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.4, p.1329-1340, out.-dez. 2007.

MALTZ, M.; TENUTA, L. M. A.; GROISMAN, S.; CURY, J. A. Cárie Dentária: conceitos e terminologia. In: KRIGER, L., MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. (org.), MORITA, M. C. (coord.). **Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador [recurso eletrônico]**. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

MARCELO, C. Tecnologias para a inovação e a prática docente. **Revista Brasileira de Educação**, v. 18, n. 52, 2013.

MARSIGLIA, R. G. **Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MASETTO, Marcos T. Inovação curricular no ensino superior: organização, gestão e formação de professores. In MASETTO, Marcos T. (org.) **Inovação no ensino superior**. São Paulo: Loyola, 2012. cap. 1, p.16-36.

MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.

MENDES, E.V. et al. Território: Conceitos Chave. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999, p. 166-169.

MENEGUHM, M. de C. *et al.* Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 523-529, 2007.

MENEZES, J. D. V.; LORETTO, N. R. M. **Abeno: 50 anos de contribuição ao ensino odontológico brasileiro**. Maringá: Dental press, 2006.

MESTRINER, S. F. *et al.* Percepções de estudantes de Odontologia sobre a experiência em um estágio não obrigatório no SUS. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 171-182, 2017.

MOREIRA, A. F. B.; Silva, T. T. (Org.). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1. 154p.

MORITA, M. C. *et al.* **Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia**. Maringá: Dental Press: Abeno: Opas: MS, 2007.

MORITA, M. C.; CODATO, L.A. B.; DITTERICH, R.G. A importância da integração ensino-serviço nos cursos de graduação em odontologia. In: DITTERICH, R.G.; GRAZIANI, G.F.; MOYSÉS, S.J. **Caminhos e Trajetórias da Saúde Bucal no Estado do Paraná**. Londrina: Unesco, 2019, cap.3. p.61-68.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A Relação Ensino e Serviços de Odontologia. In: CARVALHO, A. C. P. de.; KRIGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006, cap. 13, p. 129-139.

MOSQUERA, J.; STOBAUS, C. Psicossociologia da saúde: semiologia dos meios de comunicação. In:\_\_\_\_\_. **Educação para a saúde**: desafios para sociedades em mudança. 2.ed. Porto Alegre: D.C. Luzzatto Editores Ltda., 1984. cap. 6, p.85-92.

MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em odontologia. **Pró-Posições**, v. 14, n.1, jan.-abr., 2003.

MOYSÉS, S. J. Saúde bucal. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 705-734.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias da sua vida. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 2013. cap. 1, p.11-30.

OKUYAMA, H. C. H. Y.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 133-143, 2017.

OLIVEIRA, M. K, de. **Vygotsky** – Aprendizado e Desenvolvimento: um processo sócio-histórico. São Paulo: Scipione, 1993.

PARK, S. E.; HOWELL, T. H. Implementation of a patient-centered approach to clinical dental education: a five-year reflection. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 79, n. 5, p. 523-529, 2015.

PEREIRA, E. M. A.; MERCURI, E.; BAGNATO, M. H. Inovações curriculares: experiências em desenvolvimento em uma universidade pública. **Currículo sem fronteiras**, v.10, n.2, p.200-213, jul./dez., 2010.

PEREIRA, I. D. F; LAGES, I. L. Diretrizes Curriculares para a Formação de Profissionais de Saúde: Competências Ou Práxis?. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p.319-338, 2013.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. P. 23-38.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

PINHO, F. M. O.; BRANCO, R. F. G. Y. R.; PORTO, C. C. Anamnese. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 50-66, cap. 6. [Biblioteca Virtual].

PORTO, C. C.; DANTAS, F.  $AC=E[MBE +(MBV)^2]$ , uma Equação Matemática para a Arte Clínica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.1, n.2, p.33-34, 2003.

PORTO, C. C. O outro lado do exame clínico na medicina moderna. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. e124-e128, oct. 2006.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal Dental Research**, Washington, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, June 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242009000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242009000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 mai. 2021.

QUEIROZ, J. R. C. *et al.* Aprendizagem por projeto e inovação tecnológica: união por competências. **Revista da Abeno**, v. 16, n. 2, p. 2-6, 2016.

QUEIROZ, M. G. **O ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

QUEIROZ, M. G; DOURADO, L. F. O ensino da odontologia no Brasil: uma leitura com base nas recomendações e nos encontros internacionais da década de 1960. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out.-dez. 2009, p.1011-1026.

REIS, L. B. M.; LELES, C. R.; FREIRE, M. do C. M. Religiosity, spirituality, and the quality of life of patients with sequelae of head and neck cancer. **Oral Diseases**, v. 19, p. 1-5, 2020.

ROCHA, E. T. da. **Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ROCHA, N. B. da *et al.* Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma gestão colegiada. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 121-132, 2017.

RONCALLI, A. G.; SOUZA, T. M. S. de. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: ANTUNES, J. L. F. *et al.* **Epidemiologia da Saúde Bucal - Série Fundamentos de Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, Grupo GEN, 2013. cap. 3, p. 51-70.

RÖSING, C. K. *et al.* Avaliação de 4 currículos de Odontologia baseada em expectativas e satisfação de alunos – relato de experiências norueguesa e brasileira **Revista da Abeno**, v. 9, n. 2, p. 88-94, 2009.

RÖSING, C. K. *et al.* Avaliação de 4 currículos de Odontologia baseada em expectativas e satisfação de alunos – relato de experiências norueguesa e brasileira. **Revista da Abeno**, v. 9, n. 2, p. 88-94, 2009.

SABATO, E., *et al.* Integrating Social Determinants of Health into Dental Curricula: An Interprofessional Approach. **Journal Dental Educacion**, v. 82, n. 3, p. 237-245, 2018.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2017.

SANCHEZ, H. F. **Atenção primária na saúde e o ensino de graduação em odontologia**. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e Interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SARAIVA, A. M. *et al.* Disciplina interprofissional em saúde: avaliação de discentes de Odontologia. **Revista da Abeno**, v. 18, n. 4, p. 03-13, 2018.

SAVIANI, D. A Filosofia da educação e o problema da inovação em educação. In: GARCIA, W. **Inovação Educacional no Brasil**: problemas e perspectivas. São Paulo: Cortez, 1980. parte 1. p.15-29.

SAVIANI, D. S. **Escola e Democracia**. ed. Comemorativa. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

SAVIANI, D. S. **Pedagogia Histórico-Crítica**. 11. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2013.

SILVA JÚNIOR, O. J. da *et al.* Ensino em serviço na perspectiva da Clínica Ampliada: relato de experiência. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 153-159, 2017.

SILVA, A. C. R. M. *et al.* Perfil de cirurgiões-dentistas formados por um currículo integrado em uma instituição de ensino pública brasileira. **Revista da Abeno**, v. 12, n. 2, p. 147-154, 2012.

SILVA, A. T. R. da. Currículo e representações sociais de homem e natureza: implicações à prática pedagógica. **Revista Brasileira de Educação**, v. 18, n. 55, 2013.

SILVA, R. M. DA; PERES, A.C. O.; CARCERERI, D. L. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em odontologia. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.

SILVA, T. T. da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias de currículo. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2015.

STAKE, R. E. **A arte da investigação com estudos de caso**. 3.ed. Lisboa: SAGE publications, 2012.

STENHOUSE, L. **Investigación y desarrollo del curriculum**. 5. ed. Madrid: ediciones morata, 2003.

SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, L.R. de; BRANDINI, R.C.A.R. Perspectivas para a análise de entrevistas. In: SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, L.R. de; BRANDINI, R.C.A.R. **A Entrevista na Pesquisa em Educação: a prática reflexiva**. Brasília: Liber Livro Editora, 2004. Cap. 2, p.63-84.

TERADA, R. S. S. *et al.* Implementação do Pró-Saúde no Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. **Revista Abeno**, v. 10, n.2, p.64-71. 2010.

TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. **A Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: Abeno, 2004.

TERADA, R. S. S.; SILVA, M. C. da; HIDALGO, M. M. **Guia do Estudante do Curso de Odontologia**. Universidade Estadual de Maringá, 2009.

TIWARI, T.; PALATTA, A. M. An Adapted Framework for Incorporating the Social Determinants of Health into Predoctoral Dental Curricula. **Journal of Dental Educacion**, v. 83, n. 2, p. 127-136, 2019.

TOASSI *et al.* Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. **Interface comunicação saúde educação**, v.16, n.41, p.529-542, abr./jun., 2012.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Seminário de Integração como Dispositivo Pedagógico de Inovação Curricular no Ensino da Saúde: a Percepção do Estudante sobre o Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 487-496, 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. **Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia de Maringá**. 1989.

VASCONCELOS, M. Possibilidades e limites de uma prática odontológica na construção do valor saúde bucal – a experiência da clínica odontológica da Barragem Santa Lúcia. In: PAIVA, A; SOARES, M. (orgs.). **Universidade, Cultura e Conhecimento**. A Educação pesquisa a UFMG. Belo Horizonte: FaE/UFMG, 1998, p.117-129).

VEIGA, Ilma Passos A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cadernos Cedes**, vol. 23, nº 61, dez. 2003, p. 267-281.

WANDERLEY, L. E. W. Parâmetros sociológicos da inovação. In: GARCIA, W. **Inovação Educacional no Brasil: problemas e perspectivas**. São Paulo: Cortez, 1980. parte 1. p.30-54.

WARMLING, C. M. **Da autonomia da boca: um estudo da constituição do ensino da odontologia no Brasil**. Porto Alegre: editora UFRGS, 2016.

WARMLING, C. M. Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 20-35, 2017.

WEBER, C. *et al.* Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional. **Revista da Abeno**, v. 17, n. 4, p. 144-152, 2017.

WERNECK, M. A. F. Internato em Saúde Coletiva a disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M. A. de. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008. cap. 15, p. 181-194.

YOUNG, M. F. D. O futuro da educação em uma sociedade do conhecimento: o argumento radical em defesa de um currículo centrado em disciplinas. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 48, 2011.

ZILBOVICIUS, C. **Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil**: contradições e perspectivas. 2007. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

### APÊNDICE A – Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Inovação no Currículo de Odontologia: Repercussões da Clínica Ampliada (CA)” realizada por Lila Louise Moreira Martins Franco, telefone de contato (62) 984089419, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília (UnB), sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Livia Freitas Fonseca Borges, a fim de desenvolver tese, para obtenção do título de doutor, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Compreender a concepção de CA no currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, na perspectiva da inovação curricular, na construção do itinerário do cuidado buscando a integralidade da atenção à saúde; fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende se realizar análise documental (PPC / Planos de Ensino / Diários de Classe / Atas de reunião), observação direta (reunião semanal da comissão da CA e da própria clínica em funcionamento) e entrevista (docentes, discentes, técnicos-administrativos e pacientes). O nome do participante da entrevista será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Conforme o exposto na Resolução nº510, no capítulo IV dos Riscos, no art. 18 há riscos “[...] em consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas” (CONEP, 2016) referindo-se aos projetos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, no entanto no art. 19 §1º está previsto que “Quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano ao participante, decorrente da participação na pesquisa, deverá discutir com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa e informar o sistema CEP/CONEP”. Portanto, caberá ao pesquisador detectar os riscos e buscar minimizá-los junto aos participantes, inclusive se dispendo ao encerramento da pesquisa caso seja necessário. Cabe destacar como riscos desta pesquisa o risco de constrangimento, quebra de privacidade e confidencialidade das informações prestadas pelos participantes. Entretanto, estes riscos serão minimizados por meio da anonimização nos dados que foram coletados. Ainda tendo como possibilidade o encerramento da pesquisa em qualquer estágio da mesma. Os dados serão apreciados pelos participantes que informaram os informaram, para que sejam acrescidos, retirados e/ou modificados. Quanto aos benefícios entende-se que os resultados encontrados evidenciarão a repercussão da CA no currículo, o que contribuirá para uma reflexão da prática desenvolvida neste curso de odontologia. A apresentação dos dados que emergirão da pesquisa pós análise produzirá aprofundamento teórico quanto ao modelo curricular desenvolvido, contribuindo para que o futuro cirurgião-dentista ofereça a integralidade da atenção em saúde. Estes dados serão compartilhados em produção científica e como relatório final a serem apresentados aos atores envolvidos (docentes, discentes, técnicos-administrativos, pacientes) durante uma exposição oral, a ser agendada pós triangulação e análise dos dados.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 510/16.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispendo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de ____.	<p style="text-align: center;">_____ Assinatura e carimbo do responsável institucional</p>
----------------------------------	--

**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Formação escolar:**

**Área de atuação:**

**Tempo no curso:**

1. O que você destaca como algo importante no curso de odontologia da UEM para a formação do cirurgião-dentista?
2. Como é o currículo do curso de Odontologia da UEM?
3. Na sua visão como o cirurgião-dentista deve ser formado?
4. Houve participação docente (Docente ou discente, ou agente-administrativo, ou acadêmico) na inserção da Clínica Ampliada no curso? De que forma os professores participaram?
5. De que forma a Clínica Ampliada contribuiu para a inovação curricular?
  - ✓ Currículo apresentado<sup>59</sup>
  - ✓ Currículo moldado
  - ✓ Currículo em ação
  - ✓ Currículo realizado
6. Relate sobre o cotidiano da clínica ou outros espaços de aprendizagem em que tenha vivenciado um fato marcante relacionado a formação do cirurgião-dentista.
7. Como se dá a avaliação do/no curso?
8. Outras considerações.

---

<sup>59</sup> Níveis/fases de currículo de acordo com Sacristán (2017).

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Inovação no Currículo de Odontologia: repercussões da Clínica Ampliada”, de responsabilidade de *Lila Louise Moreira Martins Franco*, estudante de doutorado da *Universidade de Brasília*, sob orientação do Professora Doutora *Livia Freitas Fonseca Borges*. O objetivo desta pesquisa é compreender a concepção de Clínica Ampliada enquanto inovação curricular, no currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, para a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, fitas de gravação, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa. O convite a sua participação se deve à sua participação direta com a Clínica Ampliada seja como docente, discente, técnico-administrativo e paciente.

A coleta de dados será realizada por meio de perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Os dados quando gravados serão armazenados em computador de acesso pessoal da pesquisadora e será acessado pela orientadora durante a orientação quanto a pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CHS. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco eminente, e caso seja detectado algum risco caberá ao pesquisador minimizá-los junto aos participantes, inclusive se dispendo ao encerramento da pesquisa caso seja necessário. Tendo como tentativa anterior ao encerramento da pesquisa a apreciação dos dados pelos participantes que informaram os dados, para que dados sejam acrescidos, retirados e/ou modificados.

Espera-se com esta pesquisa que os resultados encontrados evidenciem a repercussão da Clínica Ampliada no currículo, o que contribuirá para uma reflexão da prática curricular desenvolvida neste curso de odontologia.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 62 98408-9419 ou pelo e-mail [professoralilalouise@gmail.com](mailto:professoralilalouise@gmail.com)

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de apresentação dos dados que emergirão da pesquisa pós análise produzirá aprofundamento teórico quanto ao modelo curricular desenvolvido, contribuindo para que o futuro cirurgião-dentista ofereça a integralidade da atenção em saúde. Estes dados serão compartilhados em produção científica e como relatório final a serem apresentados aos atores envolvidos (docentes, discentes, técnicos-administrativos, pacientes) durante uma exposição oral, a ser agendada pós triangulação e análise dos dados; podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

---

Assinatura do/da participante

---

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP (UnB)

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INOVAÇÃO NO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA: REPERCUSSÕES DA CLÍNICA AMPLIADA

**Pesquisador:** LILA LOUISE MOREIRA MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25789819.4.0000.5540

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.782.470

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a inovação no currículo de um curso de graduação em Odontologia e está vinculado à linha de pesquisa Profissão Docente, Currículo e Avaliação (PDCA) do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de Brasília e, ainda ao grupo de pesquisa "Currículo: Concepções Teóricas e Práticas Educativas", coordenado pela Profª Drª Lívia Freitas Fonseca Borges. Parte-se do questionamento de como a concepção de Clínica Ampliada contribuiu para a inovação curricular do itinerário do cuidado buscando a integralidade da atenção à saúde. Tem por objeto o currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. Esta pesquisa tipo estudo de caso, tem abordagem predominantemente qualitativa, estruturada em quatro etapas, a saber: análise documental; observação direta; entrevista; triangulação dos dados. Buscar-se-á em relação à este currículo de Odontologia: identificar os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista nesta instituição de ensino; distinguir o currículo proposto em seu processo de desenvolvimento advindo da clínica ampliada presente na instituição para reorientar a formação do cirurgião-dentista; analisar a inovação curricular que se deu a partir da inserção Clínica Ampliada no currículo mediante orientação da Abeno e outros documentos norteadores. A pesquisa se apresenta de cunho qualitativo, partindo de um estudo de caso referente ao curso de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), por ter sido destaque com premiação do Ministério da Saúde, em relação ao desenvolvimento da Clínica Ampliada no ano de 2011.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.782.470

A pesquisa terá tres etapas. A primeira consistirá em levantamento e analise qualitativa de documentos curriculares. A segunda em observacao direta, com participacao em reunioes administrativas da universidade e da clinica. A terceira em entrevistas com professores, estudantes, servidores do quadro tecnico e pacientes envolvidos no processo de inovacao curricular. Os atores envolvidos serao aqueles que se voluntariarem para o procedimento. Quanto à devolução dos resultados, esclarece que o relatório final será apresentado aos participantes em exposição oral a ser agendada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Compreender a concepção de clínica ampliada enquanto inovação curricular, no currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, para a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Objetivo Secundário: identificar os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista nesta instituição de ensino; distinguir o currículo proposto em seu processo de desenvolvimento advindo da clínica ampliada presente na instituição para reorientar a formação do cirurgião-dentista; analisar a inovação curricular que se deu a partir da inserção Clínica Ampliada no currículo mediante orientação da Abeno e outros documentos norteadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora aponta os seguintes riscos: constrangimento, quebra de privacidade e confidencialidade das informações prestadas pelos participantes. Como forma de mitigação, resguardará o anonimato e a possibilidade de encerramento do procedimento. Recomendamos que esteja atenta para os riscos de conflitos entre as categorias de participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está fundamentada e apresenta riscos reduzidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto merece ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto merece ser aprovado.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep\_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.782.470

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1453170.pdf	12/11/2019 15:53:19		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DE_COLETA_DE_DADOS.docx	12/11/2019 15:51:58	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento.doc	09/11/2019 21:22:03	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Outros	CARTA_REVISAO_DE_ETICA.docx	09/11/2019 21:21:26	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Lila_Louise.docx	09/11/2019 21:18:55	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.doc	09/11/2019 21:17:45	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTES_Livia_Borges.pdf	08/11/2019 12:16:24	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Outros	LATTES_Lila_Louise.pdf	08/11/2019 12:15:30	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/11/2019 12:10:57	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folho_de_rosto.pdf	08/11/2019 12:10:34	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/11/2019 12:49:32	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_PARA_LILA_FRANCO.pdf	28/10/2019 11:33:50	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 18 de Dezembro de 2019

Assinado por:  
**Érica Quinaglia Silva**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP (UEM)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INOVAÇÃO NO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA: REPERCUSSÕES DA CLÍNICA AMPLIADA

**Pesquisador:** LILA LOUISE MOREIRA MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25789819.4.3001.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.892.939

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Compreender a concepção de clínica ampliada enquanto inovação curricular, no currículo do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, para a formação do cirurgião dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática. Objetivo Secundário: identificar os elementos da clínica ampliada que se materializam na formação do cirurgião-dentista nesta instituição de ensino; distinguir o currículo proposto em seu processo de desenvolvimento advindo da clínica ampliada presente na instituição para reorientar a formação do cirurgião-dentista; analisar a inovação curricular que se deu a partir da inserção Clínica Ampliada no currículo mediante orientação da Abeno e outros documentos norteadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados, mesmo que indiretamente relacionados aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto tipo estudo de caso, com abordagem predominantemente qualitativa, estruturada em quatro etapas, a saber: análise documental; observação direta; entrevista;

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 3.892.939

triangulação dos dados. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética, conforme Resolução nº510 (CNS, 2016), mediante aprovação por protocolo. A pesquisa será desenvolvida, a partir de um estudo de caso referente ao curso de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Partindo do pressuposto que a formação do cirurgião-dentista se apresenta com fragilidade quanto a formação do cirurgião-dentista tendo a integralidade como eixo orientador da sua prática e, portanto, se põe como problema de pesquisa deste estudo. A análise documental será feita a partir do projeto pedagógico do curso (PPC); dos planos de Ensino; dos diários de classe; das atas de reunião a partir da objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento mediante instrumento específico. A observação direta será feita a partir de uma visita em campo, mediante um diário de campo da pesquisadora, a ser feita tanto na reunião semanal da comissão da Clínica Ampliada e da própria clínica em funcionamento. A entrevista será direcionada para todos os atores envolvidos (núcleo docente estruturante/docentes, discentes, egressos, técnicos-administrativos, pacientes), em número de 10 participantes, com a análise também a partir da objetivação do currículo no processo de seu desenvolvimento. Foi delineado um roteiro de entrevista (anexo) para NDE, docentes, discentes, egressos e técnicos administrativos e um roteiro de entrevista (anexo) para os pacientes pelas especificidades de dados a serem coletados com esta categoria a ser pesquisada. Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos e claros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida, assinada e datada pela pesquisadora proponente e pela Coordenadora substituta do Programa de Pós graduação da Universidade de Brasília, ao qual a pesquisadora está vinculada. Apresenta em anexo, o projeto básico e projeto detalhado. O objetivo está apresentado de forma clara. O cronograma de execução tem previsão início das atividades em fevereiro de 2020 e é compatível com a proposta do estudo. O orçamento aponta custo de R\$ 5.700,00, e será de responsabilidade do pesquisador. Apresenta as autorizações necessárias, e modelo de instrumentos de coletas de dados. Protocolo aprovado pelo centro coordenador em 18 de dezembro de 2019, sob o parecer 3.782.470. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está em conformidade com a Resolução 510/2016 – CNS, no entanto deve constar também os dados de contato do COPEP, dado que é onde será desenvolvido tal estudo. Recomenda-se que seja incluído no TCLE apresentado, o endereço do Comitê de Ética local juntamente com o contato do CEP coordenador do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.892.939

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela. Alerta-se a respeito da necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	INSTRUMENTOS_DE_COLETA_DE_DADOS.docx	12/11/2019 15:51:58	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Outros	CARTA_REVISAO_DE_ETICA.docx	09/11/2019 21:21:26	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Lila_Louise.docx	09/11/2019 21:18:55	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.doc	09/11/2019 21:17:45	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito
Outros	LATTES_Lila_Louise.pdf	08/11/2019 12:15:30	LILA LOUISE MOREIRA MARTINS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

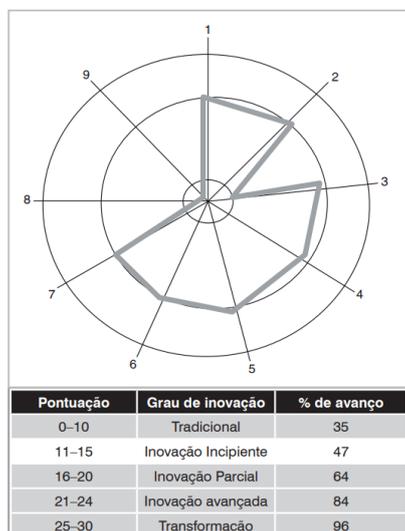
MARINGÁ, 02 de Março de 2020

Assinado por:  
Ricardo Cesar Gardiolo  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
UF: PR Município: MARINGÁ  
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copecp@uem.br

## ANEXO C – Diagnóstico inicial/2005 e o perfil radial do grau de inovação do Curso de Odontologia da UEM (2007/2008/2010)

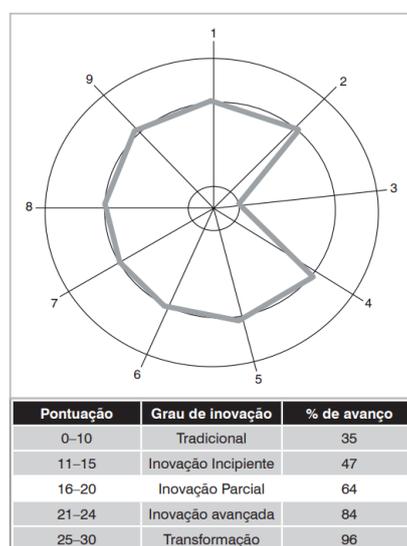
Diagnóstico inicial do grau de inovação do Curso de Odontologia - Dezembro/2005.



**Figura 1** - Diagnóstico inicial do grau de inovação do Curso de Odontologia - Dezembro/2005.

Fonte: (TERADA *et al.*, 2010, Figura 1, p.67).

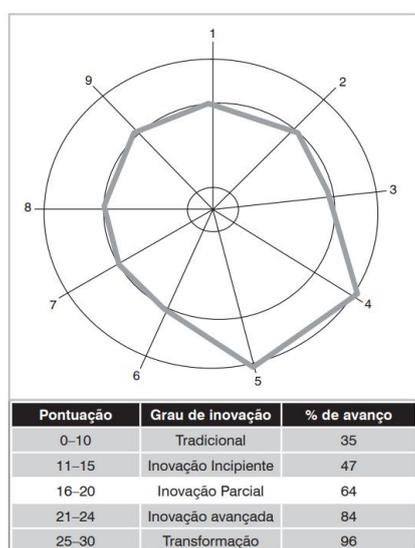
Perfil radial do grau de inovação - Outubro/2007.



**Figura 2** - Perfil radial do grau de inovação - Outubro/2007.

Fonte: (TERADA *et al.*, 2010, Figura 2, p.67).

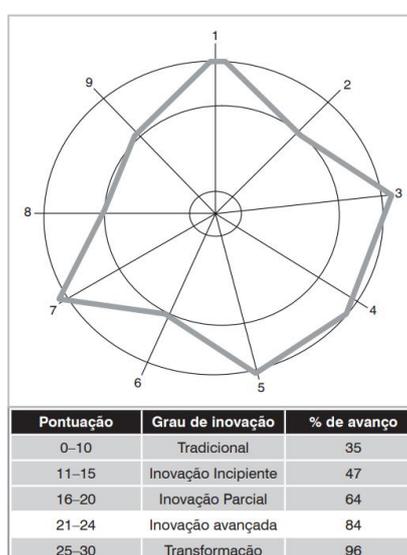
Perfil radial do grau de inovação em Novembro/2008.



**Figura 3** - Perfil radial do grau de inovação em Novembro/2008.

Fonte: (TERADA *et al.*, 2010, Figura 3, p.68).

Perfil radial do grau de inovação em Março/2010.



**Figura 4** - Perfil radial do grau de inovação em Março/2010.

Fonte: (TERADA *et al.*, 2010, Figura 4, p.68).