



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MARIANGELA SILVA DE MATOS

**ANÁLISE DO PERFIL DOS ALUNOS E DA DIMENSÃO ÉTICO-
HUMANÍSTICA NA FORMAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM
DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DA BAHIA**

Salvador
2006



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MARIANGELA SILVA DE MATOS

**ANÁLISE DO PERFIL DOS ALUNOS E DA DIMENSÃO ÉTICO-
HUMANÍSTICA NA FORMAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM
DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação,
Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como pré-
requisito para a obtenção do título de doutor em educação.

Orientador: Prof. Dr. Robinson Moreira Tenório.

Salvador
2006

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIANGELA SILVA DE MATOS

ANÁLISE DO PERFIL DOS ALUNOS E DA DIMENSÃO ÉTICO-HUMANÍSTICA NA
FORMAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DA
BAHIA

Área de Concentração – Educação, Sociedade e Práxis Pedagógica

Linha de Pesquisa – Políticas e Gestão da Educação

Banca Examinadora

Robinson Moreira Tenório – UFBA _____
Doutor em Educação – USP e Pós-doutor – Universite Denis Diderot-Paris

Rui Vicente Oppermann – UFRS _____
Doutor em Odontologia – Universidade de Oslo-Noruega

Maria Isabel Pereira Vianna – UFBA _____
Doutora em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva-UFBA

Cipriano Carlos Luckesi – UFBA _____
Doutor em Educação, História, Política, Sociedade – PUC-SP

Vera Lúcia Bueno Fartes – UFBA _____
Doutora em Educação – UFBA e Pós-doutora – Universidade de Londres

Alessandra Santana Soares e Barros – UFBA _____
Doutora em Ciências Sociais - UFBA

Salvador, 04 de dezembro de 2006

Dedico esse trabalho ao AMOR...

Àqueles que mais representam esse sentimento pulsante que move a minha existência...

À Deus, pela vida e presença “sempre” imanente...

Aos meus pais, Antônio Matos e Eulina Matos, e aos meus irmãos, Marineuza, Wiriton, Yuri, John, Paulo César, Robert, Charles e Indira. Na convivência com vocês aprendi o amor ao ser humano e a ética da vida.

Aos meus filhos, Laís Souza e Daniel Souza, amores da minha vida, sou-lhes grata pela cumplicidade e compreensão.

Aos sujeitos dessa pesquisa...

Dialogar com cada um de vocês foi uma experiência inusitada, foi um intenso aprendizado, foi mais que isso, foi a compreensão de que o conhecimento emerge de cada ser humano, por mais desconhecida que a ciência seja para ele.

Surpreendi-me e emocionei-me quando na fala de vocês, usuários, eu via brotar, numa linguagem simples, tantos conhecimentos que a ciência elabora, discute, anuncia... conhecimentos que vocês trazem da vida, da cultura, do senso comum, dos seus sentimentos...

Identifiquei-me com as inúmeras manifestações e exemplos de vocês, professores, do quanto estão impregnados com o desejo de formar pessoas, cidadãos e não apenas cirurgiões-dentistas. Empolguei-me com essa grata surpresa, ainda que tenha a clareza das suas (nossas) limitações pessoais e dificuldades com as quais nos deparamos...

Enchi-me de esperanças com os referenciais que vocês, alunos, têm acerca do tema dessa pesquisa, ainda que, algumas vezes, em suas práticas, as limitações da imaturidade e das suas histórias de vida, não lhes permitam viver com intensidade aquilo que proclamam...

Desencantei-me com algumas atitudes e situações desveladas, mas compreendi que isso também faz parte do humano!

Enfim, com vocês construí muitos saberes e, por tudo isso, quero expressar a minha gratidão pelos ensinamentos que me proporcionaram e, de forma justa, desejo nomear cada um de vocês como co-autores desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador-amigo, Robinson Tenório, que com a sua capacidade de equilibrar ciência e sensibilidade, me acolheu no Programa de Pós-graduação da FAGED e, com esse mesmo espírito, soube me conduzir na elaboração desse trabalho.

Ao meu mestre-pai, Odilon Rasquin (*in memoriam*), que amigavelmente me conduziu na Odontologia e na docência.

Ao meu mestre-terapeuta, Cipriano Luckesi, por ter sido o primeiro professor a me acolher na FAGED, mas, principalmente, por me despertar para a busca do autocrescimento, me propiciando uma vivência intensa dos valores éticos e humanos.

À professora Vera Fartes, que em poucos encontros soube despertar em mim um olhar crítico sobre as políticas públicas de educação, mas, principalmente, pela atenção e cuidado que me foram dispensados.

Aos professores e colegas do curso, pela convivência com a diversidade e as amizades cultivadas.

Aos colegas de curso e grandes amigos, Hildete dos Anjos, Miguel Almir, Iracy Alves, Jussara Midlej e Roberto Ponzeck, pelos conhecimentos partilhados e pelos intensos momentos de brinde à vida.

Às minhas grandes colaboradoras, Larissa Matos e Maria Conceição, pelo trabalho árduo de transcrição das entrevistas e Laís Matos, pela digitação.

Aos queridos Charles Matos e Júnior Almeida, pela inestimável ajuda na elaboração gráfica desse trabalho.

Aos meus queridos colegas e amigos, Maria Beatriz Cabral, Márcia Brandão e Antônio Pitta, pelo carinho com o qual assumiram muitos dos meus compromissos docentes, me possibilitando um maior mergulho nesse trabalho.

Às colegas Sônia Chaves e Maria Cristina Cangussú, pelo carinho e apoio na análise quantitativa desse trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação da FAGED, por me propiciar um ambiente de aprendizado e crescimento.

À equipe da secretaria da Pós-graduação da FAGED, especialmente à Nádia Cerqueira, pela amizade e trabalho dedicado.

À direção dos cursos de Odontologia analisados, pela confiança dispensada e apoio ao desenvolvimento desse trabalho.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram com esse trabalho.

IDEALISMO

Oh! Que animal idealista é o homem...

Para além de todos os limites rudemente impostos à sua condição, a tentativa dos sonhos é a expressão contínua daquele infinito poder que dentro dele se oculta como o seu mais fiel retrato.

Fracassamos a cada instante nas mais simples e modestas iniciativas. Nosso progresso tem sido feito dolorosamente, à custa de um sem-número de derrotas, renovadas por esperanças enérgicas, até os dias de fugitiva e insatisfatória glória.

Mas estamos sempre sonhando um bem mais alto. Mas estamos sempre colocando o coração num plano mais impossível. Mas estamos sempre transpondo a fatalidade das aventuras perdidas, construindo o projeto daquela aventura definitiva que não realizaremos talvez, mas que nos sustenta a vida, com uma constante ansiedade.

A sombra triste da realidade não consegue mutilar a luz idealista de que vivemos. Podíamos parar. E às vezes se pára. Mas, então, é a morte, mesmo em vida.

O destino do homem é este: ir andando. Contraditório, às vezes. Desditoso, muitas outras. E por quê? Por que ao seu caminho se opõem muralhas que se podem vencer, mas que gastam as forças que poderiam ir elevando os sonhos necessários.

Cecília Meireles (Crônicas de educação, v.1, obra em prosa, p.97).

RESUMO

Tradicionalmente a formação profissional em Odontologia é norteada pelos pressupostos dos relatórios Flexner e Gies, os quais trazem como referência o mecanicismo, o biologismo, a especialização precoce, a tecnificação do ato odontológico e a ênfase na odontologia curativa e na assistência individual. Contrapondo-se a esse modelo, a proposta, hoje, é que se formem profissionais que dêem conta de acompanhar a complexidade da conjuntura atual do mercado de trabalho, das diretrizes das políticas públicas de saúde e da evolução dos conhecimentos científicos acerca do processo saúde-doença. Com essa perspectiva, as Diretrizes Curriculares Nacionais propõem a formação de um profissional com perfil generalista, que compreenda os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais; nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença, que possua uma sólida formação técnico-científica e ético-humanística, que sejam críticos e reflexivos, sendo capazes de trabalhar em equipes multiprofissionais e de dar respostas às necessidades sociais no âmbito da profissão. A partir dessas referências, a dimensão ético-humanística da formação tem sido amplamente enfatizada nas políticas públicas de saúde e expressas, destacadamente, na Política Nacional de Humanização cujo eixo norteador é a humanização da atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma das orientações básicas dessa política é influenciar o aparelho formador de profissionais de saúde a reconhecer a importância das práticas humanizadoras. Nesse sentido, foi meu objetivo conhecer e analisar o perfil profissional de graduandos de dois cursos de Odontologia da Bahia, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a dimensão ético-humanística na formação. Com essa perspectiva, foram empregadas quatro técnicas de coleta de dados: análise documental do Projeto Pedagógico dos cursos; aplicação de questionário para os alunos; entrevistas não-diretivas com professores e usuários dos serviços odontológicos oferecidos pelos cursos; e observação participante nos ambulatórios. A técnica empregada para a análise dos dados foi, destacadamente, a análise de conteúdo, usando como método de análise as abordagens quantitativa e qualitativa. Os resultados demonstram que os alunos, em sua maioria, são do sexo feminino, escolheram a profissão porque gostam da área de saúde e reconhecem as dificuldades do mercado de trabalho, elegendo o aperfeiçoamento técnico-científico como principal mecanismo concorrencial. Mais da metade deles exerce algum tipo de atividade externa ao curso e a maioria tem afinidade com disciplinas e temas da área clínica, com um nível baixo de interesse pelas disciplinas das áreas de Ciências Humanas e Saúde Bucal Coletiva. Os Projetos Pedagógicos dos cursos explicitam a intenção de formar profissionais com referenciais ético-humanísticos consistentes e, do mesmo modo, alunos, professores e usuários têm a percepção de que essa dimensão vem sendo trabalhada nos cursos. Entretanto, o confronto com a realidade dos ambulatórios acena para uma prática carente de reflexões e mudanças, e de um esforço para diminuir a distância entre o instituído e o instituinte. Assim, a formação profissional em Odontologia nos cursos analisados parece experimentar uma transição da histórica hegemonia da tecnociência para a busca do equilíbrio entre as dimensões técnicas e ético-humanísticas, compreendidas como imprescindíveis para a caracterização de um perfil profissional competente.

Palavras-chave: Formação profissional, Odontologia, ética, humanização.

ABSTRACT

Student characteristics and ethic and humanistic aspects in the education of dentists: an analysis of two schools of dentistry in Bahia, Brazil

Traditionally, Flexner and Gies report guides the education in the area of dentistry, which is based on the Cartesian paradigm that implies on mechanicism, bioligism and precocious specialization, that is, the technification of the dentist action, emphasis on curative odontology and individual assistance. In opposition to this model, recent thought in dentistry education claims for professionals who are able to work being aware of the complexity of the of actual working conditions and job opportunities, of the new policies for public health and of the evolution of knowledge on the health/disease process. Thus, the government's official guide for dentistry education suggests that the graduate should be a generalist who understands the social, cultural, behavioral, psychological, ecological, ethical, and legal determinants of the health/disease process in individuals as well as in the community; he must also have a solid technical and scientific background; be critical and reflexive; be able to work in interdisciplinary teams; and be able to answer to the communities social needs within his professional scope. The ethic and humanistic aspect on dentistry education has gain much emphasis in public policies for dentist attention considering particularly the National Policies for Humanization that works upon the humanization on the public health system through modifications of the education of the health professionals. The objective of this research is to see how this new perspectives influenced the education of dentists graduated from a private and a public university, especially on the ethic and humanistic aspect. Four different methodologies were used to collect information: documental analysis of the pedagogical guidelines, questionnaire for the students, non-directive interview with professors and users, and participant observation at the ambulatory. Data analysis was made using survey and qualitative methods. Results show that most of the students are females, like to work on the health professions, recognized the various difficulties of working as a professional and choose technical and scientific improvement to face competition. More than half work in other areas while studying. Most of them like the subject matters in the clinical area as opposed to the low interest shown for the areas of humanities and public health. The faculties' pedagogical guidelines content the intention of educating professionals with solid ethical and humanistic background. Teachers and users of the services are aware of these purposes; nevertheless the reality of ambulatory attention shows a lack of critical thinking and real change in the everyday practice. The conclusion is that professional education in dentistry, in the two faculties under study, shows a stage of transition from the hegemonic technical and scientific knowledge to an awareness of the ethic and humanistic aspect considered necessary ingredients for a competent dentist.

Key words: Health professional education, dentistry, ethics, humanization.

RESUMEN

Análisis del perfil de los alumnos y la dimensión ético-humanística en la formación de los cirujanos - dentistas en dos cursos de Odontología de Bahía

La formación profesional en Odontología está dirigida tradicionalmente por los informes Flexner y Gies, los cuales traen como referencia el biologismo, la especialización precoz, la tecnificación del acto odontológico y el énfasis en la odontología curativa, con bases individuales. En oposición a este modelo, la propuesta actual es formar profesionales que dan cuenta de acompañar la complejidad de la coyuntura actual del mercado de trabajo, las directrices de la política pública de salud y la evolución del conocimiento científico acerca del proceso salud-enfermedad. Con esta perspectiva, las directrices curriculares nacionales proponen la formación de un perfil profesional generalista, que comprenda los determinantes sociales, culturales, psicológicos, ecológicos, éticos y legales en los niveles individuales y colectivos del proceso salud-enfermedad. Además, que posea una formación técnico-científica y ético-humanística, que sean críticos y reflexivos, siendo capaces de trabajar en equipos multiprofesionales y de dar respuestas a las necesidades sociales en el ámbito de la profesión. De estas referencias, la dimensión ético-humanística ha sido extensamente enfatizada en la política pública de salud y está expresa, destacadamente, en la política nacional de humanización de la atención en el Sistema Único de Salud Brasileño, logrando como una de las orientaciones básicas, influenciar el sistema formador de los profesionales de salud y reconocer la importancia de las prácticas humanizadoras. En ese sentido fue mi objetivo conocer e analizar el perfil profesional de graduandos de dos cursos de Odontología de Bahía, uno público y otro privado, buscando caracterizar la dimensión ético-humanística de la formación. Con esta perspectiva, fueron empleadas cuatro técnicas de coleta de datos: el análisis documental del proyecto pedagógico de los cursos; aplicación de cuestionario para los alumnos; entrevistas no-directivas con los profesores y los usuarios del servicio de salud de los cursos; observación directa de las prácticas clínicas. La técnica empleada para analizar los datos fue, destacadamente, el análisis del contenido, utilizando los métodos cuantitativos y cualitativos. Los resultados demostraron que los alumnos, en su mayoría, son del sexo femenino, habían elegido la profesión porque gustan del área de la salud y reconocen las dificultades del mercado de trabajo. Identifican, además el perfeccionamiento técnico-científico como principal mecanismo de competencia. Más que la mitad de ellos ejerce una actividad externa al curso y la mayoría tiene afinidad por las disciplinas y los temas del área clínica, con un nivel bajo de interés para las disciplinas de las ciencias humanas y salud colectiva. Los proyectos pedagógicos de estos cursos demuestran la intención de formar profesionales con las referencias ético-humanísticas y, de mismo modo, los alumnos, los profesores y los usuarios tienen la opinión de que esa dimensión haya sido trabajada en los cursos. Sin embargo, la confrontación con la realidad de la práctica clínica posibilitó concluir una carencia de reflexiones y de cambios en el esfuerzo de disminuir la distancia entre el instituido y el instituyente. Así, la formación profesional en Odontología en los cursos analizados parece experimentar una transición de la hegemonía histórica de la tecnociencia para la búsqueda del equilibrio entre las dimensiones técnicas y las dimensiones ético-humanísticas, comprendidas como imprescindibles para la caracterización de un perfil profesional competente.

Palabra-Llaves: Formación profesional, Odontología, ética, humanización.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo o motivo de escolha do curso.

Gráfico 2 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a participação em atividades externas ao curso

Gráfico 3 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as disciplinas e temas de maior interesse no curso

Gráfico 4 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a participação em pesquisas.

Gráfico 5 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção das habilidades mais estimuladas no curso.

Gráfico 6 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a importância atribuída às práticas em espaços sociais

Gráfico 7 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre as deficiências do curso.

Gráfico 8 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção sobre o campo de trabalho para o dentista.

Gráfico 9 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo

Gráfico 10 - Distribuição da frequência e porcentagem de alunos ($n = 274$), por população total e curso de origem, de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo

Gráfico 11 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a escolha do principal mecanismo concorrencial que eles pretendem investir para tornar-se um profissional competitivo.

Gráfico 12 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as perspectivas de remuneração nos primeiros cinco anos de exercício profissional.

Gráfico 13 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação professor/aluno no curso.

Gráfico 14 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre as qualificações de um bom dentista.

Gráfico 15 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação paciente/profissional.

Gráfico 16 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à dimensão ética no curso.

Gráfico 17 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à autonomia dos pacientes no curso.

Gráfico 18 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre beneficiência (o que é fazer bem ao paciente?).

Gráfico 19 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à dimensão humana no curso.

Gráfico 20 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a auto-percepção sobre a habilidade relacional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição da população de referência dos alunos respondentes do questionário, de acordo com o período de formação (Grupos 1, 2 e 3).

Quadro 2 - Frequência e porcentagem de disciplinas dos cursos público e privado que explicitam ou não a intenção de trabalhar a dimensão ético-humanística

Quadro 3 – Percepção dos professores, por curso, sobre o estereotipo do dentista competente (bom dentista).

Quadro 4 – Percepção dos professores, por curso, sobre o estereotipo do dentista competente (bom dentista).

Quadro 5 – Percepção dos professores, por curso acerca de beneficência (o que é fazer bem ao paciente?)

Quadro 6 - Análise das respostas dos usuários em relação à percepção que eles têm acerca do atendimento recebido nos cursos.

Quadro 7 – Respostas dos usuários, por curso, de acordo com o estereotipo do dentista que eles gostariam de ser atendidos.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ABOPREV – Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
APCD – Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
CAP – Central de Atendimento ao paciente
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior
CES – Câmara de educação Superior
CFE – Conselho Federal de Educação
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de saúde
CNSB – Conselho Nacional de Saúde Bucal
CROBA – Conselho Regional de Odontologia da Bahia
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
FACED – Faculdade de Educação
FMI – Fundo Monetário Internacional
FOUFBA – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
FOUFMG – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
FOUNESP - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de São Paulo
FOUSP – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NUPES – Núcleo de Pesquisa de São Paulo
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNH – Programa Nacional de Humanização
PSF – Programa de Saúde da Família
PUC – Pontifícia Universidade Católica
SEMESP – Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior do Estado de São Paulo
SESAB – Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia
SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública

SESu – Superintendência de Educação Superior
SUS – Sistema Único de Saúde
UEFS – Universidade estadual de Feira de Santana
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UTU – Unidade de Triagem e Urgência

SUMÁRIO

1 A GUIA DE INTRODUÇÃO	18
1.1 DA TRAJETÓRIA DA AUTORA E SEU OBJETO DE PESQUISA	19
1.2 UM PASSEIO PELA HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA NO BRASIL	24
1.2.1 Marcos Históricos	27
2 PROBLEMÁTICA	42
2.1 O MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO	44
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM ODONTOLOGIA	55
2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO PARA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DE NÍVEL SUPERIOR EM ODONTOLOGIA	68
2.4 A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO ACERCA DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA BUCAL	78
3 DEFINIÇÕES DO OBJETO DE PESQUISA	84
3.1 O PROBLEMA	84
3.2 OBJETIVO GERAL	84
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	84
3.4 PRESSUPOSIÇÕES DA AUTORA	85
3.5 RELEVÂNCIA DO TRABALHO	85
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	86
4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA	87
4.1.1 Formação Profissional.....	87
4.1.2 Formação profissional em Odontologia em uma perspectiva ético-humanista.....	92
4.1.2.1 Modelo de análise: visão da formação ético-humanística do dentista.....	96
4.2 A TÉCNICA: NEM CULTUADA, NEM DIABOLIZADA, APENAS NECESSÁRIA	101
4.3 O DESVELAMENTO DA ÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE	108
4.4 REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	115
4.4.1 O sentido da humanização no campo do trabalho	119
4.4.2 Políticas públicas de humanização em saúde bucal.....	124
4.4.3 Relação paciente-profissional: um mundo carregado de subjetividades	127
5 METODOLOGIA.....	136

5.1 TEORIA DO MÉTODO.....	136
5.2 ASPECTOS OPERACIONAIS DO MÉTODO.....	143
5.2.1 Caracterização dos cursos.....	143
5.5.2 Coleta dos dados	145
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	158
6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	158
6.2 A VOZ DOS ALUNOS	165
6.2.1 Identificação.....	165
6.2.2 Percepção sobre a formação profissional no curso de graduação.....	170
6.2.3 Campo de trabalho e perspectiva profissional.....	179
6.2.4 Percepção ético-humanística da formação	190
6.3 A VOZ DOS PROFESSORES	209
6.3.1 Identificação dos professores e referenciais docentes	210
6.3.2 Percepção dos professores acerca da formação profissional.....	219
6.4 A VOZ DOS USUÁRIOS	235
6.5 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	252
6.5.1 Contexto de realização da observação: o ambulatório e sua dinâmica	252
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	270
8 RECOMENDAÇÕES.....	277
REFERÊNCIAS	279
APÊNDICES	
ANEXO	

1 A GUISA DE INTRODUÇÃO

Quanto mais sabemos sobre a realidade, mais claro será o horizonte de nossa ignorância (Schaff, 1995, p. 149).

Conforme nos lembra Minayo (1999):

As sociedades humanas [...] vivem o presente, marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. (p. 13).

A propósito do que diz a autora, elegi uma parte da minha vida profissional e recortes históricos da Odontologia como aspectos prioritários para a introdução desse trabalho. Parto da idéia de que, ao explicitar a origem das minhas inquietações para chegar à elaboração do problema de pesquisa, desejo, de fato, convidar os leitores, não só ao entendimento dos resultados formais implícitos em um trabalho científico, mas também, à compreensão de que estes expressam, simultaneamente, a minha subjetividade e que esta carrega, em si, o enredo das experiências vividas.

Posteriormente, ao abordar alguns aspectos da história da Odontologia, pretendi de imediato, deixar claro que emerge daí uma tentativa de compreender os reflexos dessa história na realidade atual da profissão e na minha própria implicação com este tema de pesquisa. Assim, concordo com Demo quando ele afirma:

Não existe história neutra como não existe ator social neutro. É possível controlar a ideologia, mas não suprimi-la. (1995, p. 19).

Ao refletir sobre essas trajetórias – a minha e a da Odontologia – percebo que em muitos momentos, elas convergem uma para a outra e desse movimento emerge um olhar crítico, um modo especial de pensar a formação profissional em Odontologia. Emerge o desejo do conhecimento científico.

1.1 DA TRAJETÓRIA DA AUTORA E SEU OBJETO DE PESQUISA

Antes de me reportar ao objeto deste estudo, acho fundamental pontuar o processo pelo qual venho tecendo o interesse em estudar a formação do cirurgião dentista¹, sobretudo em uma perspectiva ético-humanista. Membro de uma família do interior e com nove irmãos, com história de capital econômico e cultural baixos, por volta dos dez anos comecei a me imaginar dentista. Daí em diante, travei árduas batalhas com a vida para concretizar algo que estava fortemente sedimentado em mim. Acho que por conta disso a minha graduação foi apaixonante! Era a realização de um sonho e a sensação de conquista que ditava o meu caminhar.

Diante disso, vivenciei todas as oportunidades que se desvelaram para mim. Nessa caminhada, um mestre muito especial, Odilon Mattos Rasquin (*in memoriam*), proporcionou-me inúmeras experiências que me fizeram descobrir que a Odontologia era apenas um caminho que me conduziria a uma realização maior: ser professora! Na docência e na vida fui me dando conta de que ser só professora era muito pouco, era preciso descobrir-me “educadora”! Aprendizado que venho construindo com erros, acertos, tropeços e muitos desafios, desde a minha aprovação no concurso público da UFBA, três meses após a graduação, em 1982.

Concluí o curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior em 1991 e o considero um divisor de águas em minha carreira docente, visto que, antes de iniciá-lo eu vivia uma fase de questionamento, inquietação e insatisfação com o modelo de ensino que eu reproduzia, baseada apenas em minha trajetória escolar. Uma proposta conteudista, centrada no professor e pouco flexível, em que os alunos deveriam apenas conhecer os referenciais teóricos repassados e reproduzir as técnicas julgadas necessárias à sua formação profissional. Em síntese, esse curso me fez conhecer e vivenciar alguns dos fundamentos do processo de ensino e aprendizagem, que passaram a nortear a minha prática docente. Entretanto, eu precisava de algo mais.

No período de 1992 a 1995, cursei o Mestrado em Odontologia. A riqueza deste curso foi evidenciada pelo contato com a pesquisa científica. A minha dissertação tratou de um estudo comparativo entre a ação da higiene bucal mecânica e do controle químico com uma solução contendo flúor e clorexidina sobre placa e gengivite em pacientes ortodônticos, no

¹ Cirurgião dentista é o título conferido ao profissional que é graduado em Odontologia. Entretanto, para simplificar a redação e talvez, mais precisamente, por não concordar com a limitação que o termo “cirurgião” confere às inúmeras possibilidades de se exercer a Odontologia hoje, usarei apenas a designação “dentista” que, *per si*, também é limitada (sugere uma atuação “dentocêntrica”). Não teria, no momento, uma sugestão consistente, talvez, odontólogo, (a exemplo de psicólogo, pedagogo) numa referência ao próprio nome do curso.

qual trabalhei com 66 adolescentes, acompanhando-os durante um período de seis meses. Em um dos grupos enfoquei a higiene bucal numa perspectiva motivacional, buscando despertar no grupo o “valor saúde” e uma mudança de atitude conseqüente em relação ao autocuidado. Foi quando o conhecimento baseado em referenciais científicos passou a ter um significado mais concreto para mim. Evoluí mais um pouco na docência após essa experiência, entretanto, no que se refere à parte pedagógica, o curso deixou uma grande lacuna. Como este aspecto sempre foi um tema que me mobilizou, decidi não mais fazer o doutorado na minha área de formação e voltar a pensar no que havia iniciado na Especialização. Essa decisão foi consequência da clara percepção que eu tinha, de que não conseguiria mais cumprir as formalidades que um curso de doutorado impõe, sem paixão!² (in)felizmente, a Odontologia isolada, com os seus referenciais “bucocêntricos”, já não conseguia mais despertar em mim esse sentimento.

Antes de decidir transitar pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, como aluna especial, vivenciei duas experiências que contribuíram para a minha decisão: a primeira delas foi a participação como instrutora de duas turmas do Curso de Formação para Atendente de Consultório Dentário (ACD); a segunda, foi a coordenação do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (08/1998–12/1999), oferecido pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o Ministério da Saúde (MS). Ambos os cursos foram fruto de um programa amplo da gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhorar a assistência odontológica prestada à população.

O curso para ACD, em nível médio, tinha uma proposta pedagógica progressista, com uma concepção de integração ensino-serviço; com o objetivo de formar, em serviço, funcionários do Estado que já exerciam a atividade, mas não tinham a qualificação formal e técnica para tal. Todos os temas eram trabalhados a partir dos referenciais (problemas) que os alunos traziam do próprio serviço. A partir daí o conhecimento era sistematizado e revertido novamente para o serviço. O Curso de Especialização teve como objetivo preparar cirurgiões dentistas (lotados na rede pública) e professores de Odontologia para formar o pessoal de nível médio, dentro da concepção pedagógica proposta. Ao coordenar esse curso e ter sido instrutor-

² Paixão no sentido de força vital que nos impulsiona para a melhor expressão do nosso existir. Ainda que o conceito de paixão, de acordo com a sua etimologia, venha de pathos, que em grego tem a mesma raiz de sofrer, suportar, deixar-se levar por. Aranha e Martins (p. 139), tomando como referencia o pensamento de Espinosa que admite existir as boas e as más paixões, consideram que “as boas paixões permitem o desenvolvimento humano, facilitam o encontro das pessoas e proporcionam a alegria”. É a essa paixão que me refiro. (ARANHA, Maria Lúcia; MARTINS, Maria Helena. Temas de Filosofia. Livro do professor. 2.ed. Editora Moderna)

ra em dois módulos, junto com os professores consultores do MS, me envolvi tanto com a experiência, que acabei participando também como aluna nos demais módulos.

Em ambas as situações foi um desafio gratificante por em prática as propostas pedagógicas. Eu tinha que reavaliar a cada momento todas as minhas atitudes, ainda marcadas pelo modelo de ensino com o qual estava familiarizada. Precisei exercitar a escuta e o diálogo em sala de aula e confesso que não foi fácil (não é, ainda hoje) trabalhar esse novo (para mim) *modus* de ensinar e aprender. Talvez estas tenham sido as experiências didáticas mais ricas que já experimentei em minha trajetória docente. Ao desenvolver uma prática pedagógica que estimulava a sensibilidade, o autocrescimento, a postura crítica e a co-responsabilidade, eu pude perceber um grande vínculo afetivo estabelecido nos grupos, além do crescimento individual e coletivo das pessoas envolvidas, tanto em sua dimensão pessoal como profissional. Com essas experiências, as minhas inquietações em relação à formação profissional e ao perfil dos profissionais que formamos foram se acentuando, de modo que elas influenciaram decisivamente a minha escolha por cursar o Doutorado em Educação e em desenvolver um projeto de pesquisa que contemplasse a formação profissional do dentista.

Durante esse percurso, a minha produção científica foi centrada em questões mais específicas da minha área de atuação docente: Cariologia³/Saúde Bucal Coletiva. Entretanto, quando outras problemáticas inerentes à profissão começaram a inundar o meu cotidiano, não só acadêmico, mas também de vida profissional, pelas relações estabelecidas com vários ex-alunos insatisfeitos com o exercício profissional, publiquei o texto de opinião “Formação Profissional e Mercado de Trabalho”⁴. Atribuo a essa reflexão um significado importante, não por sua relevância científica, mas pelo fato de que, pela primeira vez, evidenciei de forma escrita e pública as minhas inquietações em relação ao perfil e ao destino dos profissionais que formamos, sem ainda me dar conta de que aí começava a se desvelar o meu objeto de estudo. Nele expressei as minhas preocupações referentes ao desejo de formar profissionais com referenciais mais humanísticos e ao dualismo entre a formação e o exercício profissional no atual contexto sócio-econômico do Brasil.

Abordei, também, a necessidade que temos de despertar em nossos alunos o amor pela profissão, a capacidade de estabelecer uma relação paciente/profissional com bases mais humanas e éticas e o prazer de serem profissionais de saúde e não meros técnicos, reparadores de seqüelas das doenças bucais. Contraditoriamente, muitos desses jovens recém formados

³ Estudo da etiologia e formas de prevenção, tratamento e controle da cárie, compreendida como uma doença infecciosa e de origem multifatorial.

⁴ Jornal da ABOPREV. Rio de Janeiro. Ano X, abr/maio/jun. 2000.

estão sendo explorados por empresas prestadoras de serviços odontológicos, na maioria das vezes negligenciando, não apenas a relação paciente-profissional, mas também os referenciais técnicos em prol da produtividade.

Destaquei, ainda, o papel de professores que, alheios a essa realidade, continuam preparando-os para – e alimentando neles – o sonho da atuação, essencialmente em nível privado e individualizado voltada, sobretudo, para uma classe econômica e social privilegiada, capaz de absorver toda a tecnologia de ponta disponível. Isso gera um conflito entre o que é aprendido/valorizado no processo de formação e o que é vivenciado no mercado de trabalho que os absorve. Não quero com essa afirmação, respaldar uma formação técnica precária, mas deixar clara a necessidade de enfatizarmos e valorizarmos também as dimensões humana, ética e social, que acredito ainda marginalizadas em nossos cursos.

Ao assumir, pelo período de dois anos (de maio de 2001 a maio de 2003), a presidência da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV), vivi mais uma experiência extremamente rica que me proporcionou um pouco mais de amadurecimento, tanto para o processo de seleção do doutorado, como para a definição do meu projeto de tese. Pela responsabilidade administrativa, política e científica que assumi, somado a todo um processo de mudanças que eu já vinha estabelecendo com a docência, passei a pensar e a agir não apenas com o olhar focado no mundo das disciplinas com as quais estava envolvida como docente, mas, associado a isso, fui (e continuo) buscando a compreensão mais ampla da profissão e um posicionamento mais crítico e político nos meus espaços de atuação. Enfim, tentando entender o jogo tensivo entre o saber específico e o geral, o saber técnico e as relações humanas e sociais, o individual e o coletivo, o público e o privado, o simples e o complexo.

Nesse período, cursando algumas disciplinas no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED–UFBA) eu tive a possibilidade de expressar e abrir espaços para que outros colegas expressassem, no âmbito da ABOPREV, em nossos jornais, *site* e encontros científicos, algumas das construções que vinha fazendo. Inquietações foram surgindo, sobretudo, com as questões relativas ao cuidado com o “ser” (tão bem conduzidas nas disciplinas de Ludopedagogia pelo professor Cipriano Luckesi, que, aliás, muito me influenciou).

A ressonância que tive por parte de alguns colegas e membros de diretorias anteriores da ABOPREV, sobretudo do professor Rui Oppermann, também me deram suporte para continuar instigando a mim e aos meus colegas sobre a necessidade de (re)significarmos o nosso perfil profissional, no sentido de desenvolver um olhar ampliado para o homem que adoece e que se cura dentro de um contexto biopsicossocial, econômico, cultural e político.

Percebo hoje, com um pouco mais de clareza, que a formação profissional não pode isolar-se em si mesma, em suas teorias, em seus jargões e suas técnicas, formando profissionais com perfis automatizados. Mas, sobretudo, prepará-los para enfrentar, não só os desafios que nos são postos pelo mundo do trabalho, mas também, para a necessidade de buscarem uma melhor qualidade de vida para si e para aqueles que demandam os nossos cuidados (individual ou coletivamente). Sobre essas inquietações, quero expressar em versos algumas reflexões:

“Eu” no mundo do trabalho

No mundo globalizado, capitalizado...
 Nesse mundo de mudanças
 De estruturas, desestruturas, reestruturas...
 Como fico “eu”, homem, gente, pai, mãe, filho, companheiro, irmão, amigo...
 Quando o medo do desemprego
 Do trabalho precarizado
 Impõe-me: flexibilização, mobilização, formação, produção, avaliação, EXAUSTÃO!

Nesse mundo do trabalho, competente, competitivo, conflitivo, produtivo...
 Meu saber fazer, meu saber ser, já não são mais meus!
 Vendo, troco, dou...

Nesse jogo do trabalho
 Cujas regras não se discutem, sutilmente, se impõem
 Como fica, para onde vai...
 Minha herança de lutas coletivas
 Meu sentido de socialização?

Que resposta tem-se ainda a formular
 Para o mundo dos desempregados
 Que se torna completamente inundado
 Por sentimentos de frustração, culpabilização...
 Por necessidades acumuladas e pela falta de realização?

Quais interesses eu atendo...
 Quando hoje me é cobrado que preciso, “saber ser” ?
 É para servir ao meu “patrão”, a todo o processo de produção?
 Eis aí o maior desafio da Educação
 Usufruir a demanda insistente do grande patrão...
 E estimular o aprender a “ser gente”
 Para gerar bem viver, bem estar, em cada cidadão.

Dentre os aspectos da formação e do mundo do trabalho que tenho acessado e que tento expressar nesses versos, quero ressaltar, principalmente, que a universidade não é um espaço onde apenas se deveria “ensinar” tecnociência, preparando mão-de-obra para o processo produtivo; mas é, além disso, um espaço de formação humana que também deveria privilegiar

a responsabilidade social, a criticidade, a criatividade e a qualidade de vida. Sobre isso, Morin (2003, p. 82-83) afirma que a Universidade tem uma dupla função: adaptar-se à modernidade científica e integrá-la; responder às necessidades fundamentais da formação, mas também, e, sobretudo, fornecer um ensino metaprofissional, metatécnico, evitando a disjunção hegemônica que existe entre cultura humanista e cultura científica.

Nessa perspectiva, busquei desvelar o meu objeto de estudo. Assim, situarei de uma forma mais ampla, o campo empírico da pesquisa; primeiro, resgatando alguns fragmentos da história da Odontologia, enfatizando alguns elementos que ajudem a compreender a sua evolução; segundo, analisando o contexto atual da profissão no Brasil, que nos tem acenado para a necessidade de mudanças na formação e no exercício profissional; e, por fim, e como objeto central da minha pesquisa, buscando compreender a dimensão ético-humanística na formação profissional.

Tema esse, que considero relevante, uma vez que tem sido evidenciado nos últimos anos como referência nas políticas públicas de educação e saúde; indispensável, quando se considera que o processo saúde-doença não se restringe ao modelo biomédico hegemônico; e necessário, não apenas como mecanismo concorrencial, numa fase em que a profissão vive uma situação de crise, mas também e, principalmente, pela possibilidade de que, tanto profissional como paciente, estabeleçam relações pessoais mais ricas do que aquelas compreendidas apenas como simples compra e venda de serviços.

1.2 UM PASSEIO PELA HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

Ao buscar compreender o perfil profissional do dentista contemporâneo, tendo como foco a sua formação ético-humanística, não poderia me furtar a um resgate da história da Odontologia no Brasil, visto que, como afirma Chaves:

O tipo de pessoal que existe em um país num instante dado é a resultante de um processo evolutivo da odontologia. O pessoal que aí se encontra num momento histórico qualquer caracteriza uma etapa de evolução da profissão. Não está fixo, cristalizado e sim em transformação, sempre no sentido de um profissional mais aperfeiçoado, mais evoluído. (CHAVES, 1986, p. 150).

Muitas vezes, o desejo de mudança daquilo que compreendemos estar, se não obsoleto, mas carente de (re)significação, de uma melhora qualitativa em dimensões que apontam para os novos tempos, limita a nossa compreensão no sentido de que as ações transformadoras

se dão dentro de um processo histórico, quase sempre lento e gradual; uma vez que, geralmente, se inicia mediante processos marginais de minorias que questionam o velho, vislumbram a necessidade de mudança, acreditam na possibilidade de concretizá-la, lutam por elas e, desta maneira, contribuem para transformar o mundo. Assim:

A “visão” que afirma que “o mundo é plano” transforma-se numa nova “visão” que afirma que “o mundo é redondo”. A visão da realidade que proclama que “a escravidão é uma necessidade econômica” transforma-se na aquela que diz: “Não está certo ter escravos”. Poucas pessoas corajosas questionam essas velhas “visões” da realidade. (KARPINSKI, 1990, p. 70).

Quando isso acontece:

Mais cedo ou mais tarde, mais alguns adotam a crença de um “herege” pioneiro. Depois, outros mais. Finalmente, todos acabam vendo as coisas de uma nova maneira. E a obra dinâmica da criação continua. (KARPINSKI, 1990, p. 71).

Portanto, compreender o que é hoje instituído (hegemônico) na Odontologia; os avanços que se impõem como elementos-chave para a sua evolução; e a resistência às mudanças, comumente observada como fruto de valores que estão impregnados de história e cultura, perpassa, necessariamente, por uma compreensão histórica da profissão, ainda que esta seja fragmentada pela carência de registros.

Chaves (1986) classifica a evolução da Odontologia em cinco etapas distintas, caracterizando os tipos de práticas vigentes em cada uma delas. Entretanto, o próprio autor deixa claro que em cada fase, embora tenha um tipo de prática predominante (na dependência do progresso técnico-científico da profissão e do contexto econômico e social), ocorre a coexistência de diferentes tipos de prática numa mesma etapa em diferentes países, dentro do mesmo país e, até, dentro de uma mesma área metropolitana. Ainda que não pretenda usar essa classificação para nortear o resgate histórico (por pura incerteza de em qual etapa situar alguns marcos históricos), é interessante apresentá-la aqui no sentido de tentarmos visualizar de uma forma mais panorâmica a evolução da profissão.

Na primeira etapa, denominada **etapa de ocupação indiferenciada**, a prática odontológica era realizada por pessoa leiga, como ocupação esporádica ou secundária, sendo caracterizada por uma fase na qual a Odontologia era exercida como uma das muitas atividades de curandeiros e de outros indivíduos da comunidade. Estes desconheciam as causas da cárie, bem como os métodos de preveni-la e tratá-la e, desse modo, predominavam as extrações e os episódios de dor ou infecção eram tratados com remédios caseiros, ervas e ritos religiosos e

de magia.

Na segunda etapa, ou **etapa de diferenciação ocupacional**, a prática ainda era exercida por pessoa leiga, mas diferenciava-se da etapa anterior por tratar-se da ocupação principal daqueles que a ela se dedicavam. Nessa etapa, não havia restrições governamentais ao exercício da profissão, ela estava aberta a todos que se dispusessem a aprender o ofício. Este, por sua vez, era aprendido na prática, sem recursos formais de aprendizagem, já havendo uma grande diversificação dos instrumentos, técnicas, materiais e equipamentos, destacando-se o desenvolvimento da prótese.

Na **etapa inicial de profissionalização**, ou terceira etapa, a Odontologia já era considerada como profissão e exercida por profissionais com dois anos de treinamento formal, trabalhando sozinhos, na maior parte do tempo. Nessa fase, esboçou-se o ensino formal, mediante a organização de cursos para aqueles que desejassem ingressar na profissão, sendo criada uma legislação restritiva que só permitia a estes exercê-la, salvaguardando, entretanto, os direitos daqueles que já a exerciam (agora chamados de dentistas práticos). Os cursos eram organizados apenas com aulas teóricas, sendo o aprendizado prático mantido no sistema mestre e aprendiz. A evolução desses cursos culminou com a criação dos primeiros cursos de Odontologia de nível superior como anexos dos cursos de Medicina.

Na quarta etapa, ou **etapa intermediária de profissionalização**, o curso formal, em nível universitário, aumenta seu tempo de duração, realizando-se no período de 3 a 6 anos, de modo que a Odontologia consolida-se como profissão de nível superior, desenvolvendo-se cientificamente, mas destacando-se ainda o aspecto técnico da formação. A instrução secundária passa a ser pré-requisito para o ingresso nos cursos e as escolas de Odontologia firmam-se como unidades autônomas, independentes de outras faculdades da área médica. Destacam-se ainda, nessa etapa, o fortalecimento das associações profissionais e o surgimento das profissões auxiliares da Odontologia, de modo que os dentistas passam a trabalhar com auxiliares de consultório e protéticos.

A **etapa avançada de profissionalização**, quinta etapa, mantém as características da anterior, avançando com o crescente interesse dos profissionais por cursos de pós-graduação e elevação da oferta de cursos de especialização, sobretudo no âmbito das universidades, o que, segundo o autor, elevou o nível da Odontologia que se consolidou como profissão de saúde. Ainda como característica dessa fase, o autor enfatiza que o ensino de Odontologia tornou-se mais equilibrado, incorporando aos aspectos técnicos, os referenciais biológicos e sociais da profissão.

Após essa leitura panorâmica da evolução da Odontologia, passaremos a um registro mais detalhado de alguns marcos históricos que a caracterizaram. Muitos desses, facilmente situados nas etapas mencionadas acima.

1.2.1 Marcos Históricos

Ao fazer os recortes, aqui apresentados, da história da Odontologia tentei, dentre outras possibilidades, destacar aqueles que mais se aproximaram do meu tema de pesquisa. Outro aspecto considerado foi a influência que alguns desses referenciais exerceram sobre a minha própria formação e que, de alguma forma, ajudaram a nortear os caminhos para a construção desse trabalho.

Os habitantes do Brasil, antes da colonização, tinham dentes bem implantados, com pouquíssima experiência de cárie e desgastados pela mastigação de alimentos duros. As mutilações dentárias só passaram a ser praticadas aqui com a chegada dos negros escravos de modo que, a prática odontológica surge como atividade artesanal e aqueles que obtinham do cirurgião-mor a carta de ofício para tirar dentes (barbeiros, sangradores ou pessoas que tirassem dentes) “eram geralmente ignorantes, com baixo conceito, aprendendo esta atividade com um profissional mais experiente” (ROSENTHAL, 2001, p. 33-34).

Por se tratar de uma atividade considerada grosseira e brutal, as extrações (feitas sem anestesia, sem instrumentos aperfeiçoados e sem o mínimo de cuidados de higiene), não gozavam de prestígio entre os médicos e cirurgiões da antiguidade, que, sob várias alegações⁵, evitavam praticá-las (CUNHA, 1952, p. 26). No século XVI, com a vinda da primeira expedição colonizadora (1530), chefiada por Martim Afonso de Souza e com a instalação das Capitânicas Hereditárias (a partir de 1549) surgiram os primeiros núcleos de povoação no Brasil. Nesse período, vieram os mestres de ofício (qualificação das diversas categorias de artesãos), que recebiam licenciamento conforme as normas da primeira legislação brasileira, relacionadas às atividades de curar. Trata-se da Carta Régia de 25 de outubro de 1448, assinada por D. Afonso V, de Portugal (ROSENTHAL, 2001, p. 33).

Essa carta, segundo Salles Cunha (1931, p. 12), previa que nenhuma pessoa poderia usar da *physica* (relacionada ao uso de medicamentos) ou da cirurgia sem licença especial, que deveria ser concedida pelo cirurgião-mor, mestre Gil. A infração desta lei levaria as autu-

⁵ De perigos provenientes da intervenção que podia terminar com a morte do paciente e o fato de que as extrações tornariam o profissional com a mão pesada, inapto, assim, para intervenções delicadas. (CUNHA, 1952, p. 26).

ações, multas e prisões. O autor destaca que essa “carta de *officio*” não faz referência, especificamente, aos barbeiros, sangradores ou pessoas que tirassem dentes, ficando subentendido que estas profissões eram tributárias da cirurgia. Sendo assim, esses profissionais ou atuavam sem licença, ou ficavam sujeitos ao cirurgião-mor.

Ainda que sem sucesso nesse primeiro momento, surge, a partir daí, a primeira tentativa de controlar o exercício da arte dentária no Brasil. Esse exercício foi regularizado com a Carta Régia de Portugal, de 09/11/1629, sendo que, com a reforma do Regimento do Ofício de Cirurgião-mor, de 12/12/1631, ficava prevista a multa de dois mil réis às pessoas que tirassem dentes sem licença. Esta era concedida mediante a realização de uma prova prática, da apresentação de um documento que comprovasse que o candidato exercia a atividade há mais de dois anos e o pagamento de uma taxa. A banca examinadora era constituída por um cirurgião-mor (vindo de Portugal) e de dois barbeiros (ROSENTHAL, 2001, p. 34).

Em 17/06/1782, assinada pela Rainha de Portugal, D. Maria I, foi criada a Real Junta de Protomedicato (junta médica, com mandato de três anos, composta por sete membros: deputados, médicos e cirurgiões aprovados). Com essa iniciativa, foram extintos os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, de maneira que as licenças e as cartas passaram a ser expedidas pelo Protomedicato. Este parece ter sido o único fato relevante que marcou o exercício da Odontologia brasileira no século XVIII, que, entretanto, foi revertido, em 07/01/1809, de modo que a responsabilidade de licenciamento voltava a ser do cirurgião-mor, com a colaboração de seus delegados e subdelegados (ROSENTHAL, 2001).

No início do século XIX, a Odontologia começa a ganhar status de profissão quando o príncipe regente D. João estabelece, provisoriamente, em 23/05/1800, o “Plano de Exames da Real Junta do Protomedicato”, no qual passa a exigir do candidato à profissão de dentista⁶ um exame que constava de conhecimentos parciais de anatomia e métodos operatórios e terapêuticos. O comissário dessa junta, o cirurgião José Antonio de Lopes Ferreira, examinava os cirurgiões médicos e dentistas em um mesmo processo de exames (ROSENTHAL, 2001, p. 37).

Em 1808, a família real e suas autoridades vêm para o Brasil, fugindo da invasão francesa a Portugal. Permanecem, inicialmente, na Bahia e em seguida mudam-se para o Rio de Janeiro. Nesse período, foi providenciado, pelo cirurgião-mor, o licenciamento dos profissionais da Corte, sendo licenciados inicialmente no Rio de Janeiro oito barbeiros e sangradores,

⁶ Este vocábulo aparece pela primeira vez nos documentos oficiais. Ele foi criado pelo cirurgião e barbeiro francês Guy de Chaulliac e publicado pela primeira vez em 1363, em seu livro *Chirurgia Magna*. (ROSENTHAL, 2001, p. 37).

todos eles do sexo masculino, negros escravos ou forros (CUNHA, 1931, p. 34). Somente a partir da assinatura do decreto 1813, passa a ser exigido dos candidatos que estes soubessem ler e escrever corretamente, para conseguirem a carta da profissão de tirar dentes (CUNHA, 1931, p. 40).

Como fica explícito até aqui, a Odontologia carrega uma história de ofício marginalizado, desde o valor atribuído ao processo de trabalho, até a designação daqueles que estariam aptos a exercer tal ofício. Ao emergir posteriormente enquanto profissão de nível superior, esta teria pela frente o desafio de superar esses preconceitos para tornar-se respeitada. Penso que até hoje carregamos o ônus dessa cultura quando alunos e profissionais, imbuídos apenas de saberes técnicos e científicos, têm uma enorme dificuldade de reconhecer a importância e acessar conhecimentos culturais, artísticos, políticos, econômicos, sociológicos, ou quaisquer outros julgados desnecessários para o exercício profissional.

Em 1820 o francês Eugênio Frederico Guertin, diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, recebe a primeira carta de dentista no Brasil, passando a gozar de grande prestígio (ROSENTHAL, 2001, p. 38). Este era identificado, no Rio de Janeiro, como o dentista mais evoluído e mais preparado, de modo que “surgia no Brasil, pela primeira vez, um verdadeiro artista que poderia sem vexame usar o tão depreciado título de dentista” (CUNHA 1931, p. 46).

As atividades exercidas por Guertin e a disponibilização de produtos odontológicos aos clientes eram, realmente, avançadas para o Brasil daquela época, constando de: procedimentos de limpar dentes, tirar fora um dente, chumbar um dente, limar um dente, dentes artificiais confeccionados de cavalo marinho ou marfim, dente com esmalte, dente natural, dente incorruptível⁷, licor para gengivas, bálsamo para dor de dentes, pós para limpar dentes, escovas de todas as qualidades (CUNHA, 1931, p. 43). Além desses feitos, esse renomado profissional publicou em 1819, ao que tudo indica, a primeira obra de Odontologia feita no Brasil: “Avisos tendentes à conservação dos dentes e sua substituição” (ROSENTHAL, 2001, p. 38).

Seguindo a vinda de Guertin, outros dentistas franceses estabeleceram-se no Brasil. Dessa maneira, a Odontologia brasileira passa a ter uma forte influência dos conhecimentos da Odontologia francesa. Esta influência começa a mudar quando, a partir de 1840, começaram a chegar dentistas dos Estados Unidos. Estes, gradativamente suplantaram os colegas franceses, que se destacaram entre 1820 e 1850, passando a liderar a evolução técnico-científica da Odontologia no final do século XIX, conduzindo muitos brasileiros para lá se

⁷ Nominação referente aos dentes de porcelana (ROSENTHAL, 2001, p. 38).

aperfeiçoarem (ROSENTHAL, 2001, p. 39). Essa ascendência americana foi fruto dos progressos da profissão nos Estados Unidos, de modo que esse país transformou-se em um pólo formador de profissionais, passando a influenciar o ensino e a prática odontológica em toda a América Latina (Vieira, 1978, *apud* Perri de Carvalho e outros, 2001, p. 51).

Com o Decreto nº 598, de 14/09/1850, foi criada a Junta de Hygiene Pública. Além de medidas saneadoras, este decreto regularizava as situações dos dentistas formados em universidades ou escolas estrangeiras, cujos diplomas ainda não tinham sido legalizados pela Faculdade de Medicina do Império (ROSENTHAL, 2001, p. 39). De acordo com Cunha (1931, p. 64-65), o Decreto nº 828, de 28/09/1851, que mandava executar o “Regulamento da Junta”, trazia, em seu artigo 28, a seguinte redação:

Os Médicos, Cirurgiões, Boticários, Dentistas e Parteiras apresentarão os seus diplomas, na Corte e Província do Rio de Janeiro, à Junta de Hygiene, e nas Províncias, às Comissões e aos Provedores de Saúde Pública. Em hum livro destinado para a matrícula se inscreverá o nome do indivíduo, a que pertence o diploma; o que feito o Presidente da Junta Central ou da Comissão ou o Provedor de Saúde Pública lançará nas costas do diploma o – Visto – e assignarão. Os formados em Universidades ou Escolas estrangeiras, cujos diplomas não tenham sido legalizados pela Faculdade de Medicina do Império, ou não estiverem compreendidos nos dous antecedentes Artigos, não serão inscriptos nos livros da matrícula. (*sic*).

Abrindo os primeiros caminhos para o processo de evolução do ensino de Odontologia em nível superior e tendo como argumento a melhora do ensino e o combate ao charlatanismo, o diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, José Martins da Cruz Jobin, exerceu grande influência para que as Faculdades de Medicina ganhassem novos estatutos (ROSENTHAL, 2001, p. 42).

Assim, pelo decreto nº 1387, criaram-se os exames para dentistas e sangradores nas faculdades de Medicina. Estes, entretanto, só passaram a ser aplicados a partir de 14/05/1856, pelo Decreto de nº 1764. Desse modo, para obter o título de Dentista ou Dentista aprovado, os candidatos faziam exames na Faculdade de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Estes exames compreendiam uma parte teórica e a extração de um dente de cadáver. Os temas dos exames relacionavam-se a conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia e anomalias dos dentes, gengivas e arcadas alveolares; higiene e terapêutica dos dentes; descrição dos instrumentos que compunham o arsenal cirúrgico do dentista, além da teoria e prática da sua aplicação; e meios de confeccionar as peças da prótese e ortopedia dentária. Um dos grandes problemas, nessa época, era a dificuldade de designarem-se examinadores da universidade que tivessem conhecimentos das matérias (ROSENTHAL, 2001, p. 42-43).

Em 23/02/1880, assumiu a direção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro o médico cearense Vicente Cândido de Sabóia. Valorizando especialmente a Odontologia, este criou os laboratórios de Cirurgia Dentária e Prótese Dentária, além dos cargos de preparador, ajudante e conservador para atuar nessas áreas. Dava-se início aí, às medidas precursoras para a instituição do ensino de Odontologia em nível superior no Brasil (ROSENTHAL, 2001, p. 43-44).

O grande empenho de Sabóia junto à Corte influenciou decisivamente para aprovação do Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884, assinado pelo Imperador D. Pedro II, no qual foi instituído o ensino de Odontologia no Brasil. O artigo primeiro dispunha que os cursos de Medicina do Império, situados no Rio de Janeiro e na Bahia, passassem a ser compostos de um curso de ciências médicas e cirúrgicas e de três cursos anexos: o de Farmácia, o de Obstetrícia e Ginecologia e o de Odontologia. Na seção IV deste mesmo documento dedicada ao curso de Odontologia, constavam as matérias que deveriam compor o curso e a sequência na qual elas deveriam ser cursadas, pelo período de três anos (MENEZES, 2001, p. 14-15).

O artigo 9 dessa seção designava as seguintes matérias (ROSENTHAL, 2001, p. 44):

- 1ª Série: Física Elementar, Química Mineral, Anatomia Descritiva e Topografia de cabeça;
- 2ª Série: Histologia Dentária, Fisiologia Dentária, Patologia Dentária e Higiene da boca; e
- 3ª Série: Terapêutica Dentária, Cirurgia e Prótese Dentária.

Como reconhecimento à atuação de Sabóia, este decreto foi denominado “Reforma Sabóia” e, em 26/06/1976, mediante a resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO 96 - a data de 25 de outubro foi instituída como o dia do dentista brasileiro (ROSENTHAL, 2001, p. 44). Essa Reforma, para Menezes (2001), demarcou o início da evolução da Odontologia no Brasil, que passa ao status de profissão de nível superior, extinguindo as “cartas da profissão”. Entretanto, ainda vista como uma atividade eminentemente artesanal, a Odontologia, até a primeira metade do século XX, era inferiorizada em relação às demais atividades de saúde (CARVALHO, 2001a, p. 12).

Como vemos, o início da história do ensino de Odontologia no Brasil tem a Bahia como protagonista, visto que aqui e no Rio de Janeiro foram criados os dois primeiros cursos de Odontologia do Brasil. Entretanto, a literatura traz poucos relatos da Bahia como parte da história nacional. Assim, como um presente raro, que em vários momentos de sua leitura enchia-me de emoção, recebi do professor Odilon Mattos Rasquin, professor da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), um texto de sua autoria, não pu-

blicado ("A evolução do ensino da Odontologia na Bahia", 2004); no qual o autor, baseado no documento "Memória da história da Faculdade de Medicina da Bahia" e na transcrição de atas do Curso de Odontologia (de 1952 a 1959) da, então, Universidade da Bahia, evidencia fatos históricos relevantes e figuras importantes que ajudaram a tecer a história da Odontologia no Brasil. Alguns desses fatos e atores passarei, então, a registrar.

No Rio de Janeiro, o curso de Odontologia começou a funcionar imediatamente após a aprovação do Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884 (ROSENTHAL, 2001, p. 44). Já na Bahia (RASQUIN, 2004), por dificuldades de espaço físico e montagens do laboratório (com aparelhos e instrumentais já adquiridos da Europa), somente em 1891, sete anos após, foi concluída a instalação dos laboratórios de cirurgia e próteses dentárias; seguida da contratação do Dr. Antonio Baptista dos Anjos para o cargo de preparador de prótese dentária e de Dr. Manuel Bonifácio Costa para reger a cadeira de clínica odontológica. Neste primeiro ano, não houve um único aluno matriculado no Curso de Odontologia e, desse modo, a clínica foi cursada por alunos de Medicina.

Os cursos de Odontologia, ao serem criados oficialmente, passaram por percalços típicos da deficiência de recursos humanos preparados para o ensino (CARVALHO, 2001a, p. 49). Assim, não foi sem razão a escolha do Dr. Bonifácio para reger a cadeira de clínica; este, diplomado em Medicina em 1879, especializou-se em Odontologia, instituiu a clínica odontológica na Faculdade de Medicina da Bahia, mantendo ali, às suas expensas, um consultório dentário onde pudesse dar um curso da referida matéria. Excessivamente além da sua época, compreendeu a necessidade do tratamento dos dentes das crianças como a base para o aprimoramento de uma raça sadia e feliz, sendo assim o pioneiro na assistência dentária infantil na Bahia (RASQUIN, 2004).

Demonstrando, ainda, o seu grande interesse pela Odontologia, o Dr. Bonifácio fundou, em setembro de 1883, um ano antes de ser instituído o ensino de Odontologia no Brasil, a revista "União Dentária", especializada em cirurgia, prótese dentária e moléstias da boca. O ilustre professor foi também o fundador da Sociedade Odontológica da Bahia, em 23 de setembro de 1908 (RASQUIN, 2004).

O Curso de Odontologia na Bahia foi criado anexo à Faculdade de Medicina, funcionando como tal pelo período de 60 anos. A maioria das aulas era ministrada por médicos e acontecia em conjunto com os alunos de Medicina. Nessas aulas eram estudados conteúdos de Microbiologia, Fisiologia, Histologia, Patologia, Clínica e Medicina Legal. Apenas os conteúdos de Prótese e Técnica Dentária eram específicos do Curso de Odontologia e ministrados por dentistas (RASQUIN, 2004).

Em 1898 foi fundada, em Porto Alegre, a terceira Escola de Odontologia do país e, em 1902, deu-se início ao quarto curso na Escola de Pharmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo (ROSENTHAL, 2001, p. 46). A partir daí, começou uma franca expansão dos cursos, seguido de Minas Gerais (Juiz de Fora, 1904, e Belo Horizonte, 1907), Rio Grande do Sul (Pelotas, 1911), Paraná (Curitiba, 1912), Rio de Janeiro (Niterói, 1912), Pernambuco (Recife, 1913), Minas Gerais (Alfenas, 1914), Pará (Bélem, 1914), e Ceará (Fortaleza, 1916).

Com a Reforma Rivadávia Correia, de 1911, abria-se a perspectiva para que escolas se transformassem gradativamente em entidades privadas, subvencionadas pelo Estado. Esta lei influenciou a expansão do ensino de Odontologia, muitas vezes sem critérios de qualidade. (CARVALHO, 2001a, p. 49).

Em agosto de 1946, o Grêmio Pró-Mudança, dirigido pelo acadêmico Jayme Bandeira dos Santos, enviou ao Conselho Universitário um memorial assinado pelos professores Elias Passo, Mario Peixoto, Arnaldo Silveira e João Brasil e por todos os alunos, solicitando a autonomia do Curso de Odontologia, na recém instituída Universidade da Bahia, por Decreto Lei de julho de 1946. O memorial não encontrou receptividade necessária no Conselho Universitário. Entretanto, o professor Cirne Lima, do Rio Grande do Sul, por seu prestígio, conseguiu que o deputado federal Eloy José da Rocha apresentasse à Câmara Federal, em 24 de março de 1947, o projeto de lei que transformava as Escolas de Odontologia do Rio Grande do Sul e Bahia em faculdades autônomas (RASQUIN, 2004).

O acadêmico Jayme Bandeira buscou respaldo na Câmara para o projeto do deputado Eloy Rocha por meio de telegramas enviados a vários deputados. Uma vez aprovado, o Presidente da República General Eurico Gaspar Dutra, assinou, em dezembro de 1949, o decreto de autonomia dos referidos cursos. Entretanto, o Curso de Odontologia da Bahia, mesmo já na condição de faculdade, por dificuldades de instalações, continuou funcionando anexo à Faculdade de Medicina e Farmácia no Terreiro de Jesus (RASQUIN, 2004).

No dia 11 de julho de 1952, realizou-se a sessão de instalação da Congregação da Faculdade de Odontologia na qual o então Magnífico Reitor Prof. Edgard Rego dos Santos designou o Prof. Torres Homem para dirigir a Faculdade de Odontologia, com manifestações de total aprovação do corpo docente. Nessa mesma reunião, o Reitor propõe a designação de uma comissão para tratar do Regimento Interno da Faculdade de Odontologia e conclui declarando que a vitória e consolidação da autonomia da Escola de Odontologia seria um fato (RASQUIN, 2004).

Em setembro de 1952 é solicitada e aprovada a abertura do primeiro Curso de Especialização para cirurgiões dentistas na Bahia, sendo os professores José Lima, Carlos Fera e Jutorib Lima os autores dessa solicitação à Congregação (RASQUIN, 2004). E em fevereiro de 1954, o diretor comunica à Congregação a assinatura do contrato para a construção da nova sede da Faculdade de Odontologia da Universidade da Bahia (RASQUIN, 2004).

Em setembro de 1954, a congregação decidiu aumentar a duração do Curso de Odontologia de três para quatro anos e em dezembro desse mesmo ano foi decidido, por maioria dos votos, fixar em 25 o número de vagas para o exame de habilitação para o ingresso ao curso no ano de 1955, às quais concorreram 92 candidatos e 17 foram aprovados. Entretanto, com a perspectiva da conclusão da nova sede do curso, em 30 dezembro de 1955, a Congregação aprovou a proposta de ampliação para 100 vagas em 1956 (RASQUIN, 2004).

A conclusão da nova sede enfrentou vários problemas de especificações da obra que demorou a ser cumprida, tendo sido inaugurada no dia 29 de setembro de 1958, num clima de grande júbilo para todos os presentes e principalmente para aqueles que muito lutaram por esse feito, com destaque especial ao Magnífico Reitor Dr. Edgard Santos e ao Diretor da Faculdade de Odontologia, Dr. Torres Homem. Os termos empregados nos emocionados discursos para qualificar a nova sede eram “obra gigantesca, sede majestosa, esplêndido edifício, instalações luxuosas, imponência” (RASQUIN, 2004).

No dia 16 de março de 1957, procedeu-se à eleição para Diretor da Faculdade, tendo sido eleito para o primeiro lugar, com expressiva maioria dos votos, o então diretor nomeado, Prof. Torres Homem, o qual foi escolhido pelo governo para continuar no cargo (RASQUIN, 2004). Nesse mesmo ano, foi apresentado o anteprojeto da Reforma do Ensino Odontológico no qual a comissão constituída pelo Presidente da República, Juscelino Kubitschek, defendia a extensão do curso para cinco anos e o aumento do número de vagas (CARVALHO, 2001a, p. 53).

Em 22 de dezembro de 1958, é proposta a Reforma do Regimento Interno da Faculdade de Odontologia da Universidade da Bahia. Com base nas discussões que aconteciam em nível nacional para a reforma do ensino odontológico, o professor José Lima, tendo participado do Primeiro Seminário de Reforma do Ensino de Odontologia, propõe que o curso passe a ter duração de cinco anos, **no sentido de melhorar a formação técnica dos alunos**. Nesse caso, o 5º ano deveria ser dedicado a uma espécie de Policlínica. Após várias ponderações e discussões, a proposta foi aprovada por unanimidade (RASQUIN, 2004). Apesar dessa aprovação, a maioria dos alunos continuou graduando-se em quatro anos e essa mudança só veio a acontecer mais de duas décadas depois. Como explicitado na justificativa acima grifada

(grifo meu), melhorar a formação técnica dos alunos sempre foi a grande preocupação que permeou o ensino da Odontologia no País.

Em agosto de 1956, em Poços de Caldas (MG), foi fundada a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), quando, então, teve início uma importante fase do ensino de Odontologia, caracterizada, principalmente, por duas iniciativas: primeiro, a criação de um programa de visitas às faculdades de Odontologia do país para um levantamento das condições gerais dos cursos; segundo, pelos convênios com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Associação de Cooperação Internacional e a Fundação Kellogg, que gerou várias ações de intercâmbio entre o Brasil e os Estados Unidos, além da criação de uma seção de Documentação Odontológica na FOU SP. Esta iniciativa deu origem à primeira publicação de periódicos denominada, “Sumários de Odontologia” (CARVALHO, 2001a, p. 51).

Para Carvalho (2001a, p. 52), o progresso do ensino de Odontologia no país entre as décadas de 1950 e 1960 foi marcado: (1) pela ênfase ao incremento da pesquisa nas próprias escolas de Odontologia; (2) pelo incentivo à instituição do tempo integral do docente para impulsionar o ensino e a pesquisa; (3) pelo ensino das disciplinas básicas, antes ministradas por médicos e farmacêuticos, que, gradativamente, vai sendo assumida por docentes egressos dos cursos de Odontologia, sendo também introduzidos profissionais da área biológica, no final da década de 1960; e (4) pelo início da implementação dos cursos de pós-graduação, passando a surgir exigências de titulação para a carreira universitária. Desse modo, segundo o autor, dá-se início à tentativa de superação de uma fase típica das primeiras décadas de funcionamento dos cursos de Odontologia, na qual o professor era o profissional bem conceituado da cidade, muito embora não tivesse preparo e nem vocação para ensinar.

Em 1961, foi promulgada, pelo presidente João Goulart, a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional 4.024/61. Esta nova legislação liberou o processo de instalação de faculdades e previu um amparo legal e financeiro à iniciativa privada (CARVALHO, 2001b, p. 17). Levando também a uma grande expansão dos cursos de Odontologia na rede privada de modo que, até 1999, o número de faculdades de Odontologia no país era de 118, sendo 27 federais, 16 estaduais, 04 municipais (47 públicas) e 71 particulares (ROSENTHAL e ALBUQUERQUE, 2001, p. 92). Em dezembro de 2004, de acordo com a ABENO⁸, havia um total de 182 faculdades, com a grande maioria situada nos grandes centros urbanos. Destas, 111 estão nas regiões Sul e Sudeste e 71 nas demais regiões.

⁸ Lista enviada por e-mail, pela ABENO, em 06/12/2004.

Com a Lei nº 4.024/61, o Conselho Federal de Educação (CFE) passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores. Em 1962, mediante o parecer 299, o CFE traçou o novo perfil do cirurgião-dentista. Esse deveria ser um dentista geral, policlínico e destinado à coletividade. Nesse mesmo parecer (aprovado em 16/11/1962) ficou também estabelecido o novo currículo dos cursos de Odontologia, o qual estaria dividido em dois ciclos: (1) o básico de dois anos, compreendendo as disciplinas de Anatomia, Histologia-Embriologia, Microbiologia, Patologia Terapêutica, Materiais Dentários e Dentística Operatória; e (2) o profissionalizante, também de dois anos, no qual deveriam ser cursadas as seguintes disciplinas: Clínica Odontológica, Cirurgia Odontológica, Prótese Dentária, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Ortodontia, Odontopediatria, Higiene-Odontologia Preventiva e Odontologia Legal (FERNANDES NETO, 2002, p. 2).

Com a emergência da Medicina Comunitária (discutida adiante), que passa a influenciar os modelos assistenciais e a formação profissional em saúde, novas propostas de assistência e de inovações curriculares vão surgindo no campo odontológico. A partir da década de 1970, surgiram vários projetos de inovação curricular⁹, muitos deles com estímulo e apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, os quais adotavam como referencial básico o conceito de integração, dando ênfase à Odontologia Preventiva; à atuação comunitária, voltada para uma filosofia docente/assistencial; à despersonalização das disciplinas, com a formação de blocos de ensino subdivididos em atividades pré-clínicas e atividades clínicas; ao diagnóstico bucal; ao emprego de pessoal auxiliar; à introdução da metodologia científica; à pesquisa social; à utilização otimizada de recursos humanos e materiais; e ao uso de equipamentos simplificados (CARVALHO, 2001a, p. 55).

De acordo com Narvai (1994, p. 40), a proposta de Odontologia Preventiva teve grande impacto em todo o mundo e ainda que tenha chegado ao Brasil nos anos 1960, por alguns setores das universidades, não despertava interesse na profissão. Era tida como uma proposta excêntrica, não lucrativa e, mais radicalmente, como coisa de comunista que queria acabar com a Odontologia.

Com o reconhecimento de resultados de pesquisas mundiais na área de diagnóstico, epidemiologia e prevenção da cárie e doença periodontal – doenças bucais que mais afetam a população – o Brasil começou a viver no final da década de 1970 e na década de 1980, um movimento intenso, no sentido de buscar uma mudança do modelo de prática, predominantemente curativo, pautado no tratamento das seqüelas das doenças; para um modelo centrado no

⁹ Com ênfase às faculdades de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Piracicaba, Campinas e Bauri (CARVALHO, 2001a, p. 55).

diagnóstico dos seus fatores causais e na prevenção e controle de suas ocorrências.

Nesse sentido, Narvai (1994, p. 40) afirma que a resistência em relação à Odontologia Preventiva só foi superada nos anos 1980, face ao reconhecimento dos avanços da Cariologia nos países escandinavos e ao êxito no controle da cárie nos países de primeiro mundo, excetuando o Japão. Nesse período, muitos professores retornavam de cursos de pós-graduação, sobretudo de países nórdicos da Europa (Suécia, Finlândia, Noruega) nos quais a mudança de paradigma já era fato e os dados epidemiológicos já acenavam para elevados índices de redução de cárie. Dentre esses professores destacaram-se inicialmente: Hamilton Bellini (SP), Rui Oppermann (RS), Sérgio Weyne (RJ), Marisa Maltz (RS) e Yvonne Buischi (SP), os quais fomentavam discussões timidamente já iniciadas no Brasil. Com a intenção de compartilhar esses conhecimentos e buscar mudanças efetivas na Odontologia brasileira, Hamilton Bellini, em parceria com outros professores, fundou, em 15 de maio de 1981, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva, atualmente Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV).

A ABOPREV, para Narvai (1994, p. 41), “viria a jogar papel decisivo na consolidação das propostas introduzidas no início dos anos sessenta”. Testemunhei esse movimento de luta contra as resistências à Odontologia Preventiva em discussões que emergiram no âmbito dessa associação e que, posteriormente, foram se capilarizando na Associação Brasileira de Odontologia (ABO), nas faculdades de Odontologia e em eventos das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Nas décadas de 1980 e 1990, a ABOPREV exerceu grande influência na Odontologia brasileira, lançando um olhar crítico ao modelo tradicional de atenção, disseminando conhecimentos atualizados acerca da Odontologia Preventiva, divulgando pesquisas e, com isso, arregimentando inúmeros adeptos no âmbito da academia, das associações de classe, dos serviços públicos e, mesmo, dos serviços privados.

Foi um movimento histórico do qual, alguns dos professores da FOUFBA, inclusive eu, nos engajamos de diferentes formas: participando de eventos, promovendo cursos regionais, divulgando material didático e, mais tarde, como membros de diretoria. Foi um processo tão intenso que a sensação que eu tinha, compartilhada por muitos colegas em nossos eventos, era de que estávamos redescobrimo a Odontologia! A despeito desse sentimento, era evidente que “a introdução da Odontologia Preventiva exigia o esclarecimento de que não se tratava de uma outra Odontologia e nem que havia oposição entre preventivo-curativo” (NARVAI, 1994, p. 42).

Passada a empolgação inicial e tendo como referência pesquisas na área de epidemiologia, que não referendavam as expectativas de redução das doenças bucais em grupos populacionais acompanhados pelo modelo preventivo, passou-se a repensar as razões do “fracasso”, estimulando novas pesquisas e fazendo uma reflexão crítica sobre o mesmo.

A questão apontada como central pelos críticos das proposições de organização da prática, apresentadas pela odontologia preventiva é que as ações são propostas a partir de uma compreensão do processo saúde-doença fundada na concepção da história natural da doença (NARVAI, 1994, p. 42).

O que vale dizer que os métodos preventivos eram pautados nos determinantes biológicos das doenças. Assim, constatou-se que o novo modelo de prática foi absorvido incorporando-se um amontoado de técnicas preventivas, influenciado pelo preventivismo escandinavo. Eram modernos os dentistas e os serviços que aplicavam flúor, usavam selante, ensinavam os pacientes a escovar os dentes e a usar fio dental e informava-os sobre os riscos do consumo de doces.

Não que esse conjunto de procedimentos esteja errado, mas ele se esgotava em si mesmo! Os indivíduos e os grupos sociais usufruíam um “protocolo preventivo” que era igual para todos, não sendo reconhecidos os fatores biopsicossociais que pudessem protegê-los das doenças bucais ou aqueles que funcionassem como fatores de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento das mesmas. Dessa forma, se reproduziam valores historicamente incorporados pela Odontologia, reconhecida, desde os seus primórdios, como uma profissão artesanal na qual a técnica sempre reinou absoluta como referencial do trabalho odontológico.

Sem descartar as contribuições da Odontologia Preventiva, pois os procedimentos citados continuam sendo referência na atenção odontológica, passou-se a lançar mão dos seus recursos, tendo como base a atividade das doenças, bem como o risco de contrair essas doenças, às quais os indivíduos ou grupos sociais estão submetidos.

Em síntese: as ações deixaram de ser homogeneizantes, de maneira que, quanto maior o risco ou a atividade da doença, maior é a intensidade e frequência de uso dos recursos preventivos. Com base nessa compreensão, que considera como referência de diagnóstico, prevenção e tratamento, não apenas os determinantes biológicos, mas também os sociais e comportamentais, se evidenciava o reconhecimento de que a Odontologia necessitaria transitar por outras áreas de saberes, destacadamente as ciências humanas e sociais.

Influenciando fortemente as discussões no campo odontológico, a Saúde Coletiva vivia um movimento de intensas discussões, tanto em nível nacional como internacional, no sentido de buscar uma maior compreensão e atuação mais ampla sobre o processo saúde-

doença. No bojo dessas discussões, destaque especial para a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que foi realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Com base em exaustivas discussões, pautadas em documentos que já acenavam para um novo modelo, foi divulgada uma carta de intenções (Carta de Ottawa, 1986), a qual muito tem contribuído para um olhar mais integral da atenção em saúde. De acordo com esse documento:

Promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo [...] Assim, a promoção de 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. Nesse sentido, são considerados pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Carta de Ottawa, 1986, p. 11).

Esse conceito de promoção de saúde trás uma proposta de desalojamento do setor saúde de que, hegemonicamente, compreende os cuidados com a saúde como ações isoladas e inerentes apenas a ele. Com essa nova compreensão, as ações de promoção de saúde passam a ser pensadas com base na interssetorialidade¹⁰ e objetivam, mediante ações coordenadas de vários setores, reduzir as diferenças no estado de saúde da população (Carta de Ottawa, 1986, p. 12).

A partir das discussões que antecederam o conceito de promoção de saúde já emergiram muitas propostas nas políticas públicas de saúde e de educação em saúde. Assim, a Resolução nº 4, de 03/09/82, do CFE, sugere a formação de um profissional generalista, estabelece o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia e determina a carga horária mínima de 3.600 horas, a serem cumpridas no período mínimo de oito semestres. Com base no artigo 1º dessa resolução (FERNANDES NETO, 2002, p. 2), o currículo mínimo do curso de graduação em Odontologia passa a dar mais destaque às Ciências Sociais e à Odontologia Social, compreendendo as seguintes matérias e seus respectivos conhecimentos:

1) Matérias Básicas:

- a - Ciências Morfológicas (genética, evolução, histologia, embriologia e anatomia);
- b - Ciências Fisiológicas (bioquímica, fisiologia e farmacologia);
- c - Ciências Patológicas (patologia geral, microbiologia, parasitologia e imunologia); e
- d - Ciências Sociais (sociologia, antropologia e psicologia).

¹⁰ “Ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia” (Carta de Ottawa, 1986, p. 12).

2) Matérias Profissionalizantes:

- a - Propedêutica Clínica (patologia bucal, semiologia, e radiologia);
- b - Clínica Odontológica (materiais dentários, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia, traumatologia e prótese);
- c - Clínica Odontopediátrica (patologia e clínica da infância);
- d - Odontologia Social (aspectos sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional); e
- e – Clínica Integrada.

O artigo 11 prevê os conhecimentos de administração de serviços de saúde comunitária, trabalho em equipe de saúde, metodologia científica, pessoal auxiliar, assim como técnicas e equipamentos odontológicos simplificados. De acordo com o artigo 13, a prevenção deverá constituir-se em uma orientação que deve ser enfocada em todas as disciplinas ou atividades do curso.

Do final da década de 1970 até o início da década de 1990, o apelo de mudança na formação e no exercício profissional em Odontologia estava pautado, inicialmente, na mudança do modelo de prática eminentemente curativo (centrado no tratamento das doenças); para um modelo preventivo que, posteriormente, avançou para o modelo de promoção de saúde (centrado na prevenção e controle das doenças, mas tendo como referência maior a saúde como qualidade de vida, conforme referendado na Carta de Ottawa).

Entretanto, a Odontologia brasileira, na prática, ainda não deu este salto qualitativo. Uma das razões para isso é a resistência que a profissão e os sujeitos que conduzem a formação profissional têm para mudar os seus conceitos e inovar as suas práticas. Carvalho (2001, p. 19-20) afirma que a introdução de conhecimentos das áreas de psicologia, antropologia e sociologia (indispensáveis para a incorporação dessas mudanças), proposta no currículo mínimo, gerou questionamentos do corpo docente, sendo estas, muitas vezes, consideradas “perfumarias” ante as **necessidades de formação técnica do profissional** (grifo meu).

É curioso refletir sobre o peso histórico e cultural da Odontologia, pois, ainda hoje, quando conteúdos dessas áreas já fazem parte da maioria dos currículos dos cursos, estes são sutilmente marginalizados pela maioria dos alunos e professores. É, de fato, impossível alcançar uma prática odontológica promotora de saúde, sem associar aos conhecimentos técnicos e biológicos, os conhecimentos das áreas humanas e sociais.

Nesse sentido, o Parecer CNE/CES nº 1300/01, de 06/11/2001, ao se referir aos conteúdos curriculares essenciais para os cursos de Odontologia ratifica os conteúdos das áreas de Ciências Humanas e Sociais, de modo que os alunos possam compreender os componentes

sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença (CARVALHO, 2001, p. 92). De acordo com Fernandes (2002), o currículo mínimo do curso de graduação em Odontologia, introduzido em 1982, vigorou até serem instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, mediante a Resolução CNE/CES nº03/2002, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), a qual serve de base para reestruturações curriculares, estabelecendo que o egresso deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Com a leitura mais cuidadosa dessa resolução, no que se refere ao perfil dos egressos e de outras reflexões de ordem mais ampla que envolvem a profissão, noto um forte apelo à incorporação desses valores na formação e no exercício profissional, até então voltados para uma qualificação eminentemente técnica. Espero que o conhecimento científico acerca de uma visão mais integral do processo saúde-doença, bem como as novas demandas do mercado de trabalho e das políticas públicas de saúde e educação, reduzam as resistências, possibilitando, não só a incorporação de conteúdos das áreas humanas e sociais, mas sim, e principalmente, dos valores atribuídos a eles. A partir dessas mudanças, acredito que será possível, nas próximas décadas, nos reportarmos a um processo de transição de uma Odontologia predominantemente tecnicista para uma Odontologia também humanista, narrada como uma grande evolução na História da Odontologia.

2 PROBLEMÁTICA

Para enfrentar as inúmeras mudanças conjunturais do País e aquelas relacionadas mais especificamente com o campo de trabalho odontológico e os avanços científicos da profissão, as instituições formadoras de recursos humanos em Odontologia se defrontam, atualmente, com o grande desafio de repensar o modelo hegemônico de formar dentistas. Este privilegia o perfil de artesão habilidoso, voltado para uma prática em nível individual e privado, centrado nos avanços tecnológicos e na supervalorização das especialidades sendo, contraditoriamente, segundo Carvalho (2001b), alheios às dimensões ética, humana, social, epidemiológica, política, econômica e cultural. Dimensões estas, que, de uma forma complexa¹¹, se articulam com a formação e o exercício profissional do dentista.

Abarcar essas dimensões, tradicionalmente excluídas ou minimamente mobilizadas, requer um processo de discussão amplo e radical dos atores que vivenciam a formação profissional de modo que, uma vez ocorrendo a apropriação dos conhecimentos que apontam para a necessidade de mudanças, estes possam empreender os esforços necessários para se vencer as barreiras historicamente e culturalmente construídas sobre o papel profissional e social do dentista.

Nesse sentido, Zanetti (2004a) avalia que o dentista ainda carece de habilidade cognitiva para lidar com o conhecimento geral, visto que ele apreende apenas uma mínima parcela desse conhecimento, aquela referente ao conhecimento prático aplicado em tecnologia clínica. Comenta, ainda, que isso decorre das deficiências de formação e/ou das contingências da prática profissional cotidiana que geram uma enorme dificuldade de apreensão de conhecimentos teóricos, bem como uma limitação no uso de conceitos, teorias ou quaisquer esquemas explicativos mais elaborados.

Em geral, o comportamento dos alunos, desde os primeiros semestres dos cursos, é apresentar uma resistência a todo tipo de proposta pedagógica que vincule uma discussão mais conceitual, que mobilize neles a capacidade de abstrair, discutir, criticar e apreender conceitos que eles avaliam não serem úteis para a sua prática clínica. O questionamento que aparece

¹¹ Ao empregarmos aqui a palavra complexo, a sua compreensão dar-se-á segundo o seu sentido original que vem da palavra *complexus* e quer dizer: “o que é tecido junto”. Edgar Morin (2003, p. 14) afirma que existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes.

cotidianamente é: eu vou usar esse conhecimento para quê? Nesse pacote de conhecimentos utilitários, todos aqueles que não forem capazes de serem mobilizados, revertendo-se em procedimentos, são marginalizados e descartados.

Um agravante que dificulta ultrapassar essa barreira é o fato da Odontologia ser uma profissão tradicionalmente liberal e conservadora, com a maioria dos cursos formando dentro do modelo de currículo tradicional¹² (PINTO, 2000, p. 253). Este prioriza o reparo das sequelas das doenças bucais que, de um modo geral, envolve procedimentos técnicos de alto custo, e, desse modo, acessíveis a uma pequena parcela da população. Esta, por sua vez, está menos vulnerável aos problemas sociais, econômicos e educacionais, exigindo, quase que exclusivamente, uma abordagem técnica do profissional, abarcando, no máximo, alguns elementos das dimensões ética e relacional. Numa perspectiva contra-hegemônica, os currículos inovadores, uma vez que privilegiam a promoção de saúde e a saúde bucal coletiva, requerem conhecimentos e práticas que abarquem as múltiplas determinações do processo saúde-doença.

Uma outra dificuldade é que a universidade é uma síntese da realidade econômica, social, política e cultural de uma estrutura determinada, no caso, a estrutura capitalista. Ela reflete, portanto, suas contradições, conflitos e interesses de classe aí existentes. Assim, na sociedade capitalista, a universidade responde aos problemas que lhe são colocados pelas classes dominantes, minimizando a problemática da maioria da população (PAIXÃO, 1979).

No que tange à saúde bucal, o conhecimento técnico-científico restrito à Odontologia não tem dado conta de explicar e, tão pouco, de solucionar, ou para ser mais realista, minimizar essa problemática. Entretanto, na dependência das mudanças verificadas na sociedade e na profissão, tanto na esfera pública como na privada, é pertinente reconhecer:

A adaptação do currículo acadêmico à realidade epidemiológica, social e econômica de cada país constitui-se hoje no ponto central da discussão sobre a formação de cirurgiões dentistas, notadamente no mundo em desenvolvimento. (PINTO, 2000, p. 253).

Portanto, mudanças estruturais no mundo do trabalho têm forçado as instituições formadoras de recursos humanos em Odontologia a rever o discurso porque, segundo Pinto (2000):

Na prática, é o mercado de trabalho que, por vezes, força a universidade mais tradicional a preparar recursos humanos para as suas necessidades. (PINTO, 2000, p. 257).

¹² São considerados currículos tradicionais aqueles mais voltados para o ensino de práticas curativas e para a clínica particular, enquanto aqueles que privilegiam a promoção de saúde e têm enfoque mais coletivo denominam-se de “inovadores”. (PINTO, 2000, p. 253).

Com base em experiências e pesquisas nessa área, Zanetti (2004a) sugere que a Odontologia está vivendo uma conjuntura que reúne desafios de várias ordens. Legados de um passado artesanal, liberal, homogeneizante e unidimensionalizante que se defronta com uma perspectiva de futuro complexa, heterogênea, multicêntrica e indeterminada. Considera, portanto, que há que se cobrar dos dentistas mais habilidades para lidar com as incertezas, uma vez que, num período de tantas transições, seguir às cegas e à deriva os acontecimentos pode ser fatal para o futuro da categoria.

Os desafios, como Zanetti (2004a) afirma, são de diversas ordens e estes, em diferentes níveis, pressionam as instituições formadoras por mudanças que dêem conta de acompanhar a complexidade da conjuntura atual. Não tendo a intenção de abarcá-los como um todo, apontarei a seguir quatro dimensões que tenho percebido como eixos norteadores para uma ressignificação da formação do dentista contemporâneo: (1) o mercado de trabalho odontológico; (2) as políticas públicas de saúde; (3) as políticas públicas de educação para formação de recursos humanos de nível superior em Odontologia; e (4) a evolução do conhecimento científico acerca do processo saúde/doença bucal.

2.1 O MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO¹³

Os modelos assistenciais de saúde de cada país, além de refletirem os conhecimentos científicos e tecnológicos de cada época, são, também, influenciados pelo contexto cultural, econômico, político e social, historicamente determinados (MEDEIROS e RONCALLI, 2004, p. 257). Dessa maneira:

A atuação do estado brasileiro, no que diz respeito à tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento, no início do século passado até os anos 1980, três características básicas: a vinculação direta entre as políticas de saúde e o modelo econômico vigente; o caráter excludente dessas iniciativas, na medida em que inúmeras pessoas não tinham acesso aos benefícios concedidos e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (MEDEIROS e RONCALLI, 2004, p. 251).

¹³ Ainda que, rotineiramente, grande parte dos trabalhos se reportem à terminologia “mercado de trabalho” de uma forma conceitualmente imprecisa, abarcando as esferas mercado e Estado, tomaremos como referência a abordagem clássica, citada por Zanetti (2004), na qual se compreende que, “nos serviços públicos, a força de trabalho, ainda que remunerada por salário, não assume a forma de mercadoria e não participa diretamente da produção capitalista de valores”. Portanto, ao nos reportarmos aqui ao termo “mercado de trabalho” estaremos excluindo a esfera pública que será contemplada na dimensão (2) que se refere às políticas públicas de saúde.

Esse modelo excludente sempre favoreceu a emergência e o crescimento do setor privado de assistência à saúde no Brasil. Assim, segundo Medeiros e Roncalli (2004, p. 251), com a instituição do regime autoritário (a partir do golpe militar, em abril de 1964), houve uma grande expansão do setor privado da saúde pelo estabelecimento de convênios ou credenciamentos com o setor público. Contribuiu também para essa expansão a elevação do poder de compra de uma camada privilegiada da população que usufruía os benefícios advindos da efetivação de uma “base institucional capitalista moderna” que o país experimentava naquele período.

Valendo-se da articulação com os grandes capitais internacionais, com a abertura de financiamentos, mediante contratos com o FMI e o Banco Mundial, o país chegou a crescer a taxas superiores a 10% anuais, no período de 1968 a 1974 (OLIVEIRA, 2001, p. 40). Foi o chamado “milagre econômico”, período no qual o Brasil foi imaginado por Edmar Bacha como Belíndia, país onde uma parte da população desfrutava dos padrões de vida da Bélgica no meio da miséria de uma grande Índia (INAIÁ, 2002, p. 174).

Esse ciclo de crescimento interno, entretanto, defrontou-se com turbulências no campo internacional: primeiro, com a crise de conversibilidade do dólar (1971-1972), com o estabelecimento das taxas de câmbio flutuante pelos Estados Unidos e elevação brutal de sua moeda, agravando o problema da dívida externa; segundo, a crise do petróleo, em 1973, que afetou todos os países cuja matriz energética era fundamentalmente vinculada a esse tipo de insumo. Diante dessas circunstâncias, instaurou-se uma crise no Brasil na qual a falta de expectativa de crescimento foi se agravando cada vez mais (OLIVEIRA, 2001). Esses marcos políticos, econômicos e sociais afetaram - direta ou indiretamente - o campo da saúde, tanto no setor público, como no setor privado.

Na década de 1970, o trabalho autônomo¹⁴ ainda era a forma de trabalho que possibilitava ao profissional maior renda, além de ser, ideologicamente, o mais valorizado, representando uma opção pré-fixada no projeto de vida do profissional. Entretanto, a partir do final da década de 1970, ele já dava sinais de falência, como explicita Paixão (1979), que analisou a participação dos dentistas no mercado de trabalho, representados por 584 profissionais formados pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) e atuando nesse mesmo Estado. Os resultados revelaram a existência de três formas básicas de

¹⁴ Prestado de modo liberal, independente, em proveito direto do próprio trabalhador (BARBOSA, 1978, p. 133).

participação do dentista no mercado de trabalho: o regime liberal¹⁵, vivenciado por 35,2% dos profissionais; o regime salarial¹⁶, experimentado por 6,12%; e o regime combinado¹⁷, abrangendo 58,68% deles (PAIXÃO, 1979).

O período de 1980 a 1984 foi demarcado pela incapacidade de administração da crise econômica e social, culminando com a elevação das incertezas, indefinições e instabilidade social (OLIVEIRA, 2001, p. 40), com marcadas repercussões no mercado odontológico. Desse modo, Pinto (2000, p. 55) afirma que, apesar da prática liberal ainda persistir como a principal modalidade de exercício profissional do dentista; observa-se uma rápida expansão das modalidades alternativas, marcadas principalmente, pela presença de um terceiro elemento entre o profissional e o paciente; de maneira que, segundo o autor (p. 56), o Brasil atravessa uma fase de acelerada expansão do chamado “setor privado organizado” como uma alternativa às opções clássicas.

Essa expansão do mercado geral de planos e seguros de saúde no país ocorreu sustentada em quatro pilares: (a) desejo da população de ter assegurado o atendimento em momentos de necessidade; (b) impossibilidade que a maioria das pessoas tem de arcar com os altos custos da medicina liberal clássica; (c) descrença no sistema público; e (d) poder do capital a partir do momento em que a saúde passou a ocupar lugar de destaque como setor de viabilização de lucros - com a grande mídia sendo utilizada para difundir as vantagens da medicina privada (PINTO 2000, p. 56). Embora o autor, ao definir esses pilares, se refira à Medicina, eles também se aplicam à Odontologia, excetuando o terceiro pilar – descrença no sistema público – porque, em verdade, não se trata de descrença no caso da Odontologia, mas sim, de inexistência de uma política de saúde bucal que só recentemente faz parte das políticas públicas de saúde.

¹⁵ A autora caracteriza o regime liberal pela presença de clientela própria, que escolhe o profissional livremente e com o qual o mesmo mantém vínculo direto e pessoal; pela posse dos equipamentos e instrumentais ou, eventualmente, aluguel dos mesmos; e pelo trabalho em consultório isolado ou, às vezes, com outros profissionais, mas cada um em relativo isolamento em seu consultório, dividindo apenas as despesas. (PAIXÃO, 1979, p. 11).

¹⁶ Caracterizado pela ausência de clientela própria e dos equipamentos e instrumentais. Nesse caso, o profissional vende a sua força de trabalho em troca de um salário para quem o emprega (Estado ou empresa privada). (PAIXÃO, 1979, p. 12).

¹⁷ Caracterizado pela associação do exercício liberal e empregos e/ou convênios. Este último, segundo a autora, está muito próximo do assalareamento mascarado, visto que o profissional não exerce controle direto sobre a clientela, não tem liberdade de estipular preço (determinado pela empresa) e sofre algum grau de controle sobre o tipo de trabalho a ser executado. Nesse regime, o profissional tem dois tipos de clientela em seu consultório, própria e conveniada, e pode, ainda, ter um emprego em regime de tempo parcial. (PAIXÃO, 1979, p. 12).

Ao buscar entender a percepção que os dentistas tinham do seu processo de trabalho, no qual já se iniciava essa expansão dos planos e seguros odontológicos, Paixão (1979) concluiu que: embora 96.82% deles tenham se declarado profissionais liberais, eles se viam como empregados, desamparados e obrigados a executar trabalhos de baixo nível. Sentiam-se “prostituídos” e frustrados, percebendo as características do trabalho sob o capital; sentiam que a sua força de trabalho era apropriada por terceiros que, inclusive, impunham-lhes um tipo de prática contrária a seus princípios. Eles resistiam às relações antagônicas e às contradições que emergiam das condições que lhes eram impostas e daí, o sentimento de aviltamento e de rejeição. Embora eles percebessem a existência de uma nova prática social, ainda não tinham uma consciência plena da situação, como situação estrutural. Eles percebiam o assalariamento, mas queriam ser liberais. Assim:

Para a massa de cirurgiões dentistas lançados num mercado em dissolução tudo é muito confuso já que, por (de)formação acadêmica, os mesmos nunca foram estimulados a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos, com alguma consequência e propriedade sociológica, antropológica, histórica, econômica e política (ZANETTI 2004b, p. 1)

Esse autor evidencia que a Odontologia vive um processo de reorganização acelerado e irreversível, sendo lamentável observar como a categoria está cegamente exposta a essa nova realidade, ou seja, vivendo uma embriaguez histórica frente a um mundo que ela, apesar de sentir e sofrer, não é capaz de investigar, compreender e explicar (ZANETTI 2004b, p. 1). No sentido dessa compreensão, Paixão oferece contribuições importantes à classe odontológica. Para essa autora:

O capital, à medida que avança em todos os setores da economia, penetra na área de serviços convertendo-os em mercadorias e assalariando os profissionais. É o caso do setor de prestação de serviços de saúde, onde a empresa capitalista tende a apropriar-se, progressivamente, do trabalho específico dos profissionais da área que, até então, trabalhavam como autônomos. (PAIXÃO, 1979, p. 78).

Dessa maneira, de acordo com a autora, o trabalho liberal, por não representar a relação de trabalho própria do capitalismo, embora exista ainda, tende a diminuir, principalmente num processo onde o capital já se introduziu. Assim, os profissionais se vêem impotentes, diante da organização capitalista de produção, para deter a apropriação intensiva do seu processo de trabalho (PAIXÃO, 1979, p. 79). Costa e outros (1999) confirmam essa perspectiva, ao avaliarem os motivos que levaram os alunos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual de São Paulo, a escolherem a profissão e as suas expectativas de

exercício profissional. Os autores registraram que 46% deles a escolheram porque queriam ser um profissional liberal, no entanto quase 43% do grupo, ao reconhecerem as dificuldades do mercado, declararam que queriam ser assalariados do serviço público e 14,5% assalariados de outro dentista.

Em resumo, quase 60% deles já compreendem que o exercício liberal está em declínio. E, ao serem perguntados sobre as dificuldades que eles imaginam encontrar no exercício da profissão, as duas razões mais frequentes foram: saturação do mercado de trabalho e condição financeira da população. Outras razões também apontadas foram: falta de informação e de valorização da saúde bucal por parte da população, um mercado de trabalho fechado e difícil, desemprego e subemprego.

Vinte anos após Paixão ter detectado essa tendência de assalariamento dos dentistas, Zanetti (2004b, p. 2) confirma que o mercado de serviços curativos de massa vem passando por um processo de mudanças estruturais profundas e esgotando-se na forma em que foi originalmente concebido, com base no exercício clínico liberal. Assim, o autor:

Há objetivamente o aumento da exploração da força de trabalho dos cirurgiões dentistas. Por outro lado, subjetivamente, há uma categoria que secularmente identificou-se como profissão liberal e que só recentemente, assustada e aceleradamente, vem se proletarizando, numa sucessão de conjunturas recentes, compostas de instabilidades, mudanças e indefinições. (ZANETTI, 2004b, p. 18).

Nesse quadro de mudanças e instabilidades, é oportuno reconhecer as mudanças históricas no mundo do trabalho para situar a Odontologia nesse processo. Nesse sentido, Schaff (1995) afirma que, o final do século XVIII e início do século XIX foi palco de grandes transformações tecnológicas que culminaram na primeira revolução industrial com conseqüente substituição da força física do homem pela energia das máquinas, gerando um maior rendimento do trabalho humano.

Já no século XX, anunciou-se a segunda revolução técnico-industrial marcada, sobretudo, pelo desenvolvimento da informática, da microeletrônica e da biotecnologia. Esta, se por um lado, trás inúmeros avanços, por outro, coloca uma série de problemas sociais dos quais o autor assinala como o mais importante o desemprego estrutural¹⁸ e questiona: como assegurar a manutenção do exército de pessoas que perderão seus empregos? Ao responder a essa questão, ele argumenta que com referência aos países industrializados avançados haverá

¹⁸ “Desemprego que ocorre não como conseqüência de uma conjuntura desfavorável, mas sim em conseqüência de mudanças da estrutura de ocupação através da substituição do trabalho humano tradicional pelos autômatos”. (SCHAFF, 1995, p. 29).

um grande incremento da produtividade e da riqueza social, de modo que o próprio Estado dará conta de suprir as necessidades materiais das pessoas estruturalmente desempregadas. Entretanto, considerando o trabalho como fonte tradicional de “sentido de vida”, a ausência de trabalho gerará problemas existenciais no nível pessoal com reflexos sociais que impõem a busca de soluções pela esfera política. Para os países em vias de desenvolvimento o problema se agrava, uma vez que o Estado não disporá de recursos para suprir as necessidades materiais da massa de desempregados, ficando estes expostos aos conflitos decorrentes tanto da falta de recursos para satisfazer as suas necessidades básicas, como da falta de “sentido de vida” (SCHAFF, 1995).

Considerando o conceito de desemprego estrutural apresentado pelo autor, no qual se evidencia a substituição do trabalho humano pelos autômatos, compreendo que a Odontologia, *per si*, não vive um quadro de desemprego estrutural, uma vez que o trabalho odontológico tem se beneficiado dos avanços da sociedade informatizada, sem que a ação direta do dentista seja substituída pela automatização. Não há dúvida, no entanto, de que o campo de trabalho odontológico tem sofrido, indiretamente, os efeitos do desemprego estrutural. Essa compreensão é analisada a seguir. A década de 1990, segundo Silva Júnior e Ferretti (2004), foi marcada pelas seguintes conjunturas mundial e brasileira:

a) disseminação do novo paradigma de organização das corporações em nível mundial; b) desnacionalização da economia brasileira; c) desindustrialização brasileira; d) transformação da estrutura do mercado de trabalho; e) terceirização e precarização do trabalho em função de sua reestruturação; f) reforma do Estado e restrição do público conjugada com a ampliação do privado; g) flexibilização das relações trabalhistas; h) enfraquecimento das instituições políticas de mediação entre a sociedade civil e o Estado, especialmente dos sindicatos, centrais sindicais e partidos políticos; i) trânsito da sociedade do emprego para a sociedade do trabalho, isto é, a tendência ao desaparecimento dos direitos sociais do trabalho; e j) reorganização da sociedade civil tendo como eixo central a privatização política dos direitos sociais e subjetivos dos cidadãos – com destaque da força das organizações de que se armou o terceiro setor. (SILVA Jr.; FERRETTI, 2004, p. 36-37).

De fato, com o esgotamento do regime militar e a instauração da Nova República, o referencial de modernidade, determinado no consenso de Washington, passou a ser referência no Brasil. Como o presidente Fernando Collor de Melo não foi o ator que representasse adequadamente esses interesses, o seu impeachment foi inevitável sendo, posteriormente, esse papel reservado a Fernando Henrique Cardoso, presidente eleito em 1994. Isso significou a aposta numa política pautada na privatização de todos os espaços de sociabilidade e de regulação onde a palavra de ordem passou a ser a eficiência e a competitividade. Com a decisão de

privatizar as empresas estatais, consolidou-se uma revolução capitalista tardia no país em que o nível de miséria e desemprego tem se agravado (OLIVEIRA, 2001, p. 45-47). Nesse contexto, ocorre ainda a precariedade das ocupações, a redução dos salários reais, a reconcentração da renda e o processo de desmonte de instituições e direitos sociais (INAIÁ, 2001, p. 176).

Exercendo a Odontologia em clínica privada desde 1982, eu testemunhei alguns dos efeitos dessa conjuntura como prestadora de assistência odontológica, por meio de planos de saúde a empregados (e seus dependentes) de várias empresas. A partir do início da década de 1990 vivi, junto com muitos profissionais, o drama de várias famílias de trabalhadores do Pólo Petroquímico e de empresas públicas privatizadas, pais e mães de família que viviam a ansiedade e o medo do desemprego. Muitos deles transformaram a minha cadeira em verdadeiro divã, lamentando-se e sofrendo com a expectativa de serem os próximos nas imensas listas de demissões. Solicitavam que fizesse tudo que pudesse se transformar em necessidades futuras (exemplo: troca de restaurações antigas), pois não tinham noção de quando a família poderia novamente voltar a freqüentar um dentista.

Dessa maneira, sofriam as pessoas que perdiam os seus empregos e aqueles que permaneciam no trabalho. Os primeiros por razões óbvias e os segundos porque acumulavam cargos e funções, sentindo-se exauridos; sofriam com o medo de serem os próximos a perder o emprego; estressavam-se com o excesso de competitividade externa e interna e com a corrida pela busca de um novo portfólio de competências, além de uma renúncia permanente dos seus interesses de classe em favor dos interesses empresariais.

Muitos dos que perdiam o emprego retornavam ao mundo do trabalho, muitas vezes para a mesma empresa, mas sem vínculo empregatício, mediante contratos temporários de prestação de serviço, sentindo-se derrotados e humilhados com a nova e precária condição que envolvia, além de perdas salariais, perdas de direitos políticos e sociais. Dentre esses, a assistência médico-odontológica.

Como uma bola de neve, essa mudança no mundo do trabalho, associada à crise econômica há muito enfrentada pelo país, atingiu a Odontologia. Com os trabalhadores perdendo os seus empregos e o acesso aos serviços odontológicos por meio dos seus convênios, os profissionais foram, aos poucos, assistindo ao esvaziamento dos consultórios; culminando, junto com as políticas de educação, com o estímulo à abertura de novos cursos e conseqüente aumento de mão-de-obra profissional, na crise de mercado que vive hoje a profissão.

Para tentar driblar essa crise, além de outras tentativas, a Odontologia importa, do discurso dos reformadores da Educação, a noção de empregabilidade¹⁹, estimulando a educação continuada (cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrados profissionais e acadêmicos, doutorados) e criando a falsa expectativa de que as portas do mundo do trabalho se abrirão magicamente, na medida em que ampliamos o nosso portfólio de competências.

Obviamente que em parte isso é verdade, mas cria-se uma expectativa perversa de que isso garantirá o sucesso profissional, quando a redução do acesso das pessoas aos serviços odontológicos perpassa por razões muito mais complexas (mudanças estruturais, fatores sociais, econômicos e culturais) do que apenas a competência técnica dos profissionais.

Quando Schaff aponta que a educação continuada será uma das principais formas de resolver o problema do desemprego estrutural, ele defende que essa deveria ser um dever social como é hoje a escola obrigatória. Justifica a sua idéia pela necessidade que a sociedade tem de encontrar novas formas de ocupação para a massa de desempregados estruturais visando à manutenção de um sentido de vida. E afirma:

O homem universal, ou aquele que está munido de uma instrução completa e em condições de mudar de profissão e, portanto, também de posição no interior da organização social do trabalho, representou até hoje uma idéia utópica. Hoje ela se tornou realidade e, em certo sentido, uma necessidade. A realização desta idéia poderá ser alcançada graças à educação permanente e a técnicas de informação sempre mais eficientes. (SCHAFF, 1995, p. 125).

Essa busca por educação continuada tem ocorrido com grande frequência na Odontologia. Silva e Rosa (1996, p. 2) observaram que o dentista de Araraquara procura com muita intensidade fazer cursos de especialização, de modo que registrou uma proporção de 48,5% de profissionais com título de especialista. Costa e outros (1999) também registraram que 47% dos alunos pesquisados na FOUNESP revelaram o desejo de cursar uma pós-graduação.

Seja por insegurança de enfrentar a profissão (no trabalho de Costa e outros, 57% dos alunos se declaram inseguros), pela necessidade de se manterem ocupados (sentido de vida) ou como mecanismo concorrencial, os profissionais mais jovens parecem mais preocupados em realizar cursos de pós-graduação. De fato, Schaff (1995, p. 118) afirma que o fenômeno do desemprego estrutural (e/ou suas conseqüências) afetará, em primeiro lugar, pelo menos inicialmente, os profissionais mais jovens. Eles estarão à mercê da insegurança, particularmente em comparação com os mais velhos que já (ou ainda) possuem um trabalho. Os jovens,

¹⁹ “No discurso dos reformadores, todo cidadão tornar-se-ia competente para ser empregável e influir na racionalidade da história brasileira. No entanto, a breve análise dos indicadores do ensino médio e superior desmascaram a ideologia da empregabilidade”. (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 29).

segundo ele, atingirão a idade adulta que, habitualmente, é aquela em que se começa a trabalhar com autonomia, tendo à sua frente todos os caminhos tradicionais bloqueados. Desse modo, cursar uma pós-graduação tem sido um caminho apontado. Preocupa-me, conforme já disse, a forma como, sob o domínio do capital, as instituições que promovem esses cursos prometem o que, de fato, sozinhos, eles não são capazes de propiciar que é a garantia de abertura do campo de trabalho.

De acordo com o relatório final da 8ª CNS (MS, 1986, p. 5), as limitações e obstáculos do direito à saúde são de natureza estrutural. Com essa perspectiva, Grec (2001) afirma que o mercado da Odontologia no Brasil vem apresentando uma crise crescente e preocupante e que as causas básicas seriam as seguintes:

a) crise financeira mundial com repercussão em nosso país; b) crise financeira interna; c) aumento nos custos da formação profissional, da montagem e manutenção do consultório, dos materiais de consumo, dos impostos, encargos e burocracia e que envolve o cotidiano dos profissionais; d) aumento do número de cursos e faculdades de odontologia; e) aumento da relação profissional/habitante; f) má distribuição dos profissionais e de renda da população; g) a mentalização da especialização; e h) a falta de políticas que visem a prevenção e a saúde bucal (GREC, 2001, p. 277).

Nesse contexto, existe hoje uma compreensão de que a Odontologia evidencia muitas das características que se configuram em um quadro de *pletora*. Esta ocorre, segundo Chaves (1986), quando a demanda atual é menor que a oferta de serviços²⁰, com dentistas exercendo a profissão apenas parte do tempo ou com grande número de horas disponíveis em seus consultórios (subutilização do tempo disponível dos profissionais). A situação de *pletora*, segundo o autor, tende a fazer baixar os preços dos serviços dentários, a diminuir a renda média dos dentistas, a desestimular o ingresso de novos membros na profissão, a provocar o êxodo profissional, a mão de obra profissional subutilizada, o exercício da profissão associado a outras atividades, a pressão da profissão sobre os serviços públicos e sociais para a criação de cargos de dentistas, o interesse por sistemas de pagamento por terceiros e campanhas de educação em saúde que visam aumentar a procura pelos serviços odontológicos.

Na atualidade, há uma situação contraditória quando tentamos analisar a inserção profissional apenas com base na utilização do tempo de trabalho. Com a expansão dos planos odontológicos que mercantilizam a saúde, remunerando os profissionais precariamente e com base na produtividade, observa-se uma situação de *superutilização* (na qual muitos profissionais trabalham um número excessivo de horas, com a demanda excedendo a oferta), sem, con-

²⁰ O contraditório no Brasil é que demanda, de fato, existe. O problema é a falta de acesso da população aos serviços odontológicos.

tudo, isso significar uma situação confortável de subsistência do profissional e sua família e nem tampouco caracterizar a situação típica de superutilização que se dá, segundo Chaves (1986, p. 169), pela falta de profissionais.

A pressão para a criação de cargos públicos para dentistas tem, de fato, se evidenciado nos últimos anos. Nesse sentido, algumas propostas foram consolidadas no relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) como: ampliação das equipes de saúde bucal nos programas de saúde da família; criação do atendimento de urgência e emergência em todos os hospitais públicos ou filantrópicos; inserção de dentistas nos hospitais para procedimentos de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e estomatologia, bem como para a promoção e recuperação da saúde bucal dos pacientes internados; e garantir um dentista especialista em Odontologia do Trabalho compondo a equipe de saúde do trabalhador nos centros de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) (3ª CNSB, 2004, p. 61-62).

Com referência ao desestímulo ao ingresso na profissão, Carvalho (2001) reporta que, na década de 1960, a procura pelos cursos de Odontologia era baixa e que isso gerou uma recomendação da ABENO para atuação junto aos alunos do ensino médio no sentido de divulgar a profissão. Nas décadas de 1980 e 1990, esse quadro alterou-se, de modo que os cursos de Odontologia passaram a estar entre os mais concorridos nas universidades. A partir do final da década de 1990, o quadro se reverteu com uma sensível queda na relação candidato/vaga. Para o autor, isso ocorreu, provavelmente, em virtude da grande expansão de oferta de vagas e por informações referentes às dificuldades do mercado de trabalho.

De 1990 a 1999 foram criados 35 novos cursos de Odontologia, perfazendo um total de 118 cursos (ROSENTHAL e ALBUQUERQUE, 2004, p. 78) e hoje contamos com um total de 182 cursos (ABENO, 2004). Isso representa a criação de 64 novos cursos no espaço de apenas quatro anos (2000 a 2005). Essa expansão tem sido altamente criticada pelas entidades de classe e eu penso que esse é um problema preocupante, sobretudo quando evidenciamos a baixa qualidade do ensino de muitos cursos, a má distribuição desses cursos no país (concentrados nas regiões sudeste e sul e nos grandes centros urbanos) e o desequilíbrio na relação dentista/habitante nos diferentes estados.

Em 1975, essa relação no Brasil era de 1/2827 (CHAVES, 1986, p. 167). Já em 1999 ela reduziu para 1/1007 (ROSENTHAL e ALBUQUERQUE, 2004, p. 78), e, de acordo com os autores (p. 101), o quadro que se apresentava em termos de distribuição nos Estados era inadequado, visto que 15 deles apresentavam uma proporção acima e 12 abaixo da relação recomendada pela OMS (1/1500). Por exemplo, no Distrito Federal essa relação era de 1/537, enquanto no Maranhão era de 1/5082; em São Paulo era de 1/670; já no Acre era de 1/3105.

Analisando os números atuais, com base nos dados do IBGE²¹, da população estimada do Brasil (183.073.456 habitantes) e dados do número de dentistas (192.728) registrados no CFO²², em 18 de fevereiro de 2005, verifica-se que no Brasil esta tendência de queda se mantém, com uma relação atual de 1/949,9. É claro que, a despeito da relevância dessas informações, não podemos ter a noção simplista de analisar o problema da distribuição profissional tendo como base apenas a relação dentista/habitante. Existem outros fatores que estão envolvidos na adequação dessa relação, entre os quais podemos citar: a renda per capita da população, a distribuição de renda e o nível educacional e cultural da população, que influencia na percepção que ela tem para a necessidade de demandar serviços odontológicos.

Tendo em vista o quadro apresentado, Zanetti (2004) afirma que o mercado tornou-se extremamente competitivo criando um processo amplo de busca e experimentação de diferentes mecanismos concorrenciais que se expressam pela sensibilização geral às demandas por novas habilidades. Do ponto de vista do autor, evidencia-se que os profissionais vêm buscando exercer no mercado outras posturas relacionais qualificadas, tais como: (1) ética; (2) comunicativa, com referenciais científicos, interpessoal e afetivo/psicológico (capaz de atingir o desejo e não só a necessidade do paciente), antropológico (capaz de perceber o outro) e sociológico (capaz de se relacionar com o outro); (3) de abertura e incorporação das tecnologias pedagógicas e/ou psicológicas; (4) de cuidado integral mediante procedimentos preventivo-promocionais; (5) econômica (de administração profissional do consultório, de apresentação profissional e do consultório, apropriadas e não ostentosas, de flexibilização dos horários e das estratégias de execução do plano de tratamento, da negociação comercial da prestação de serviço, com formas mais adequadas ao contexto de queda do poder aquisitivo da classe média brasileira); e (6) de uso de rotinas e procedimentos de biossegurança (Zanetti, 2004).

Obviamente que sempre existirá uma parcela da população que demandará os serviços privados, especializados e onerosos, e ainda aqueles que acessam esses serviços mediante alguns poucos convênios que possibilitam aos profissionais trabalharem com qualidade. Em vista disso, é preciso reconhecer nessas posturas apontadas por Zanetti um aspecto relevante: efetivamente, a maioria delas está pautada numa cultura humanista, possibilitando, assim, uma perspectiva dos dentistas avançarem para além de uma atenção apenas pautada em procedimentos técnicos, redirecionando o seu olhar para o “sujeito-paciente”.

²¹ <http://www.ibge.gov.br>.

²² <http://www.cfo.org.br>.

Eu penso que a busca dessas posturas relacionais qualificadas é uma resposta a um mercado de trabalho que cobra do dentista uma resignificação da sua prática, dos seus conceitos e dos seus valores, exigindo dele uma nova compreensão do que, hoje, começa a se delinear como um perfil profissional competente. Entretanto, a despeito da importância de se buscar mecanismos para se atender cada vez melhor essa parcela da população, é necessário compreender a perspectiva ampla à qual a profissão está exposta e a que não tem como continuar resistindo, alimentando a exclusão social. Isso, certamente, ajudaria a categoria a buscar mecanismos que possibilitassem aos profissionais, levando em conta a sua responsabilidade social, desenvolver o seu trabalho dignamente, dando acesso à população tradicionalmente excluída do cuidado odontológico.

Compreender, entre outros problemas já discutidos aqui, que a opção pelo trabalho liberal se torna cada vez mais difícil, independente da opção dos profissionais, tem apontado para oportunidades que têm se fechado em uma direção para se abrirem em outras. Dentre essas, a socialização do trabalho, mediante a formação de cooperativas (PAIXÃO, 1979, p. 81) e, mais recentemente, o emprego público, como discutiremos a seguir.

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM ODONTOLOGIA

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi sempre pautado na dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica, ou seja, em uma forte separação entre as atividades preventivas e as atividades curativas. Institucionalmente, as atribuições relativas às atividades de prevenção e promoção ficavam a cargo do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, enquanto a assistência médica (consultas, exames, hospitalizações, cirurgias, dentre outras) ficava a cargo da assistência médica previdenciária (INPS, posteriormente INAMPS). Tratava-se de um modelo excludente, uma vez que o direito à assistência médica era uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham inserção no mercado de trabalho formal – com carteira assinada e contribuição previdenciária – e não como uma condição de cidadania (MEDEIROS e RONCALLI, 2004, p. 253).

Adicionalmente, esse modelo também se caracterizou por obedecer a uma lógica privatista, sendo oneroso para o país porque a maior parte dos serviços assistenciais eram pagos pela Previdência ao setor privado. Assim, na década de 1980, a Previdência Social sofreu uma grande crise de caráter político, econômico e social, determinada pelo aniquilamento dos recursos financeiros, reclamações da população no que tange à qualidade da assistência médica e denúncias de fraudes na relação com a iniciativa privada (MEDEIROS e RONCALLI, 2004,

p. 253).

Essa crise, no contexto da queda do regime militar e do advento do processo de redemocratização, conduziu o país a uma ampliação e diversificação das mobilizações sociais, cujos atores cobravam melhorias nas condições sociais ante as carências acumuladas historicamente. Tal pressão culminou com a consagração dos direitos básicos à saúde, à educação, à moradia e à proteção social, inseridos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CARVALHO, 2001, p. 174). Desse modo, a Constituição já propõe uma nova lógica organizacional do setor Saúde, tendo, como base de referência, as propostas apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS, 1986)²³. Esta, por sua vez, aconteceu sob forte influência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira²⁴ (WERNECK, 1998), trazendo grandes contribuições relativas, principalmente, à compreensão da saúde como direito e esta sendo entendida em seu sentido amplo, conforme descrito no relatório final da 8ª CNS:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...]. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional. (8ª CNS, 1986, p. 4).

Como fruto dessas propostas, o artigo 196, do capítulo II da Constituição, referente à seguridade social, seção II - Da saúde, regulamenta:

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 a promoção, proteção e recuperação. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, p. 133).

²³ A 8ª CNS foi considerada o evento político-sanitário mais importante da década de 1980, caracterizando-se por dois aspectos principais: seu caráter democrático, pela elevada representação social e por sua dinâmica processual, iniciando com as conferências municipais, estaduais e, finalmente a nacional. (MEDEIROS e RONCALLI, 2004, p. 254)

²⁴ A Reforma Sanitária foi um movimento que nasceu a partir de lutas sociais que se iniciou antes mesmo da década de 1970, visando o resgate da dívida social, de modo a alcançar, no futuro, um sistema de proteção social mais justo e igualitário, visto que o sistema de saúde vigente era considerado excludente, socialmente desigual e de escassos recursos. As ações de assistência à saúde tinham um caráter individual, especializado, de alto custo, acontecendo, preferencialmente, em ambientes hospitalares. Estes, por sua vez, pertenciam, em sua maioria, ao setor privado - embora financiados por recursos públicos - que vendiam ao Estado os serviços assistenciais à população previdenciária (WERNECK, 1998).

Entretanto, o que está proposto no relatório final da 8ª CNS e regulamentado na Constituição tem avançado de uma forma restrita em um país que carrega as marcas da exclusão social, conforme nos acena o relatório final da 3ª CNSB:

Um país [...] marcado pela profundidade dos contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da nossa população do acesso aos mais elementares direitos sociais. Entre eles o direito à saúde (...) No dia-a-dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes (3ª CNSB, 2004, p. 2).

De fato, dentre muitas dessas imagens, uma boca parcial ou totalmente desdentada expressa, em si, a marca da exclusão social imposta por um país que tradicionalmente pautou o seu sistema de saúde nos interesses daqueles que queriam comercializar a saúde e não nas necessidades da população.

Com a perspectiva de mudança, no início da década de 1980, a intensificação dos movimentos sociais e as pressões internacionais²⁵ lutando por melhores serviços de saúde, nasce a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi aprovada na 8ª CNS. Após inúmeros entraves políticos para a implementação do SUS, destacando-se o período do governo Collor que vetou vários artigos da Lei Orgânica da Saúde impondo restrições ao avanço da Reforma Sanitária, este veio a consolidar-se na década de 1990 (3ª CNSB, 2004, p. 4).

Observamos hoje, ao menos como propostas proclamadas e regulamentadas, uma tentativa concreta de resgate dessa dívida social que o país tem para com a população brasileira.

No âmbito da Odontologia, os modelos assistenciais no Brasil tiveram o seu início com a lógica da livre demanda e do paradigma "flexineriano" (positivista, biologicista, mecanicista e curativista), transplantado da esfera privada para a esfera pública, desde as primeiras instituições previdenciárias na década de 1920 (caixas de aposentadorias e pensões). Era uma atenção fundamentada em princípios economicistas, visando proteger a força de trabalho e garantir a produtividade (MEDEIROS, 2004, p. 277-278).

A Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), criada em 1942 com a cooperação do governo norte-americano, desempenhou um papel significativo no setor público odontológico, uma vez que não havia no Ministério da Saúde seção, serviço, divisão ou assessoria de Odontologia. A Fundação SESP era uma das instituições nacionais com maior expe-

²⁵ No bojo dessas lutas sociais, "em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata discutiu e divulgou para o mundo a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento e a necessidade de revertê-lo" (WERNECK, 1998, p. 250), apresentando propostas, muitas das quais vemos hoje regulamentadas no SUS.

riência em planejamento de saúde e realização de serviços integrados. No setor odontológico, merece destaque os programas incrementais destinados a escolares e a implementação de sistemas de fluoretação de água de abastecimento público (CHAVES, 1986, p. 202).

A partir da década de 1950, com o Movimento da Odontologia Sanitária, incorporado pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), dá-se início, no setor público brasileiro, a um sistema de atendimento ao escolar (Sistema Incremental) com uma programação científica, envolvendo diagnóstico, controle e avaliação. Este, apesar de evidenciar aspectos preventivos, educativos e de manutenção clínica, traduzia-se ainda como um modelo cirúrgico-restaurador e centrado na figura do dentista (MEDEIROS, 2004, p. 278).

Na década de 1970, a Medicina Comunitária passa a ser aceita como a principal proposta alternativa ao modelo "flexineriano". Patrocinada por organismos internacionais (Organização Mundial de Saúde e Organização Panamenricana de Saúde), a Medicina Comunitária apresentava uma proposta que integrava atividades promocionais, preventivas e curativas, além de estimular a desconcentração de recursos humanos, o uso de tecnologias adequadas, a inclusão de práticas médicas alternativas, a utilização de equipes de saúde, e a participação comunitária (RONCALLI e AZEVEDO, 2004, p. 264).

No âmbito da Odontologia, surgem alguns modelos assistenciais contra-hegemônicos, como por exemplo, a Odontologia Simplificada, pautada na simplificação dos equipamentos e técnicas e na massificação do atendimento com vistas à redução de custos e ao aumento da produtividade; e a Odontologia Integral, que dava uma maior ênfase à utilização de métodos preventivos, mas não conseguiu romper com o modelo "sespiano" porque ainda reforçava o enfoque assistencial (MEDEIROS, 2004, p. 278).

A partir da consolidação do processo da Reforma Sanitária, emerge a Saúde Bucal Coletiva apresentando propostas que visam uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença e explicitando que a saúde tem relevância pública, com prioridade pelo Estado e pela sociedade (MEDEIROS, 2004, p. 281).

Delineia-se, atualmente, um novo modelo de intervenção sanitária, chamado de "Vigilância à Saúde", que busca superar a dicotomia das ações preventivas e curativas inerentes às políticas públicas de Saúde no Brasil. Trata-se de um modelo de base municipal (descentralizado) e integra três linhas de ação: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa (MEDEIROS e RONCALLI, 2004, p. 257).

O documento mais recente que aponta as tendências das políticas públicas no campo odontológico é o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ª CNSB, 2004) que reuniu mais de 1.500 participantes, em Brasília, entre os dias 29 de julho e 1º de agosto de

2004. A consolidação desse relatório foi fruto de uma ampla discussão, em nível nacional, mediante a realização das conferências municipais (2.542) e estaduais (27) de saúde que, ao todo, reuniu mais de 83.978 pessoas discutindo a proposta das políticas de saúde bucal apresentada pelo Ministério da Saúde por meio de um documento base.

Com o tema central “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, a 3ª CNSB foi pautada em quatro eixos temáticos: Educação e construção da cidadania; Controle social, gestão participativa e saúde bucal; Formação e trabalho em saúde bucal; e Financiamento e organização da atenção em saúde bucal. As propostas consolidadas, em linhas gerais, têm como objetivo subsidiar a formulação das políticas de saúde bucal, dentro dos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços de saúde); visando modificar o modelo assistencial vigente, ainda pautado em referenciais curativo, mutilador, de alto custo, baixa cobertura e baixo impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população (3ª CNSB, 2004). Dada à diversidade e à grande quantidade de propostas consolidadas, não cabe aqui resumi-las de forma descontextualizada. Desse modo, muitas delas serão aqui referenciadas na medida em que expressem relação com a temática desse trabalho.

O relatório final da 3ª CNSB, ao apresentar um conjunto de proposições que visam orientar as decisões do Estado brasileiro referente às políticas públicas de saúde bucal, representa, a meu ver, o sonho e a luta daqueles que vislumbram um País e uma Odontologia comprometidos com as necessidades sociais. Ao participar como conferencista nas etapas municipais e estaduais, eu já havia expressado as minhas inquietações acerca da complexidade das proposições iniciais:

O documento-base da III CNSB me provoca inquietação, não pelas propostas apresentadas, mas pelos tantos desafios postos e pela imensa trajetória que ainda temos a percorrer quando as propostas de mudança nos convidam a pensar em elementos estruturantes que estão instituídos e que nós, na maioria das vezes, pensamos não ter o poder de intervir. Quando esses elementos não são tocados em seu cerne, por melhores que sejam as nossas intenções e mobilizações, as mudanças desejadas não se concretizam, ou, na melhor das hipóteses, avançam de forma tão lenta ou pontual que nos dão a sensação de que nada sai do seu devido lugar! Nada avança, além do desejo implícito nas políticas neoliberais de ter um povo submisso e impotente diante da grave exclusão social a que está submetido. Situação essa que determina a sua péssima qualidade de vida, e, conseqüentemente, de saúde. Não imaginemos que com essas colocações, venha embutida a idéia de impotência. Pelo contrário, a idéia é levantar uma provocação que nos convide a lutar pelas mudanças que desejamos e não apenas participarmos dessas conferências para cumprir uma agenda nacional. Em realidade, na seara da contradição entre o sonho e a impotência, precisamos continuar sonhando e, acima de tudo, construindo mudanças significativas pautadas nesses sonhos. É como nos ensina Galeffi (2003, p. 49): “tecer sonhos possíveis, no sentido

da humanização do mundo”, criando brechas entre os elementos estruturantes instituídos e promovendo as mudanças que desejamos para a nossa profissão e para a nossa sociedade. (MATOS, 2004)

De fato, precisamos acreditar na possibilidade de mudanças. Muitas das propostas apresentadas na 3ª CNSB representam uma construção crescente das duas conferências que a precederam como fruto de lutas sociais e do empenho de grupos profissionais que lutaram pela Reforma Sanitária e que continuam acreditando em uma Odontologia mais justa e equânime. E, ainda que o desafio seja grande no sentido da sua consolidação, alguns passos têm sido dados: temos hoje, pela primeira vez no Brasil, uma política nacional de saúde bucal - o “Brasil Sorridente”²⁶. Mesmo tendo algumas ressalvas a essa política, penso que ela se constitui em um grande avanço, visto que a saúde bucal, tradicionalmente, nunca foi priorizada pelas políticas públicas de saúde, restando sempre para a Odontologia alguns poucos incentivos isolados e pouco valorizados.

Ainda que eu tenha a percepção de que muitas das metas e propostas da política atual possam não passar de objetivos apenas proclamados, tendo em vista os inúmeros fatores econômicos, culturais, educacionais e políticos que as envolvem, hoje essa política existe; é regulamentada e isso revela o reconhecimento de que a saúde bucal²⁷ é parte integrante e integradora da saúde do indivíduo. Além disso, a sua existência possibilita a busca de recursos finan-

²⁶ “O Brasil Sorridente é uma política federal que tem como objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira” (PUCCA, 2004b, p. 14). Ele foi lançado em Sobral, no Ceará, pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva e foi planejado com base no Plano Nacional de Amostragem da População Brasileira, cujos dados levantados em uma amostra de 108.921 pessoas examinadas em 250 municípios, revelaram a necessidade de uma política específica para a odontologia. Apenas para termos uma idéia da extensão do problema, a pesquisa revelou que três em cada quatro brasileiros que chegam à terceira idade não possuem nenhum dente funcional (Jornal do CFO, 2004, p. 4). Outros dados também justificam uma política específica para a saúde bucal, tais como: 13% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista, 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente e 20% da população já perdeu todos os dentes. Assim, o Brasil Sorridente, lançado em 17/03/2004, tem como meta aumentar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito pelo SUS, mediante uma política que emprega como estratégia de referência básica: (1) O Programa de Saúde da Família, disponibilizando recursos financeiros para a ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal e para a compra de equipamentos e instrumentos para a montagem dos consultórios odontológicos nas Unidades Básicas de Referência; (2) Criação dos Centros dos Especialidades Odontológicas; e (3) Fluoretação das águas de abastecimento público com incentivo financeiro às empresas de saneamento para a compra de equipamentos (Ministério da Saúde, Programa Brasil Sorridente, 2004).

²⁷ Ainda que não me agrade o termo “saúde bucal” por não compreender a saúde de forma compartimentalizada, ele aparece com certa frequência nesse trabalho. Ressalvo, entretanto, tratar-se de uma força de expressão quando é pertinente delimitarmos esse campo da saúde. Nesse sentido, trago o conceito de saúde bucal apresentado por Narvai por compreendê-lo abrangente para a discussão que aqui se pretende fazer. Para o autor, saúde bucal é “o conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral” (NARVAI, 2001, in: NARVAI, 2003).

ceiros e de referenciais conceituais e legais para políticos e gestores que efetivamente desejam que ela se traduza em realidade. E isso, vale ressaltar, não é utopia! Sabemos que existem municípios brasileiros que ao terem à frente de sua gestão pública cidadãos que foram capazes de enfrentar os desafios, acreditando na possibilidade de melhorar a saúde bucal da população e lutando por ela, têm hoje resultados - ainda que não ideais - reconhecidos nacionalmente. Vitória da Conquista, por exemplo, retrata essa realidade.

Ao referir-se ao “Brasil Sorridente”, Molinos (2004), critica o euforismo do anúncio da proposta e questiona se há condições objetivas para que ela se torne realidade. Entretanto, esta se configura como um fato alvissareiro na medida em que, além de gerar no meio técnico e profissional um sentimento de valorização há muito desgastado, combatendo o clima de falta de motivação para com as práticas sociais e com o que é público, também expressa, como diz esse autor:

Um compromisso político transformador de um aspecto da atenção à saúde que não tem merecido a devida consideração dos governantes, que premidos pela magnitude dos problemas, relegam a área a uma posição secundária, tanto do ponto de vista da implementação de políticas que superem o caráter meramente paliativo, não integral e focalista que tem caracterizado a assistência odontológica tradicional, quanto da destinação de recursos que garantam seu desenvolvimento em condições adequadas para proporcionar acesso com qualidade, integralidade, resolutividade e [...] sem solução de continuidade (MOLINOS, 2004, p. 8).

Molinos aponta a possibilidade de discutir a proposta sob a ótica de duas alternativas excludentes quanto à sua viabilidade: a de ser ela possível ou impossível de execução. Nesse sentido, afirma:

Essa forma de considerar o problema da viabilidade, ignora o fato de que em relação aos fenômenos sociais não existe o “impossível histórico”, mas a duração da contradição entre tendências que demarcam posições mais ou menos favoráveis ao vir a acontecer. Condições essas que vão conformando-se pela política, pela dinâmica social, com base na análise e na crítica e na capacidade organizativa dos que se dispõem a atuar no sentido da transformação da realidade, que como obra dos homens, como construção histórica, só por eles mesmos pode ser modificada (MOLINOS, 2004, p. 18).

Inúmeras são as dificuldades de ordem econômica, política, educacional e cultural para fazer-se cumprir o direito constitucional de acesso à saúde pela população brasileira. Chamo atenção, entretanto, para as dificuldades relativas ao perfil profissional dos recursos humanos em saúde, cujos atores, ao abarcarem um papel chave no cotidiano do SUS, determinam, em última instância, a sua implementação. Assim, o artigo 200, inciso III, da Constituição Brasileira proclama:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (...) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, p. 134).

Portanto, o que observo hoje é uma tentativa de articulação dos ministérios da Saúde e da Educação no sentido de, mediante a definição de diretrizes nacionais de Educação, propor uma formação profissional na área de Saúde que, também, esteja em sintonia com as diretrizes do SUS, de modo a contemplar as reais necessidades epidemiológicas do país e a estimular a responsabilidade social nos profissionais de saúde.

Nesse sentido, ao procurar pontos de convergência entre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Odontologia e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, observo que, de fato, eles existem, sendo essa última resultante de um processo de discussão com coordenadores estaduais de saúde bucal, fundamentado nas proposições geradas em eventos científicos de Odontologia – destacadamente da Saúde Bucal Coletiva – e em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e das I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal (Brasil, 2004a).

Assim, entre outros pontos de convergência, merecem destaque: a atuação com base em referenciais epidemiológicos; o respeito aos princípios éticos e humanísticos, pautados no cuidado com os indivíduos e não na mera assistência aos doentes; a responsabilização social; o desenvolvimento de habilidades capazes de gerar ações de comunicação e educação em saúde; o exercício da profissão de forma articulada ao contexto social; a capacidade de trabalhar em equipes multiprofissionais; e a ênfase à promoção da saúde.

Cabe ressaltar que é na cotidianidade das instituições, tanto escolar como do SUS, que essas propostas precisam se concretizar. Desse modo, ainda que as diretrizes nacionais com os seus pressupostos conceituais sejam construídas por setores e sujeitos representativos de cada instância, elas precisam ser discutidas, reformuladas e apreendidas pelos sujeitos que vivenciam essa cotidianidade. De outro modo, se elas apenas são recebidas como pacotes prontos, carregam o ônus de serem ignoradas, burladas, ou na melhor das hipóteses, ressignificadas a tal ponto que passam a guardar pouca ou nenhuma relação com a proposta inicial.

Gilberto Pucca, coordenador de saúde bucal do Ministério da Saúde no governo Lula, em entrevista ao Jornal do Conselho Regional de Odontologia (CROBA), ao ser questionado acerca das dificuldades que vem encontrando para a implantação do Programa Nacional de Saúde Bucal, revela que o primeiro problema é encontrar profissionais preparados para a lógica do Programa de Saúde da Família, pois os que hoje vêm sendo formados não têm o perfil adequado. Ressalva, entretanto, que isso não quer dizer que as faculdades não formam bem,

mas elas não formam para as necessidades epidemiológicas do país. Isso, em parte, se deve ao fato do serviço público até então não exigir o que exige hoje, em termos de perfil profissional. Este deve caracterizar-se, principalmente, por ser um clínico geral bem formado e com conhecimentos de saúde coletiva (Jornal do CRO, 2004. p. 4).

Em entrevista ao Jornal do Conselho Federal de Odontologia (2004), o Ministro da Saúde, Humberto Campos, definiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma política de Estado e não de governo. Nesse sentido ele afirma:

Desde que foi criado, o PSF – adotado para reorganizar a atenção básica em saúde – vem confirmando sua vocação para se tornar uma estratégia de ação permanente dentro do SUS (...). Se o impulso inicial aconteceu no fim do governo Itamar Franco e a primeira fase de implementação tenha se efetivado nos dois governos de Fernando Henrique, não há dúvida de que o PSF está assistindo à sua consolidação definitiva no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2004, p. 8).

Ainda que essa estratégia não seja – e acredito mesmo que não deva ser – a única estratégia de atenção básica à saúde bucal da população, dado os mais variados perfis em termos de população, costumes, cultura, infra-estrutura e atividades dos 5.561²⁸ municípios brasileiros; avalio que ela possibilita – se respeitada em sua proposta básica²⁹ (na maioria das vezes não é) – inúmeras mudanças positivas nas relações de trabalho dos dentistas, com ganhos incontestáveis para os usuários do SUS.

Dentre essas mudanças podemos considerar: (1) a responsabilidade social, uma vez que cada equipe trabalha em uma região adstrita, sendo responsável por diagnosticar, prevenir, tratar, referenciar e acompanhar um determinado número de famílias; (2) a melhora dos salários e das condições de trabalho – uma dívida antiga dos serviços públicos com os profissionais de saúde; e (3) a possibilidade de criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, dada a maior aproximação com a realidade de vida destes, fruto da realização de atividades em variados espaços sociais da comunidade, com destaque para as visitas domiciliares. Esse vínculo é reforçado pela proposta de compreensão dos fatores determinantes das doenças e a possibilidade de intervir sobre elas mediante ações que envolvem a participação ativa dos usuários.

²⁸ www.municipionline.com.br. Acesso em 14/02/2005, 21:20.

²⁹ “Orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, da responsabilização e do olhar integral sobre o indivíduo, sua família e o ambiente onde está inserido” (MS. Referencial para a construção da política nacional de promoção de saúde, 2002, p. 4).

Essas e outras mudanças nas relações de trabalho, exigidas pelo PSF, suscitam a necessidade de uma formação mais ampla que capacite o dentista a trabalhar em equipe, a compreender os determinantes sócio-econômico-culturais das doenças bucais e a se sentir seguro com a incorporação de um novo espaço de trabalho; antes restrito às quatro paredes de um consultório e agora invadindo espaços sociais altamente complexos como as residências familiares. Quando se refere ao perfil profissional voltado para as políticas de saúde bucal contemporâneas, Molinos (2004), advoga que os profissionais de saúde:

[...] precisam, na verdade, constituir-se em trabalhadores sociais, profissionais que, além das ações e dos atos médicos tradicionais, tem seu campo de intervenção ampliado, passando, em atuação interdisciplinar e em equipe, a ocupar-se e responsabilizar-se, também, com as questões que envolvem a superação das determinações societárias para a qualidade de vida das pessoas (...). O desempenho desse novo papel certamente exigirá conhecimentos, habilidades e posturas que transcendem os atos médicos convencionais, transferindo aos profissionais novas responsabilidades e novos papéis que certamente resgatam suas condições de sujeitos sociais, protagonistas que darão consciência a suas ciências, rompendo com a pseudo neutralidade que lhes asseguram um fazer socialmente asséptico em relação as condições desfavoráveis à vida, à qualidade de vida, à saúde em sua verdadeira significação (...). São, pois, esses novos conceberes que permitirão aos trabalhadores sociais ultrapassarem os atuais limites de suas ciências, oportunizando-os, como parte de seus fazeres profissionais, no caso da odontologia, a mergulhar, não no sangue ou na saliva, mas no emaranhado e na complexidade da vida, como ela efetivamente se faz e se refaz (MOLINOS, 2004, p. 17).

Segundo Pucca (2004, p. 4), o grande empregador na Odontologia hoje é o SUS. Desse modo, este autor (2004b, p. 14) avalia que o “Brasil Sorridente” não vai beneficiar apenas as pessoas para quem o tratamento se destina, mas também aos profissionais da área odontológica, tanto os de nível superior como os de nível médio. Esses profissionais passam a integrar as equipes de saúde bucal em todo o país, de maneira que ele é relevante também como uma estratégia de ampliação do campo de trabalho para esses profissionais, já que, com sua continua expansão, cada vez mais dentistas serão demandados. Apenas no período entre dezembro de 2002 e abril de 2004 foram implementadas 2.870 novas equipes de saúde bucal. Com esse aumento (67%), existia no país 7.131 equipes atendendo a 36 milhões de pessoas em quase 3 mil municípios e com a meta de 9 mil equipes a ser alcançada até o final de 2004.

Obviamente que ao pensarmos na grande massa de novos dentistas que anualmente vem sendo formados no Brasil, esses números ainda são pequenos. Mas se pensarmos na crise que vem minando o mercado de trabalho odontológico e nessa tendência de ascensão da oferta de trabalho na esfera pública, com a implementação dessas políticas que vem, cada vez

mais, inserindo a Odontologia no contexto da atenção em saúde; fica implícito que as instituições formadoras precisam repensar coletivamente os seus currículos tradicionais, inovando a sua proposta de formação com base nas mudanças contemporâneas observadas em ambas as esferas, a pública e a privada.

No bojo dessa discussão, é preciso que todos os atores das instituições formadoras tenham em mente que nos serviços públicos as relações de trabalho são mais complexas do que as do mercado de serviços, uma vez que, além da maioria das habilidades demandadas pela clínica privada serem necessárias, outras habilidades também são requeridas para o exercício profissional público qualificado, ou seja, exige-se hoje do profissional, habilidades para lidar com os desafios das escolhas (tomada de decisão), mediadas por processos coletivos (governamentais) que geram ações (ZANETTI, 2004a). Nessa mesma perspectiva, Chaves (1986) afirma:

Na medida em que se assume posição mais elevada na hierarquia organizacional, a necessidade de conhecimentos de administração e planejamento, entre outros, passa a constituir indispensável pré-requisito para o profissional de saúde [...]. O exercício de qualquer função em uma organização componente do sistema de saúde requer não só a competência técnica na área substantiva, mas conhecimentos fundamentais da ciência administrativa [...]. Na verdade, a grande maioria dos profissionais do sistema não está qualificada para dirigir, coordenar ou organizar qualquer atividade cuja complexidade exija, além do simples bom senso, certo grau de tecnologia gerencial. Esse despreparo pode ser explicado, em parte, pela estrutura curricular dos cursos que está dirigida basicamente para as ciências biológicas, com uma prática voltada para a atenção individual e não coletiva e para a cura, não para a prevenção. Não é surpresa, portanto que a maioria dos egressos destes cursos tenham dificuldade para apresentar um desempenho positivo quando convocados ao exercício de outra atividade que não a atenção profissional individualizada (CHAVES, 1986, p. 208-9).

Corroborando esse pensamento, Zanetti (2004a) alerta que, de um modo geral, os cirurgiões-dentistas têm demonstrado uma enorme incapacidade de ultrapassar o limite da ação individual para alcançar as ações coletivas, revelando-se profissionais historicamente inábeis para a ação política cotidiana. Isso repercute de forma devastadora no ambiente dinâmico e competitivo do Estado atual, uma vez que quase sempre os cirurgiões dentistas lotados nos serviços públicos se afastam dos processos de disputa dos escassos recursos disponíveis para a saúde, dificultando, assim, a realização de suas políticas.

Essa dificuldade dos profissionais não está apenas relacionada a uma atuação na esfera pública ou como empregados de empresas privadas. O nível de exigência do mercado frente à situação de crise tem exigido dos dentistas uma maior profissionalização para lidar com a administração dos próprios consultórios ou clínicas. Neste sentido, podemos destacar além do

aumento da burocratização dos consultórios (GREC, 2001, p. 277), algumas necessidades: de um trabalho de marketing para captação e fidelização da clientela (ZANETTI, 2004b); de gerenciamento de recursos humanos voltados para um trabalho em equipe; de conhecimentos de economia para um controle dos custos de manutenção, em virtude da redução da remuneração pelos serviços prestados; e de conhecimentos jurídicos que lhe propicie estabelecer em seu cotidiano medidas de proteção³⁰ contra os processos jurídicos, cada vez mais frequentes no Brasil.

Diante dessas críticas e desafios aos dentistas e às instituições formadoras, é preciso que estes comecem a agir no sentido de propiciar a ampliação da formação profissional para além da simples aquisição de habilidades técnicas. Para Molinos (2004, p. 17), a proposta do SUS requer uma demanda por recursos humanos, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, compreendendo a qualidade não só no sentido da competência técnica, mas segundo ele de identificação ideológica com a linha de trabalho, inerente à esfera pública, a qual exige: disponibilidade, compromisso e postura moral e ética fortemente relacionadas à construção da cidadania.

Complementando essa idéia, Vianna (Jornal do CROBA, 2004, p. 11) analisa que para a implementação de uma política de assistência à saúde do nível da que temos hoje é necessário o recrutamento de muita gente, tanto de nível superior como de nível técnico. E para isso tem que haver um investimento na formação do perfil adequado a esse contexto e na valorização profissional, garantindo o ingresso via concurso público e contratação, evitando formas de precarização como as que têm ocorrido - principalmente no PSF - onde prefeituras têm contratado via terceirização, com contratos provisórios e sem garantias de direitos sociais.

Sobre essa questão, Pucca (Jornal do CROBA, 2004, p. 3) é contundente ao afirmar que a contratação de profissionais para o setor público é de responsabilidade dos municípios e que estes devem seguir os trâmites da legalidade, na qual há apenas duas formas de contratar: ou por concurso público ou pela CLT, fora disso, afirma ele, “é ilegalidade”.

A despeito disso, a classe tem muito que lutar para que essa legalidade seja, de fato, legitimada, visto que o terreno é bem escorregadio: de um lado, existe excesso de oferta de mão-de-obra e os profissionais precisam garantir a subsistência; de outro, existe a precariedade real de recursos de muitos municípios, e, pior que isso, existe a falta de valor atribuído à saúde que somada à corrupção conduz a um acordo velado entre as partes que burlam essa legalidade.

³⁰ Ex.: contratos de prestação de serviços com aprovação assinada pelos clientes, mediante esclarecimentos técnicos e conservação de documentos técnicos comprobatórios.

Molinos (2004, p. 18) chama a atenção para o fato de que é difícil que a intenção alcance o gesto, por mais técnica e ideologicamente que os recursos humanos tenham sido capacitados, quando ocorrem contratações precarizadas, relações flexibilizadas, ausência de política de desenvolvimento de pessoal, inexistência de carreiras, políticas de baixos salários e constante desrespeito às conquistas previdenciárias dos trabalhadores. Com base no reconhecimento de que essa precarização realmente existe, o relatório final da 3ª CNSB propõe:

Implementar política de combate à precarização do trabalho odontológico, tanto no setor privado como no setor público. No âmbito do SUS, valorizar os servidores concursados com um vínculo empregatício, oriundos das esferas municipal, estadual ou federal, exigindo-se o cumprimento da obrigatoriedade de concurso público para contratação de profissional e pondo fim à terceirização, aos contratos temporários e à contratação através de cargos em comissão e de parcerias público-privado, que não oferecem garantias ao profissional, geram insegurança no trabalhador e contribuem para dificultar as políticas de humanização do SUS (3ª CNSB, 2004, p. 36).

De fato, uma das principais conseqüências dessas relações de trabalho precarizadas, sobretudo com profissionais formados sem apreender a responsabilidade social e a cultura humanista, é uma atenção aos usuários também precarizada, o que contradiz a atual política norteadora do SUS que é o acesso com qualidade.

Sobre a responsabilização social, Campos Jr. (1998, p. 72), em sua dissertação, avaliando a qualidade de ensino e suas implicações político-pedagógicas na Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas, ao entrevistar professores antigos e atuais do curso, revela a percepção de que existe nas falas desses atores sociais:

[...] um silêncio cômodo, de quem, como que satisfeito ou conivente com o modelo, se colocasse à margem dos reclames sociais. Este traço, característica ainda marcante da formação dos profissionais da área, parece que vai perpetuando um processo de alienação social no qual os protagonistas das próximas gerações tendem a se desresponsabilizar com a mudança dos índices de qualidade de saúde bucal da população. (CAMPOS Jr., 1998, p. 72).

No que se refere à cultura humanista, este mesmo autor argumenta que coexistem no curso várias concepções do que seja um ensino odontológico de qualidade, mas que a hegemonia continua sendo o olhar tecnicista. Deste modo, ele propõe um esforço conjunto de entidades de classe, profissionais, professores e alunos, na perspectiva de: “a Odontologia do futuro muito mais do que especializada em técnicas deverá ser especializada em homens, no sentido mais amplo da palavra” (CAMPOS JR., 1998, p. 90). É nessa concepção que se vem tentando delinear as políticas públicas de saúde contemporâneas. Assim, a 3ª CNSB apresenta como uma de suas propostas:

Articular as diversas instâncias do controle social na mobilização da sociedade pela reivindicação de serviços de saúde com qualidade e dignidade, humanização, acompanhamento e avaliação do desempenho ético e funcional de seus trabalhadores (3ª CNSB, 2004, p. 22).

Com essa perspectiva, a 3ª CNSB inclui a definição da política de humanização da atenção em saúde bucal como eixo estruturante da atenção e da gestão. Esta proposta convida os candidatos a um emprego público na rede do SUS a reverem as suas posturas relacionais, não só com os pacientes, mas também com a equipe de trabalho. Convida, ainda, as instituições formadoras a valorizarem a dimensão humana, numa profissão que, contraditoriamente, apenas tem valorizado a tecnociência.

Entretanto, é preciso não se dar margem ao euforismo dos discursos oficiais porque entre iniciar um discurso, transitar por um processo radical de discussão, compreensão e apreensão dos seus pressupostos teóricos e transformá-los numa prática cotidiana, existe um longo e difícil caminho a ser percorrido. E, se isso não acontece, corremos o risco de perpetuá-lo apenas no plano do discurso, dando voz, de forma alienada, a propostas políticas que jamais se concretizam, servindo apenas aos propósitos políticos de manter uma sociedade cativa embalada pela esperança de “dias melhores”.

É preciso, também, ter a clareza das resistências a serem enfrentadas nos espaços de ensino. Falar do humano, da sensibilidade, das relações afetivas e até mesmo da ética nos cursos de graduação e nos espaços de educação continuada, tão hegemonicamente construídos, sob a ótica cientificista e tecnológica, parece “piegas” e “não científico”. É como se não existisse o reconhecimento de que os conhecimentos produzidos nas áreas das ciências humanas e sociais também fossem fruto de produções científicas sérias, competentes e radicais.

2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO PARA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DE NÍVEL SUPERIOR EM ODONTOLOGIA

Para entendermos as raízes da formação superior em Odontologia é preciso nos reportarmos ao Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, nos Estados Unidos, que definiu o paradigma da Medicina Científica (MENDES e MARCOS, 1984, p. 20-21). Em 1926, essa Fundação divulgou também o Relatório Gies, que aborda a educação dental nos Estados Unidos e Canadá, com o objetivo de sistematizar o ensino e a prática odontológica que buscava uma autonomia frente à Medicina (MEDEIROS, 2004, p. 277).

Assim, os mesmos pressupostos do Relatório Flexner foram apreendidos no Relatório Gies, estabelecendo-se os referenciais da Odontologia Científica que se caracterizava pelo mecanicismo (corpo humano como uma máquina), pelo biologismo (reconhecimento exclusivo da natureza biológica das doenças), pelo individualismo (elege como objeto o indivíduo, alienando-o da sua vida e dos seus aspectos sociais), pela especialização (aprofunda o conhecimento específico e atenua o conhecimento holístico), pela exclusão de práticas alternativas, pela tecnificação do ato odontológico e pela ênfase na Odontologia curativa (MENDES e MARCOS, 1984, p. 21-22). Esses referenciais têm, hegemonicamente, norteado o ensino odontológico e os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.

Desse modo, ao discutir as políticas públicas de saúde bucal, penso que já foi evidenciado que existe uma desarticulação entre o perfil de profissional que a sociedade precisa e aquele que os cursos de Odontologia vêm formando. Silva Júnior e Ferretti (2004, p. 64), compreendem que é a partir da função social e em razão dela que é montada toda a estrutura organizacional da escola. Segundo os autores, essa estrutura vem sendo cada vez mais posta em tensão pelas mudanças nos contextos sociais e de produção do conhecimento, bem como pelas alterações que são solicitadas à instituição escolar em vista de tais mudanças. Figueiredo (2002, p. 40) se refere à inadequação social da Odontologia, ao afirmar que as faculdades agem como máquinas que produzem dentistas em série, com base em referenciais profissionais elitizados, sendo estes incapazes de perceber as dicotomias do mundo e desinteressados pelas lutas sociais travadas no cotidiano.

Entretanto, essas alterações no âmbito da formação não são simples, é preciso tempo para transformar a perspectiva em que se olhava o setor público, é preciso tempo para se vencer as resistências dos sujeitos envolvidos nessa formação. Apesar da crise no mercado odontológico, que se configura a partir da década de 1980, não havia política de saúde bucal, nem atrativos na esfera pública. Refletindo, ainda, sobre a formação profissional, Figueiredo afirma:

A ênfase continua sendo dada no modelo de atendimento do consultório privado e na prática de uma odontologia de mercado (...). O ensino técnico é valorizado em detrimento ao ensino crítico, humanizado e, o destaque nas atividades clínicas e curativas em detrimento das atividades de promoção de saúde (FIGUEIREDO, 2002, p. 36-37).

Compreendendo que essas dimensões não são antagônicas na formação profissional, penso que essa afirmação denuncia muito mais uma resistência da profissão às mudanças do que propriamente uma falta de proposta político-pedagógica capaz de (re)significar a formação do dentista. Paixão (1979) acena para essa compreensão ao descrever os objetivos da

FOUFMG, formulados em 1968, quando cita que a característica do cirurgião-dentista que o curso pretendia formar era:

Um profissional integral e polivalente (...). Que tenha visão crítica que o capacite a atuar ao nível das necessidades globais da comunidade (...). Que tenha o paciente como uma unidade bio-psico-social praticando uma odontologia humanística (PAIXÃO, 1979, p. 5).

Do mesmo modo, Campos Júnior (1998), reportando-se ao projeto pedagógico da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), formulado em 1981 para analisar a qualidade de ensino do curso, revela que este já trazia o compromisso de transformar o ensino odontológico de uma linha tecnicista para uma linha mais voltada para as questões sociais, formando recursos humanos em condições de atuar na comunidade e adotar valores e atitudes preventivas, epidemiológicas, sociais, educacionais, humanísticas e capazes de trabalhar em equipe.

Entretanto, segundo o autor, essa proposta inovadora, ainda que partindo de uma construção coletiva, no dia-a-dia de sua implementação se configurou em uma frustração geral, uma vez que as propostas existiam somente no papel porque os professores que seriam os seus condutores, definitivamente não se apropriaram delas em sala de aula. Ao analisar as entrevistas dos professores ele constatou que o discurso permanece inalterado, sugerindo aí uma perpetuação de conceitos e verdades, carentes de uma visão atual realista e transformadora (CAMPOS Jr., 1998, p. 57).

Portanto, antes mesmo de apresentar as políticas atuais que propõem diretrizes para a formação do dentista, em se tratando do perfil profissional, julgo não haver muito de inovador. É provável que elas se evidenciem hoje com mais alarde nos espaços de discussão das instituições e associações profissionais e, talvez, na percepção dos próprios dentistas em seu cotidiano; não por uma mobilização da classe por compreender e valorizar essas mudanças, mas pela busca de soluções para uma crise estrutural percebida na profissão que suscita a necessidade de mudanças há décadas pontuadas. Quiçá essa crise possa servir de oportunidade para que as mudanças que vêm sendo propostas na formação do dentista comecem a se evidenciar no cotidiano das instituições de ensino respaldadas agora por uma diretriz nacional.

Conforme já apresentado no capítulo que aborda o histórico da profissão, o Currículo Mínimo, instituído em 1982, vigorou até a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Odontologia (FERNANDES NETO, 2002). Assim, as propostas de elaboração das DCNs foram feitas para atender à Nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – que estabelece as diretrizes e bases da

educação nacional (Brasil, 1996b). De acordo com o Art. 2º, do Título II:

A educação (...) inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1996b, p. 1).

Esse princípio, ao evidenciar a solidariedade humana e a cidadania, nos convida a refletir sobre: o que a universidade traduz em seu cotidiano como qualificação para o trabalho? E o que temos conseguido evoluir, no âmbito da formação em Odontologia, no sentido de contribuir com os processos formativos dos alunos em sua dimensão afetiva, hoje tão valorizada nas políticas públicas de Educação e Saúde? Quando me refiro ao “contribuir” é porque compreendo que a universidade não pode ter a pretensão de desenvolver essa dimensão humana.

Em verdade, elas são construídas ao longo da vida dos sujeitos, mediadas por suas vivências familiares, convivências sociais, ambientes culturais, religião, escola etc. À universidade compete o importante e indispensável papel de evidenciar o valor que ela atribui (se é que, de fato, atribui) a essa dimensão profissional e propiciar experiências nas quais alunos e professores possam expressar atitudes de solidariedade e cidadania. Fica claro, também, que não se trata de assumir essa responsabilidade apenas para cumprir uma lei, mas por valorizar tais dimensões, até porque elas se expressam por atitudes que jamais podem ser manifestadas por imposição.

Dentre as várias alterações introduzidas pela LDB no ensino superior, destacam-se o estímulo à qualificação docente, a proposta de elaboração de projetos pedagógicos, a extinção do Currículo Mínimo e a proposta de elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1996b). A construção de referenciais para elaboração das Diretrizes Curriculares para os cursos de Odontologia, segundo Carvalho (2001), traduziu um processo de participação coletivo, diversificado e bastante representativo. Este teve início mediante a fundação, em 1994, do Grupo de Estudos sobre Ensino Odontológico que, junto ao Núcleo de Pesquisas de São Paulo (NUPES); configurou-se como um grupo interinstitucional após agregar representantes de universidades paulistas, da Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), da Escola de Aperfeiçoamento Profissional e Departamento de Divulgação da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas (APCD).

As discussões e textos produzidos pelo grupo foram amplamente divulgados em universidades e em vários eventos promovidos pelas associações envolvidas, servindo como subsídio para a atuação da primeira comissão do Exame Nacional de Cursos de Odontologia, em

1997, para a produção do Instrumento de Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Odontologia e para a atuação da Comissão do Grupo de Especialistas de Ensino de Odontologia do MEC, com vista à produção das DCNs que passaram a nortear a elaboração dos projetos pedagógicos dos cursos. Na percepção desse autor:

A constituição de um grupo aberto para reflexões e estudos sobre ensino de odontologia foi uma experiência enriquecedora e muito útil, servindo como uma espécie de câmara de reflexão prévia ao ingresso da odontologia nos vários passos do processo de avaliação e de normatização promovidos pelo MEC, com fundamento na nova LDB (CARVALHO, 2001, p. 10).

Adicionalmente, a construção coletiva foi enriquecida com sugestões encaminhadas por representantes de cursos de Odontologia em atendimento à solicitação do MEC (CARVALHO, 2001, p. 10). A convocação do MEC, mediante o Edital nº 4/97, convidou as Instituições de Ensino Superior a apresentarem propostas para as Diretrizes Curriculares, tendo como referência um documento com orientações básicas e um prazo de quatro meses para o envio das sugestões (BRASIL, 1998).

Na proposta apresentada pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia, esta relata a contribuição de 21 Instituições de ensino e do Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior do Estado de São Paulo – SEMESP (BRASIL, 1998). Entretanto, não podemos ter a visão ingênua de que o que está posto nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia nascem em seu lócus de discussão como faz parecer as declarações de Carvalho ao historiar o processo de discussões que antecedeu a elaboração das reformas.

Nesse sentido, Silva Júnior e Ferretti (2004, p. 42) revelam, com base em resultados de investigações prévias por eles conduzidas, que as reformas educacionais na América Latina, particularmente no Brasil, foram e ainda são intervenções de setores da sociedade civil organizada e das autoridades educacionais que têm como referências principais, as propostas das agências multilaterais no contexto da universalização do capitalismo; tendo em vista um consenso social geral.

O que de fato, podemos afirmar é que no âmbito da Odontologia, essas discussões aconteceram, ainda que timidamente. Eu avalio que a participação das instituições de ensino e dos sujeitos que vivem o cotidiano dos cursos tenha tido uma baixa representação comparada ao grande número de cursos existentes no país. Isso contradiz a opinião de Silva Junior e Ferretti (2004) quando estes afirmam:

As diretrizes curriculares para os cursos de graduação foram feitas de forma centralizada por especialistas no âmbito da própria pró-reitoria de graduação e apresentadas, sem discussão alguma, aos envolvidos com a nova grade curricular de cada curso da universidade (...) tampouco foram discutidas, para bem ou mal, com os atores institucionais (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 135-136).

Ainda que eu tenha conhecimento das críticas apontadas por esses autores, os referenciais das diretrizes, em termos de perfil profissional, incorporam muitas reflexões e anseios antigos de professores e profissionais que transitam na área de saúde coletiva e áreas afins, apostando numa Odontologia mais humana e inclusiva.

De acordo com a proposta inicial da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia (BRASIL, 1998), o profissional de Odontologia a ser formado no Brasil deveria ser um generalista, **com sólida formação** técnico-científica, **humanística e ética** e, ainda, orientado para a prática da promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes. Deveria estar preparado para exercer a profissão em consultórios privados, mas também **capaz de adaptar-se ao trabalho em equipes multiprofissionais e serviços socializados** (grifos meus).

Quatro anos após esse processo, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, mediante a resolução CNE/CES 3, de 14 de fevereiro de 2002, instituiu as DCNs do Curso de Graduação em Odontologia. Tal documento define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de cirurgiões-dentistas, tendo em vista a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos referidos cursos (Brasil, 2002a).

Ao avaliar as diretrizes, Carvalho (2001, p. 31-32) entende que o CNE definiu um nível de generalidade para todos os cursos que amplia a margem de flexibilidade dos currículos e de autonomia das instituições de ensino superior. Segundo o autor, isso gera preocupações sobre como serão utilizados mecanismos tão abertos e flexíveis em um País de dimensões continentais tão grandes. Nas entrelinhas, o autor parece sugerir que as diretrizes poderiam ser mais prescritivas, entretanto, eu penso que é exatamente por essa diversidade do País que as DCNs jamais poderiam ser elaboradas e avaliadas com esse caráter. Por outro lado, Silva Junior e Ferretti (2004) consideram que essa autonomia é apenas aparente quando afirmam:

A expressão “diretrizes” [...] conforme asseverado pelos seus elaboradores, abrigados na oficialidade, pretende-se apenas que sugiram caminhos amplos, em vez de determinar normas e regras estreitas. Mas, ao mesmo tempo, o Estado reformado cobra o cumprimento dessas diretrizes por meio de exames nacionais que lhe permitem avaliar o desempenho do sistema (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 79).

Concordo com os autores, não por considerar a avaliação indesejável, pelo contrário, ela é necessária, mas pela forma como ela vem sendo conduzida no país, usando critérios que não levam em consideração os diferentes contextos das instituições.

De acordo com o Art. 3º, das DCNs:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional, o Cirurgião Dentista, com formação generalista, **humanista**, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, **pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio**, dirigindo sua atenção para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002a, p. 1) (grifos meus).

Ainda em relação ao perfil do egresso, o Art. 13 institui que os cursos devem estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral, envolvendo dimensões cognitivas, **afetivas** e psicomotoras nas seguintes áreas: formação geral (conhecimentos e atitudes relevantes para formação científico-cultural do aluno), formação profissional (capacidades relativas às ocupações correspondentes) e **cidadania (atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade)** (grifos meus).

No Art. 6º, são definidos os conteúdos essenciais para o curso de Odontologia, destacando além daqueles inerentes às ciências biológicas e da saúde e os das ciências odontológicas (conhecimentos teóricos e práticos específicos), os das ciências humanas e sociais, onde se inclui os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a **compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença** (grifos meus).

Ao analisar os aspectos grifados acima e que, de certa forma, inspiram os desejos de mudança daqueles que valorizam essas dimensões na formação profissional, fico pensando, com base nas reflexões de Silva Júnior e Ferretti (2004, p. 145), nas dificuldades para a sua concretização: por um lado, as diretrizes apontam para a formação pautada na ética, na humanização, no trabalho em equipe e na responsabilidade social; referenciais que, de certa forma, representam um discurso sedutor; por outro, a universalização do capitalismo que demanda as reformas educacionais reflete uma contradição: no contexto capitalista – que reforça o desenvolvimento econômico global – o processo de socialização do indivíduo é contrário ao desenvolvimento social da condição humana voltada para o gênero humano.

No contexto de universalização do capitalismo, Silva Filho e Ferretti (2004, p. 114), também, afirmam que o MEC tem elaborado a avaliação educacional para contingenciar o financiamento e acompanhar os resultados do processo, a fim de intervir na aparente autonomia da escola. Desse modo, com o Decreto nº 2.026 de outubro de 1996 (Brasil, 1996), ficaram estabelecidos os procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Dentre outros recursos de avaliação, destacam-se o Exame Nacional de Curso (Provão) e a Análise das Condições de Oferta dos Cursos (Brasil, 1996a).

Os Cursos de Odontologia foram incluídos no Exame Nacional de Cursos (Provão) a partir de 1997. No ano seguinte, iniciaram-se as visitas para a Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Odontologia (CARVALHO, 2001, p. 41), cujo instrumento utilizado (Manual de Avaliação dos Cursos de Odontologia) contempla como itens de avaliação: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações (DAES/INEP, 2002). Considerando o posicionamento da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da Secretária de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu/MEC), essa avaliação mostrou os seguintes resultados:

(1) A maioria dos cursos não possuía um projeto pedagógico ou o apresentaram de forma incompleta; (2) ao longo dos últimos anos, os cursos não foram muito alterados, embora algumas faculdades tenham elaborado currículos diferenciados; (3) o discurso preventivo convive com uma prática controversa, desde um certo elitismo no currículo e na formação, até a falta de soluções objetivas para o recém-formado que vai atuar em centros menos sofisticados; (4) em geral, nota-se um “currículo oculto” que, contrariando a realidade e as tendências do mercado de trabalho, insiste apenas na imagem e na preparação do futuro cirurgião-dentista, como profissional liberal; e (5) o modelo de ensino odontológico dá ênfase às especialidades que requerem alta tecnologia para a sua execução. Em algumas instituições, a falta de distinção de limites de conteúdos entre o que é necessário para o exercício da Odontologia como clínico geral e como especialista, gera uma saturação da grade curricular, com autênticos inchaços nos programas e nos créditos das disciplinas.

A partir desses resultados, a comissão de avaliação conclui que o ensino de Odontologia no país, tendo em vista o mercado de trabalho, está mal dirigido e aponta como causa básica da aberração especializante a falta de clareza sobre as capacitações do profissional a ser formado. Desse modo, para atender às necessidades da sociedade, o profissional de Odontologia no Brasil deveria ser aquele com conhecimentos básicos, humanísticos, econômicos, sociais, clínicos, técnicos simplificados e objetivos. Deveria estar preparado para atuar não apenas em grandes centros urbanos, mas trabalhar em serviços socializados e populares, com produtividade e qualidade e, também, ser treinado para interagir em equipes interdisciplinares.

O autor reporta como causa básica da “aberração especializante” a falta de clareza sobre as capacitações do profissional a ser formado com o perfil de clínico geral. Acrescenta, ainda, que **os cursos de Odontologia no Brasil ainda priorizam a formação técnico-científica**; enfatiza os aspectos cognitivos; valoriza a memorização de conteúdos, é centrado na figura do professor; **privilegia a especialização e a tecnologia de ponta; e o corpo docente não prioriza os aspectos sociais, humanísticos, culturais e de cidadania** (grifos meus). A partir dessas avaliações, poucas mudanças vêm sendo implementadas no âmbito das instituições. A mais relevante delas é a melhora na qualificação do corpo docente. No período entre 1997 e 2000 houve aumento no percentual (47,7% para 60,5%) de docentes titulados nos cursos de Odontologia (CARVALHO, 2001, p. 72-73). Entretanto, apenas esse referencial não implica em melhoria da qualidade do desempenho docente desses profissionais.

Na análise geral dos resultados das duas avaliações (Provão/Avaliação de oferta dos cursos), ainda que o item “corpo docente” receba conceito Muito Bom (CMB) e Bom (CB), na maioria dos cursos, inclusive naqueles com conceitos mais baixos no Provão; a comissão sugere que este item não tem sido confiável dentro dos critérios atuais de avaliação (qualificação, regime de trabalho e estabilidade). Na percepção da comissão de avaliadores, esta falta de confiança nesse item, pode estar associada à possibilidade de que um rol de docentes bem qualificados nos quadros das instituições possam não significar, na prática, que eles estejam atuando no dia a dia das atividades da graduação (Perri de Carvalho, 2001, p. 61).

Entretanto, eu avalio que esta pode ser apenas uma pequena faceta do problema, uma vez que é extremamente limitado avaliar a qualificação docente, em termos de prática de ensino, apenas por um título de mestre ou doutor, sobretudo quando sabemos que a maioria dos cursos de Pós-Graduação em Odontologia não qualifica o docente do ponto de vista pedagógico. Não qualificados, pedagogicamente, e muito qualificados nas suas especialidades, a tendência do docente é a perpetuação do modelo de ensino tradicional, já que tendemos a reproduzir o modelo de ensino que estamos familiarizados em nossa trajetória escolar. E, obviamente, como todo o investimento da sua formação foi centrado nas técnicas e nas especialidades, a opção é se enfatizar uma prática de ensino que reflete esses valores.

Os conteúdos trabalhados, quase sempre são centrados na figura dos professores que “brilhantemente” expõem os seus conhecimentos científicos e as suas experiências profissionais, despertando o deslumbramento nos alunos, que um dia sonham serem tão competentes/especializados quanto eles. Essa prática confirma o modelo mercantilista e elitista da Odontologia em nosso país. Analisando esse aspecto, Figueiredo (2002) adverte:

As faculdades de odontologia são formadas, em sua maioria, por professores provenientes das classes de elite, com visões de mundo bastante semelhantes às dos alunos, e que por serem bem sucedidos no consultório particular, passam a ser símbolos de sucesso e prosperidade. A maioria não possui capacitação didática, a não ser aquela acumulada pelo tempo. Não realizam cursos preparatórios para que sejam supridas as necessidades de um educador. Em sua maioria não revelam preocupações pedagógicas ou políticas [...] A educação nos cursos de odontologia continua com a ilusão de uma neutralidade; quando na verdade é reprodutora da ideologia dominante. É todo um sistema de valores, idéias e prescrições não explicitadas formalmente, que penetram educandos e educadores. Há uma concordância entre eles de que nada tem a ver com esta situação social e de saúde da população do país. Como as divergências são raras, o modelo é sustentado (FIGUEIREDO, 2002, p. 42).

Alterar esse modelo requer um trabalho árduo que envolve não apenas a instituição de reformas educacionais e/ou prescrições de regras e normas produzidas no seio das organizações escolares, mas antes de tudo a reflexão radical das mudanças desejadas envolvendo os sujeitos que vivem a cotidianidade da escola. Nessa perspectiva, Silva Júnior e Ferretti (2004) acreditam que há uma certa margem de autonomia do professor para conduzir o processo educativo, ainda que exista um conjunto de regras estabelecidas pela estrutura organizativa.

Assim, as apropriações que cada professor faz são únicas, uma vez que, por sua história de vida, multideterminada, cada um deles constitui-se em um ser humano único. Essa unicidade social far-se-á presente em toda instituição ou organização de que faça parte (Silva Júnior e Ferretti, 2004, p. 55). Sobre isso, os autores complementam ainda:

A vida institucional resulta das relações que entre si estabelecem os sujeitos que dela participam, as quais são dinâmicas. Os atores da trama cotidiana escolar são seres sociais e agem com base em sua esfera biológica de existência, mas predominantemente segundo sua história de vida que se materializa em sua cultura pessoal. Em outros termos, embora a organização cultive a expectativa de que tais sujeitos não deixem suas preocupações pessoais, suas visões de mundo, emoções, interferirem nas atividades profissionais, não é isso o que ocorre, posto que sua cultura pessoal também se materializa em uma de suas práticas em qualquer âmbito (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 62).

Segundo Silva Júnior e Ferretti (2004), evidencia-se, deste modo, a necessidade de compreendermos as reformas educacionais na sua concretização, uma vez que elas não se esgotam em suas proposições. Elas são históricas, não constituem um todo hegemônico e expressam interesses diferentes em todas as instâncias. Para esses autores, é na escola que se condensa a materialidade do processo educativo e apesar desta constituir-se com base em um ordenamento jurídico, constitui-se principalmente pelos sujeitos que nela atuam. Assim, apesar da pretensão do Estado em interferir, por meio das reformas, na organização escolar, ele se

esbarra em diferentes formas de resistências, conscientes ou não. Ainda na compreensão desses autores:

A instituição escolar não é mera agência reprodutora de expectativas ou projetos sociais, uma vez que, como resultado do próprio processo histórico, cada unidade escolar, ao mesmo tempo que incorpora valores, normas, procedimentos etc., socialmente instituídos, constrói sua própria forma de ser e de se organizar, elabora normas e valores, estabelece condutas, costumes, códigos e referências que utiliza coletivamente como critérios para examinar, analisar, incorporar, negar ou modificar o que lhe é proposto por meio da prática escolar, cuja centralidade constitui-se no indissociável binômio apropriação – objetivação (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 45).

Mesmo compreendendo esses limites das reformas educacionais e as contradições inerentes às propostas do MEC, agrada-me a tentativa insistente dos documentos oficiais em dar ênfase à dimensão ético-humanista na formação do dentista, conforme destacado nos grifos acima. Nesse sentido, Campos Júnior (1998) adverte:

Esta nova era exige um novo homem, um novo profissional, uma nova relação homem/mundo. Um homem que não privilegie apenas uma de suas dimensões (ser dentista), mas um homem que seja capaz de pensar criticamente, agir e reagir eficiente e eficazmente, sentir criativamente a sua profissão (CAMPOS Jr. 1998, p. 84).

Ainda que esse salto qualitativo seja um processo a ser construído (ou em construção?) e as resistências à mudança sejam claras ao observar o nosso cotidiano acadêmico, é preciso viver essa utopia - e lutarmos por ela! - no sentido de formar profissionais que assumam, nesse processo, a consciência de si e das relações humanas e sociais das quais são sujeitos.

2.4 A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO ACERCA DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA BUCAL

É inegável a grande contribuição que a evolução tecnológica e científica tem proporcionado ao campo biomédico, ampliando os conhecimentos e as ações concretas nas áreas de diagnóstico, prevenção, tratamento e controle das doenças, sobretudo no nível individual da atenção. Todas essas conquistas, entretanto, não apagam o debate que tem início neste novo milênio sob o imperativo da ética e da qualidade de vida. Para muitas doenças, gerais e bucais, que afetam as populações, o instrumental científico-tecnológico, por si só, não é suficiente para responder à alta complexidade que as envolve. Assim, somos desafiados a pensar a saúde sob a ótica do desenvolvimento e da condição humana, porque evidências têm mostrado

que a saúde está muito mais relacionada com o modo de viver das pessoas do que com os fatores biológicos e genéticos. Dessa maneira, o sedentarismo, a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade e o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas (BRASIL, 2002b, p. 2). Ao pensar o processo saúde-doença nessa perspectiva mais ampla, Benetton (2002) afirma:

Sombras e virtudes, posturas corporais e hábitos, crenças, medos e culpas vão esculpindo o ser humano conforme o regime dos ventos. A doença pode ser vista dentro deste referencial. É possível estabelecer relações profundas entre enfermidades e curvas existenciais, entre o adoecer específico de um ser e sua biografia particular – tudo se expressa mutuamente (...). Podemos considerar que, por trás de uma doença crônica, há um script de vida crônico expresso na síndrome em questão (...). Também é possível somatizar saúde (BENETTON, 2002, p. 144).

Contraditoriamente, o médico tem sido preparado, mais ou menos adequadamente, para tratar um paciente que não é nem homem, é apenas um corpo humano. Em seu cotidiano, entretanto, se defronta com um homem que tem um corpo que sofre reagindo fisiologicamente a toda uma gama de influências concretas do tipo emocional, cultural e moral (PESSOTI, 1996, p. 443).

No que se refere à saúde bucal, Freire (2001, p. 21) afirma que a etiologia das doenças bucais é um processo complexo que envolve fatores sociais, psicológicos e biológicos e que, embora a grande maioria dos estudos ainda se concentre nesses últimos, tem havido, nas últimas décadas, um crescente interesse pelos determinantes psicossociais da saúde bucal. A autora aponta que a cárie e alguns comportamentos positivos ou negativos em relação à saúde bucal estão associados a diversos fatores psicossociais. Dentre eles, cita os fatores emocionais (principalmente o estresse³¹), a auto-estima³², o auto-conceito³³, a auto-eficácia³⁴, o *health*

³¹ “Reação generalizada do corpo em resposta a uma variedade de estímulos físicos ou psicológicos” (FREIRE, 2001, p. 22).

³² “Auto-estima é a convicção da própria pessoa de que ela é uma pessoa de valor, aceitando sua força, bem como suas fraquezas pessoais” (WELLS e MARWELL, 1976. In: FREIRE, 2001, p. 23).

³³ “Auto-conceito é o componente cognitivo do eu e consiste na percepção do indivíduo sobre ele mesmo, por exemplo, como é que eu realmente sou ?” (FITTS, 1965. In: FREIRE, 2001, p. 23).

³⁴ “Auto-eficácia refere-se à expectativa de competência para se comportar de uma maneira que irá influenciar os resultados” (BANDURA, 1977. In: FREIRE, 2001, p. 23).

*locus of control*³⁵ e o senso de coerência³⁶. Embora acene para a importância desses fatores, chama a atenção que mais estudos são necessários, no sentido de se buscar uma melhor compreensão dos fatores psicossociais e do processo saúde-doença bucal, bem como dos prováveis mecanismos mediadores desta relação (Freire, 2001, p. 25).

A doença periodontal³⁷ (DP) ainda é alvo constante de dúvidas e questionamentos quanto à sua etiopatogenia, tratamento e prevenção. Deste modo, na tentativa de explicá-la, muitos autores têm estudado indicadores biológicos e emocionais capazes de tornar o indivíduo mais vulnerável à doença. Nesse sentido, Sallum e outros (1999, p. 63) argumentam que existe uma possível associação entre a doença periodontal e alguns fatores de ordem psicossocial como o estresse emocional, a ansiedade, o medo, a depressão, bem como o tabagismo. Para esses autores, como a biologia, *per si*, não tem conseguido explicar tais fenômenos, nota-se que os pesquisadores estão mais atentos ao perfil emocional dos indivíduos e à influência deste na saúde bucal.

Para Sallum e outros (1999, p. 64-65), os fatores psicossociais parecem alterar o comportamento social e individual das pessoas, pondo em risco a homeostase corporal como um todo. Desse modo, como afirmam os autores:

A integridade periodontal pode ser violada, não só pela presença de uma microbiota possivelmente patogênica e por outros fatores de risco à D.P. , mas também através da redução da atividade dos sistemas endócrino e imunológico em função das alterações psicossociais do hospedeiro (SALLUM e outros, 1999, p. 65).

Dos fatores psicossociais estudados, o fumo tem sido considerado um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento e progressão da doença periodontal, conduzindo a quadros clínicos avançados e tratamentos complexos (SALLUM e outros, 1999, p. 72). Segundo este autor, ainda que parem dúvidas acerca das relações causais da maioria dos fatores, os profissionais deveriam considerá-los cada vez mais no planejamento da atenção, procurando informar os pacientes sobre eles, ou mesmo indicando acompanhamento psicológico com profissionais especializados.

³⁵“*Health locus of control* mede até que ponto os indivíduos acreditam que sua própria saúde é influenciada pelo seu comportamento ou por causas externas”. (ROTTER; Chance; PHARES, 1972. In: FREIRE, 2001, p. 23)

³⁶ “Senso de Coerência (SOC) é um indicador psicossocial de saúde desenvolvido a partir da teoria denominada salutogênese (saluto = saúde; gênese = origem), a qual, em contraposição à patogênese, busca explicar os fatores que promovem saúde. Segundo essa teoria, quanto maior o SOC do indivíduo ou grupos de indivíduo, maior a sua probabilidade de superar de maneira adequada os eventos estressantes inerentes à condição humana e, conseqüentemente, manter sua saúde” (ANTONOVSKI, 198. In: FREIRE, 2001, p. 24)

³⁷ Refere-se às doenças que afetam os tecidos que dão suporte e sustentação aos dentes. Dentre esses, a gengiva, o ligamento periodontal e o osso alveolar. É o segundo problema bucal que mais afeta a população brasileira.

Na compreensão de Rodrigues e Serpa (2001, p. 81), por mais técnicos, instrumentalizados e sofisticados que possam ser os procedimentos odontológicos, eles não deixam de evidenciar o relacionamento humano. Isso significa que nesse contexto:

Duas pessoas estão se relacionando – pessoa a pessoa, frente a frente ou face a face – num processo de trabalho mútuo cuja finalidade é ajudar aquele que veio procurar o profissional (...). A finalidade dessa relação, embora possa estar acuradamente localizada numa área mínima da cavidade bucal (...) trata de buscar o alívio de um “sujeito” pessoa que está sofrendo, não somente no local periodontal, mas numa dimensão total bio-psico-sócio-espiritual que a pessoa é (RODRIGUES e SERPA, 2001, p. 81).

Essa reflexão, segundo esses autores, conduz a uma consideração holística do homem não como uma sofisticação filosófica teórica, mas numa dimensão prática e útil para profissionais e pacientes, uma vez que:

Não somente a patologia buco-dental piora a qualidade de vida e alegria de viver da pessoa afetada; mas também o inverso é uma realidade: a alegria de viver uma vida significativa com realizações e construção de um projeto de vida traz benefícios enormes para o processo periodontal: tanto no aumento das resistências neuroimunológicas como na melhoria de cuidados da placa bacteriana e das doenças periodontais conseqüentes. (RODRIGUES e SERPA, 2001, p. 81).

Os conhecimentos científicos (já anunciados, mas ainda inconclusivos) com pesquisas desenvolvidas na área dos determinantes psicossociais das doenças bucais, de acordo com os autores consultados, parecem imprescindíveis para uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, de modo a dar respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população. Nesse sentido, Rodrigues e Serpa (2001) acenam:

A odontologia vem intensificando investigações e estudos que permitam ao profissional a mais adequada compreensão do paciente e das suas circunstâncias uma vez que a humanidade ingressou numa era na qual a interação entre as ciências inaugurou possibilidades espantosas para o aprimoramento da vida. Este processo está a exigir um conhecimento mais amplo e seguro, de relações psicossociais e intra/interpessoais de forma a relacioná-las com o quadro clínico apresentado pelo paciente (RODRIGUES e SERPA, 2001, p. 84).

Portanto, como afirma Pessotti (1996, p. 443), a própria eficácia da clínica médica passa a exigir que se entenda o “homem que está doente”. Em suma, ela depende agora de um retorno ao estudo do homem para além do conhecimento da máquina humana. Em vista do que foi apresentado, ao pensar essa quarta e última dimensão, vejo dois aspectos básicos que nos acenam para a necessidade de lançarmos um olhar crítico sobre a formação ainda hege-

mônica do dentista brasileiro – tecnicista e cientificista – e, assim, (re)significá-la no sentido de uma formação que abarque e valorize outras áreas de saberes, possibilitando aos profissionais uma atenção mais integral aos indivíduos ou grupos de indivíduos que dependem dos seus cuidados:

Primeiro, o atual paradigma de atenção que privilegia a promoção de saúde e, como já explicitado, está centrado, principalmente, na busca da qualidade de vida como determinante de saúde.

A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde (...) em seu conceito amplo, discute a busca da qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade, trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local (BRASIL, 2002b, p. 3).

Logo, não basta ser o dentista que age tecnicamente evitando ou amenizando as seqüelas das doenças bucais; é preciso desenvolver habilidades que ajudem os indivíduos ou grupos de indivíduos a compreender e valorizar a saúde, participando como sujeitos nos processos que conduzem a ela. Com essa perspectiva, o dentista, além de precisar mobilizar conhecimentos e ações que extrapolem o referencial técnico (metatécnico), é desalojado do seu único e limitado espaço de trabalho – o consultório odontológico – para atuar junto a parceiros de outros setores e, também, em espaços sociais (creches, escolas, domicílios, centros comunitários etc.) que envolvem interações muito mais complexas.

Segundo, a convicção cada vez maior de que apenas o conhecimento dos determinantes biológicos das doenças não têm sido capazes de explicá-las, preveni-las e tratá-las. Portanto, três desafios estão postos à formação de recursos humanos em saúde.

Primeiro, estimular pesquisas que contemplem cada vez mais esse objeto de estudo, de modo que aquilo que muitos profissionais já conseguem identificar em sua prática clínica, e que muitos pesquisadores já acreditam, ganhe respaldo da ciência, fazendo desaparecer da conclusão da maioria dos trabalhos que abordam o tema as célebres frases que retratam as incertezas³⁸ das relações causais entre os determinantes psicossociais e as doenças bucais. Estas incertezas, muitas vezes, adiam a possibilidade de ajudar os profissionais a desenvolver intervenções mais eficazes e os pacientes de se beneficiarem com elas.

³⁸ Ainda que a própria ciência, atualmente, esteja tendo que admitir que precisa aprender a conviver com as incertezas.

Segundo, estimular os profissionais a buscar conhecimentos, desenvolver habilidades e compreender a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais no sentido de ajudar os indivíduos a entender, superar ou controlar os problemas psicossociais relacionados ao processo saúde/doença. Tais habilidades, pela natureza dos problemas a serem enfrentados, requerem uma abordagem humana do profissional, que somadas às habilidades técnicas, certamente, além de propiciarem respostas mais eficazes, possibilitam uma sensação de plenitude no trabalho.

Terceiro, estimular os profissionais a uma busca radical de si mesmos, uma vez que, ao compreender os próprios sentimentos, capacidades e limitações, eles possam estabelecer relações interpessoais saudáveis, seja com os indivíduos que dependem dos seus cuidados, ou com a equipe de trabalho, criando ambientes saudáveis para a atenção à saúde. Emerge então, a necessidade de formar profissionais que consigam interpretar o processo saúde/doença/cura dentro das suas múltiplas dimensões e não apenas centrados no modelo biomédico, ainda dominante.

Das quatro dimensões apresentadas neste capítulo, poderiam emergir inúmeras possibilidades de pesquisas no sentido de se construir conhecimentos que possam contribuir com uma melhor compreensão do perfil de dentista que o contexto brasileiro atual exige. Dentre esse espectro amplo de possibilidades, compreendo que uma das maiores exigências contemporâneas para a ressignificação desse perfil está relacionada à formação ético-humanista dos profissionais. Obviamente que essa compreensão não se dá de uma forma isenta e impessoal, mas, sim, a partir da trajetória profissional e de um perfil pessoal que procure colocar as relações humanas em um lugar de destaque na escala de valores desenvolvida pelos profissionais.

Desse modo, atuando como docente de cursos de Odontologia há vinte anos, inquieta com o perfil de profissionais que formamos, atenta às exigências contemporâneas de um novo perfil profissional e desejando realizar um trabalho que possa oportunizar uma reflexão crítica da nossa prática, eu me senti motivada a desenvolver este estudo com o propósito de analisar o perfil profissional e a dimensão ético-humanista na formação de graduandos de dois cursos de Odontologia na Bahia.

3 DEFINIÇÕES DO OBJETO DE PESQUISA

Tendo em vista uma definição do objeto de pesquisa, apresento a seguir o problema dentro do qual ele se insere, os objetivos geral e específicos, os pressupostos que eu tenho acerca desse objeto e uma compreensão de relevância desse trabalho.

3.1 O PROBLEMA

Em face das transformações que vêm ocorrendo no campo do trabalho odontológico, suscitando profundas reflexões e mudanças na formação profissional, é pertinente conhecer e analisar: qual o perfil de graduandos de Odontologia na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia? E como se caracteriza a dimensão ético-humanista na formação profissional dos cursos?

3.2 OBJETIVO GERAL

Meu objetivo nesta pesquisa foi identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a dimensão ético-humanista na formação.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Avaliar se a proposta de organização curricular desses cursos contempla uma formação ético-humanista dos seus graduandos;
- 2 descrever e analisar o perfil profissional dos graduandos;
- 3 identificar se há, entre os professores que atuam nos cursos analisados, uma tentativa de (re)significar o processo de ensino e aprendizagem em face das propostas contemporâneas de formação ético-humanista;
- 4 analisar, no contexto de disciplinas que desenvolvem atividades clínicas ambulatoriais, como se expressa a formação ético-humanista dos graduandos desses cursos;
- 5 analisar a percepção dos usuários desses ambulatórios no que se refere à atenção rece-

- bida do ponto de vista ético-humanista; e
- 6 identificar as prováveis diferenças e semelhanças entre os dois cursos analisados, considerando os aspectos referidos acima.

3.4 PRESSUPOSTOS

Ainda que eu tenha a clareza de que a formação profissional em Odontologia está centrada em referenciais que priorizam e valorizam a tecnologia e a cientificidade, a minha suspeita é de que estamos iniciando um processo de transição no qual já podemos observar alguns sinais de aceitação dos valores éticos e humanos como essenciais na formação e no exercício profissional.

3.5 RELEVÂNCIA DO TRABALHO

Acredito que o meu trabalho, no esforço de desvelar as questões delineadas, possibilitará aos professores, alunos, profissionais em exercício, dirigentes de cursos de Odontologia e de associações de classe, dentre outros interessados; refletir sobre a formação do dentista numa perspectiva que extrapola os limites do conhecimento técnico-científico, evidenciando dimensões ético-humanísticas, cuja pertinência deve-se às transformações que vêm ocorrendo no campo de trabalho odontológico, exigindo, assim, profundas mudanças na formação profissional.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com base no capítulo anterior, no qual situei a problemática da formação e do exercício profissional do dentista brasileiro, fica evidente o questionamento sobre a sua formação tecnicizada e o destaque crescente que vem sendo dado aos temas ética e humanismo, como referenciais qualitativos para a formação desses profissionais. A ética, por se tratar de um tema que há mais tempo reconquistou o seu espaço de discussões internacionais, já retomou a construção de bases teóricas que passaram a representar interpretações mais adequadas e pertinentes para os diversos setores do conhecimento humano. Apesar disto, no campo da Odontologia a discussão ainda é pobre (GARRAFA, 2003, p. 496).

No que se refere ao humanismo, as discussões no campo da saúde parecem apenas anunciar um desejo de incorporá-lo ao portfólio de competências dos profissionais e às práticas de saúde pública. Entretanto, penso que ainda não existe uma clareza do que vem a ser o perfil humanista do profissional de saúde (em nosso caso o dentista), de como esse perfil é construído e de como, na prática, poderá ser desvelado. Portanto, compreender o significado do que vem a ser essa tão propalada humanização no campo da saúde, talvez seja o primeiro passo para que ela comece a se deslocar da intenção à concretização de uma prática.

Deste modo, acredito, em princípio, que, além do tema formação profissional, tenho três conceitos-chaves a discutir como referencial teórico: a técnica, a ética e o humanismo.

A técnica, por ser um alvo constante de críticas por parte daqueles - dentre os quais eu me incluo - que acreditam ser ela excessivamente cultuada na Odontologia. Cabe situá-la, não como antagônica do humanismo, como, por vezes, aparece nos discursos que a diabolizam, mas sim, buscar compreendê-la como complementar a uma prática humanística.

A ética e o humanismo, por se tratar de temas emergentes no campo da saúde nesse início do século XXI, configura-se como o foco desse trabalho. Estes referenciais, ainda que sejam discutidos em tópicos separados por uma questão de forma, é preciso que sejam compreendidos como elementos indissociáveis na formação e no exercício profissional.

4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA

A maneira como esse trabalho foi estruturado favorece a emergência do tema formação profissional em Odontologia em praticamente todos os capítulos, de maneira que, nesse recorte, dois aspectos serão valorizados: a formação profissional de uma forma ampla, buscando compreender os seus aspectos conceituais e históricos e, mais especificamente, a formação profissional em Odontologia, destacando como a dimensão ético-humanística dessa formação tem sido compreendida.

4.1.1 Formação profissional

Eu penso que a formação profissional, ainda que enfatize uma dimensão da formação humana, jamais poderia ser dissociada desta. Nesse sentido, a formação profissional deveria ser entendida como:

O processo de conhecimento e de realização individual, que se expressa socialmente e que ultrapassa a dimensão do agir unicamente determinado pela necessidade de subsistência [...], um processo que visa possibilitar ao homem desenvolver-se e apropriar-se do seu ser de forma global, de todos os seus sentidos e potencialidades físicas, intelectuais e emocionais, como fonte de gozo e de realização (RAMOS, 2002, p. 26-27).

Entretanto, no modo de produção capitalista, essas potencialidades foram alienadas do homem e apropriadas como uma mercadoria, conhecida como força de trabalho (Ramos, 2002, p. 26-27). Dessa maneira, é do mundo do trabalho que emergem as características exigidas dos trabalhadores e estas são ressignificadas dentro do contexto histórico no qual se organizam os processos de produção do trabalho.

Para Ramos (2002, p. 29), a importância da relação trabalho-educação começa a se justificar a partir dos valores capitalistas, determinando, então, a institucionalização da formação profissional. Segundo a autora, a origem da escola como espaço institucional ocorre ao longo do século XVIII, quando a sociedade estava se produzindo por meio da cooperação e da manufatura, necessitando de um novo saber e de uma nova educação. Emerge como uma condição necessária para tornar laico o saber, a moral e a política, promovendo, assim, uma separação nítida entre a fé e a razão, a natureza e a religião, a política e a igreja.

Do ponto de vista da formação técnica dos trabalhadores, inicialmente a educação profissional não foi institucionalizada, visto que a grande indústria levou o trabalho à sua máxima parcialização e simplificação, de maneira que as tarefas eram aprendidas no próprio posto de

trabalho. Entretanto, com o avanço das relações capitalistas de produção, a elevação das massas trabalhadoras pelos movimentos migratórios e pela migração do campo para as cidades, além da tendência de universalização de um conjunto de técnicas básicas empregadas entre indústrias de ramos diferentes, foi geranda a necessidade de desenvolvimento técnico e aperfeiçoamento das destrezas individuais. Nesse contexto, a escola passa a assumir o papel, não só de socialização, mas também de transmissão do saber técnico (RAMOS, 2002, p. 32-33).

Sendo assim, a formação para o trabalho passa a significar formação profissional e os empregadores passam a estabelecer parâmetros mínimos para a definição do perfil do trabalhador necessário na produção. Então, os processos de formação profissional assumem o modelo taylorista-fordista³⁹ e a organização do trabalho passa a identificar o tipo de qualificação que os trabalhadores deveriam ter para serem admitidos num determinado emprego. Assim, a qualificação, passa a definir os padrões de formação, emprego, carreira e remuneração dos trabalhadores, configurando-se como conceito-chave da sociologia do trabalho. A qualificação é, então, apoiada na classificação e hierarquização dos postos de trabalho e no ensino profissional que classifica e organiza os saberes em torno dos diplomas (RAMOS, 2002, p. 34 e 42).

Entretanto, segundo DeLuiz (2001, p. 13), a crise estrutural do capital promove um processo de reestruturação produtiva, desencadeado no final do século XX, tendo como objetivos retomar o patamar de acumulação e recuperar a hegemonia do capital em confronto com o contra-poder que emerge das lutas sociais e sindicais dos anos 1960 e 1970. Nessa proposta:

O capital desenvolveu uma reestruturação do processo produtivo, estimulando formas de produção flexíveis com base na inovação tecnológica e em novas formas de gestão da produção e do trabalho. Nesse contexto, desenvolveram-se novas exigências sobre o saber dos trabalhadores, com o advento do denominado “modelo das competências” com a exigência de novos “atributos, atitudes e habilidades”, implicando em alterações no perfil da qualificação da força de trabalho (BATISTA, 2003, p. 143)

³⁹ Administração científica ou taylorismo é o empenho sistemático em analisar o trabalho para identificar a maneira mais eficiente de realizar uma dada tarefa. A teoria surgiu em 1911 na obra de F. W. Taylor. Este autor comparou o corpo humano a uma máquina e realizou estudo de tempo e movimento a fim de determinar o modo mais eficiente de utilizá-lo. O taylorismo esteve estreitamente relacionado ao desenvolvimento da produção em massa, em especial às linhas de montagem em fábrica introduzidas por Henry Ford, o fabricante americano de automóveis, o que veio a ser conhecido como fordismo. Nesse modelo de administração os operários são separados uns dos outros e o processo de produção também era dividido em uma série fragmentada de tarefas que poderia ser controlada com facilidade por supervisores e pela administração, sendo esta considerada pelos críticos do capitalismo como um dos principais instrumentos de controle dos operários, não apenas para aumentar a produtividade, mas também para solapar o poder dos sindicatos em relação à administração ao privar os trabalhadores do controle sobre o seu processo de trabalho (JONHNSON, Allan. **Dicionário de Sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 300p.).

O modelo das competências tem como referência o toyotismo⁴⁰ e produz exigências voltadas para a formação de um trabalhador polivalente e multifuncional. A ideologia do toyotismo “convida” o trabalhador a ser parceiro, a “vestir a camisa” da empresa e a ser um “cidadão produtivo” (BATISTA, 2003, p. 143-153).

Segundo Ramos (2002, p. 39), a noção de competência atende a, pelo menos, três propósitos: (1) reordenar conceitualmente a compreensão da relação trabalho-educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador em suas implicações subjetivas com o trabalho; (2) institucionalizar novas formas de educar/formar os trabalhadores; e (3) formular padrões de identificação de capacidade real do trabalhador para determinada ocupação, com possibilidade de mobilização entre as diversas estruturas de emprego em nível nacional ou internacional (países da União Européia e Mercosul).

Emergem, assim, as noções estruturantes do modelo das competências no mundo do trabalho, ou seja, a flexibilidade, uma vez que o trabalhador precisa aprender a lidar com as mudanças do processo produtivo: a transferibilidade, a polivalência e a empregabilidade (DELUIZ, 2001, p. 14). Assim:

No modelo das competências importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. Os componentes não organizados da formação, como as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador, assumem extrema relevância (Deluiz, 2001, p. 14).

Ao referir-se aos debates sobre qualificação e competência, Ramos (2002, p. 39) admite que esse debate permanece atravessado por indefinições. Segundo a autora (p. 60), existem três visões advindas dos confrontos conceituais de qualificação e competência. A primeira anuncia uma oposição contundente entre essas noções, visto que identifica a qualificação com o regime taylorista-fordista, associado a uma visão estática do mundo do trabalho, atribuindo à competência uma noção de dinamicidade e transformação dos processos de formação e trabalho. As duas outras visões admitem uma convivência complementar dessas noções, nesse

⁴⁰ O sistema Toyota de produção foi desenvolvido e promovido pela Toyota Motor Corporation, tendo sido adotado por numerosas campanhas japonesas a partir da crise do petróleo de 1973. Seu objetivo principal é a redução de custos, melhorando a produtividade global das empresas. Trata-se de um novo sistema revolucionário de gestão da produção que elimina pessoal e as existências desnecessárias a fim de reduzir custos. Tendo a produtividade como último propósito este sistema está pautado em três sub-objetivos: custo, qualidade e dimensão humana. Baseia-se em uma produção adaptada às variações em quantidade e variedade da demanda (produção no momento oportuno). O sistema inclui mais dois conceitos chaves: flexibilidade no trabalho que supõe a variação do número de trabalhadores em função das variações da demanda e pensamento criativo ou idéias inovadoras (p. 1-2). Melhora do trabalho e respeito à dimensão humana: proporcionar aos trabalhadores tarefas valorizadas, manter abertas linhas de comunicação dentro da organização (p. 141) (MONDEN, Yasuhiro. **El sistema de produccion de Toyota**. Buenos Aires. Ediciones Macchi, 1990. 274p.)

caso a visão da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que compreende a qualificação como a capacidade potencial do trabalhador de realizar atividades e atribui à competência a capacidade real do sujeito para atingir o objetivo ou o resultado em um dado contexto.

Com base em vários autores, Ramos (2002, p. 54) não concorda com a proposta de que a noção de competência atualizaria o conceito de qualificação, uma vez que ele vem sendo historicamente atualizado à medida que os processos produtivos se modificam. Para a autora (p. 158), a ênfase na dimensão experimental da qualificação é o que permite tomar a noção de competência como referência da educação profissional, principalmente sob a ótica curricular.

O modelo das competências começa a invadir o mundo da educação quando o mundo do trabalho passa a exigir perfis profissionais adequados às demandas de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo. Desse modo, a Europa iniciou, nos anos 1980, o processo de reestruturação dos sistemas educacionais de formação profissional e de formação geral, tendo como referência o enfoque das competências (DeLuiz, 2001, p. 16). Esse mesmo processo foi desencadeado na América Latina sob a orientação e o apoio financeiro de organismos internacionais (DeLuiz, 2001, p. 17). No Brasil, a reforma foi implementada na segunda metade da década de 1990, a partir da LDB, e, posteriormente, com as DCNs.

Essa articulação entre trabalho e educação profissional no campo odontológico no Brasil tem alcançado uma expressão maior junto ao setor público, visto que o SUS é o principal empregador de dentistas e tem buscado estruturar o setor com parâmetros de produtividade, eficiência, qualidade da atenção e possibilidade de dar respostas sociais. Assim, o próprio texto constitucional promove o SUS à condição de orientador da formação dos recursos humanos em saúde e, conforme já discutido, os ministérios da Educação e da Saúde têm elaborado as suas diretrizes de forma articulada, de modo que os cursos têm sido cada vez mais “convidados” a formar profissionais que dêem respostas às necessidades reais do trabalho no setor público. Entretanto, vale ressaltar que o SUS não é o único setor de atuação do dentista e, desse modo, torna-se necessário formar profissionais que atendam às necessidades sociais, sejam elas do setor público ou privado.

O modelo de competências tem se constituído na referência para o desenho curricular, seguindo os princípios pedagógicos da interdisciplinaridade⁴¹ e da contextualização. Ramos (2002, p. 153) chama a atenção para o fato de que as DCNs não referenciam a seleção de conteúdos com base em disciplinas. Entretanto, historicamente, a prática escolar tem como prin-

⁴¹ “Diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para a outra. Ultrapassa as disciplinas, mas sua finalidade também permanece inscrita na pesquisa disciplinar” (Nicolescu, 1999. In: GUERREIRO, Lauriano, 2003, p. 44-45).

cípio a seleção e organização dos conteúdos com base disciplinar e, desse modo, os próprios conhecimentos acumulados pela escola e pelos professores acabam por direcionar a organização curricular referenciada por essa tradição, conduzindo ao risco do isolamento dos campos de conhecimento, quando estes já não comportam tal isolamento.

Isso é justificado por Morin (2003, p. 13 e 15) quando este afirma que existe uma inadequação marcante entre os saberes compartimentados entre disciplinas frente a realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transnacionais e planetários. Segundo este autor, o pensamento que recorta e isola permite que especialistas e *experts* tenham ótimo desempenho em seus compartimentos e operem eficazmente nos setores não complexos do conhecimento. Entretanto, o pensamento que isola obedece a uma lógica que estende à sociedade e às relações humanas a sua visão determinista, mecanicista, quantitativa e formalista, ignorando, ocultando ou diluindo tudo que é subjetivo, afetivo, livre e criador. Por outro lado, o próprio autor adverte:

Intellectualmente, as disciplinas são plenamente justificáveis, desde que preservem um campo de visão que reconheça e conceba a existência das ligações e das solidariedades. E mais: só serão plenamente justificáveis se não ocultarem realidades globais [...]. Não se pode demolir o que as disciplinas criaram; não se pode romper o fechamento: há o problema da disciplina, o problema da ciência, bem como o problema da vida; é preciso que uma disciplina seja, ao mesmo tempo, aberta e fechada (MORIN, 2003, p. 112 e 115).

Os documentos oficiais (ex.: DCNs) e as concepções, formuladas internacionalmente, que têm como referência o modelo de competência (ex.: Relatório Jacques Delors - UNESCO) passam então a institucionalizá-la e divulgá-la no campo da educação no Brasil. Assim, as palavras de ordem começam a aparecer no campo da educação profissional e o “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver” se expressam na busca constante de um portfólio de competências cada vez mais ampliado e exigente para que os trabalhadores sejam empregáveis e consigam se manter em seus empregos.

Eu penso que, se por um lado, isso determina uma sobrecarga para o trabalhador, por outro, possibilita a ele desenvolver um trabalho menos alienado do que no passado. Do mesmo modo, a formação profissional pode passar a assumir um caráter mais amplo do que apenas o aprendizado técnico-científico. Uma outra reflexão pertinente é que, quando a subjetividade do trabalhador é mais valorizada nesse modelo, duas possibilidades podem emergir: a primeira é a exploração da sua mão-de-obra, uma vez que ele acaba desenvolvendo uma relação afetiva com o seu trabalho; a segunda é que ele, de fato, possa crescer em sua dimensão pessoal e humana, desenvolvendo um trabalho com mais responsabilidade social e valorizan-

do as relações interpessoais.

Nesse sentido, o modelo das competências coloca alguns desafios para a educação: formar um profissional crítico, politicamente situado e ciente da sua cidadania para não se deixar explorar; formar um profissional consciente da necessidade de se autoconstituir em uma pessoa melhor, capaz de acolher a si e aos outros nas suas relações de trabalho; e, por fim, formar um profissional estimulado a buscar, com o olhar da sensibilidade, um sentido de vida no seu trabalho. Ainda que tais desafios me pareçam contraditórios diante dos limites colocados pelo capital, eu penso que é preciso trabalhar a subjetividade dos alunos na formação profissional, não só para ter como “produto” profissionais competentes, mas, antes de tudo, para estimulá-los a serem “pessoas melhores”.

4.1.2 Formação profissional em Odontologia em uma perspectiva ético-humanista

Para entender a formação profissional na Odontologia, é indispensável me reportar aos Relatórios Flexner e Gies. Ambos foram publicados pela Fundação Carnegie, nos Estados Unidos, em 1910 e 1926, com o objetivo de normatizar o ensino médico e odontológico, respectivamente. No Relatório Gies foi proposta uma reorganização da prática odontológica, na qual se buscou uma maior autonomia da Odontologia frente à Medicina. Os princípios norteadores, entretanto, eram os mesmos do Relatório Flexner (MEDEIROS, 2004, p. 277), ou seja, tinham como base o paradigma cartesiano, o qual era aplicado aos currículos e às disciplinas do meio biomédico, com ênfase na separação do todo em partes, no domínio cognitivo e na noção instrumental dos saberes.

Essa referência gerou como consequência uma formação profissional voltada para o mecanicismo, o biologismo, a ênfase na assistência individual, a especialização precoce, a tecnificação do ato médico-odontológico e a ênfase na Medicina/Odontologia curativa (Moy-sés, 2004, p. 34-35). Ainda que eu reconheça que foi uma referência importante naquele momento histórico, a sua hegemonia – há 80 anos se perpetuando como base da formação profissional e dos modelos assistenciais em saúde – tem promovido desdobramentos nefastos nos campos social, político e econômico, conforme já discutido. Portanto, mudar esse referencial de formação para o modelo proposto nas DCNs, incorporando novas habilidades e competências, até pouco tempo, não percebidas como necessárias ao exercício profissional, tem sido, de fato, um grande desafio.

Quando me refiro a essa mudança, não se trata meramente de atender às normas instituídas de forma alienada, mas que a partir de uma compreensão crítica dessa proposta cada instituição possa, coletivamente, decidir em quais aspectos ela atende às antigas reivindicações decorrentes do Movimento de Reforma Sanitária e dos questionamentos individuais dos sujeitos envolvidos com a formação profissional. Nesse sentido, Moysés (2003, p. 92), admite que o “espírito” da lei, do ponto de vista teórico e filosófico, consubstancia uma vontade de mudança para o ensino superior no Brasil, particularmente para a Odontologia. Argumenta, entretanto, a dificuldade de fazer vingar estas proposições em face dos cento e dezoito anos de cristalização de um ensino e uma prática inspirada no modelo biomédico flexneriano e giesiano.

Quando Moysés (2003, p. 94) se refere a um projeto de humanização do ensino odontológico, existe uma referência ao termo humanização como uma alusão à inclusão da área de “humanidades”, considerando que esta tem o homem como objeto central de reflexão. Entretanto, reflete que a educação biomédica, com o seu viés positivista e neutralizador da experiência humana, minimiza a importância dessa área.

Assim, Grant (2002, p. 47), ao apresentar as justificativas para a inclusão das Ciências Humanas no currículo obrigatório dos cursos médicos, evidencia dois aspectos que reforçam esse projeto de humanização: primeiro, para melhorar a comunicação entre médicos e pacientes; segundo, para aumentar a compreensão da condição humana, ajudando os estudantes a entender melhor o sofrimento emocional dos pacientes e, uma vez entendendo essa dor, que eles possam compreender melhor a doença.

Por outro lado, Lucas (1995, p. 215) atenta para o fato de que a escola é importante na formação profissional, mas que há um conjunto de valores como aqueles adquiridos na família, bem como as imposições do mercado de trabalho, que ditam as suas formas de organização e a própria forma de convivência e reflexão que o profissional faz no exercício de suas atividades. Assim é que, para se falar em formação deve-se envolver a família, a escola e o trabalho e por isso não se pode atribuir à universidade tantas expectativas como tem ocorrido atualmente.

Desse modo, é pertinente reforçar a idéia de que o papel da escola na formação de profissionais éticos e humanos é limitado, uma vez que, segundo Pessotti (1996, p. 444), os valores assumidos pelos homens nascem da experiência pessoal de cada um com os objetos, atos e eventos vivenciados. Assim:

A questão básica das relações do indivíduo humano com os outros e com a sociedade encontram sua expressão no sistema de valores interiorizado pelo indivíduo. O sistema de valores aceito pelo indivíduo exerce uma influência dominante sobre suas relações sociais (SCHAFF, 1995, p. 141).

O jovem quando escolhe uma carreira tem uma motivação pessoal, ele carrega valores construídos muito antes de ingressar no curso e que vão se agregando à sua carreira à medida que entra em contato com novas teorias, com as experiências clínicas, com os exemplos dos mestres, de maneira que cada aluno verá seus valores confirmados, negados ou alterados (PESSOTTI, 1996, p. 446). Assim, a escola, segundo Lucas (1995, p. 216), potencializa determinadas posturas ou definições político-profissionais na medida em que implementa projetos que criam um clima favorável ao desenvolvimento de certos interesses, valores e compromissos.

Para Pessoti (1996, p. 440), uma escola médica pode contribuir com a formação ético-humanista dos alunos tanto oferecendo informações sobre esses temas, como propiciando exemplos de fidelidade a esses valores. De fato, o exemplo é fundamental porque não é o mero conhecimento, mesmo crítico, das idéias dos pensadores ou cientistas sociais que vai assegurar uma verdadeira formação humanista.

O conhecimento apenas garante a informação humanística, da qual não se pode prescindir, porque quanto mais o médico conhece a filosofia humanística do seu tempo e as teorias científicas sobre o pensamento e o comportamento humano, mais apto estará para compreender a complexidade do homem que existe para além da morfologia (PESSOTTI, 1996, p. 444). Propor esse conhecimento, entretanto, esbarra em elementos estruturantes da educação formal que, na maioria das vezes, impõem enormes barreiras ao ensino médico.

Certamente, para o jovem médico, o que a Filosofia ou as “ciências do homem” tem a dizer, parecerá pouco mais do que mera especulação, ou até metafísica, depois da informação acrítica do cursinho, depois da objetividade organicista, talvez inevitável, da formação médica. Não é raro que ele se encontre como um peixe fora d’água, ao ler algum texto de Sociologia ou de Psicologia ou de Epistemologia ou de História da Ciência. Essa estranheza tem, pelo menos, duas explicações. A primeira é muito óbvia: ele não foi preparado para aceitar ou entender esse tipo de texto. A segunda é menos evidente: graças ao cientificismo (que impede uma verdadeira informação científica), é fácil que o jovem médico desenvolva uma atitude de menosprezo por áreas do saber que “não lidam com fatos” ou que não levam a conclusões precisas (PESSOTTI, 1996, p. 445).

No processo de formação profissional, tendo em vista um perfil ético-humanista, é, portanto, fundamental propiciar, evidenciar, discutir e aproveitar vivências do cotidiano escolar para que os alunos possam experimentar situações que envolvam a subjetividade das rela-

ções (sentimentos, emoções, julgamentos e valores). Para dar concretude a esta afirmação, penso ser pertinente exemplificar uma situação vivenciada numa aula prática do ambulatório de uma das instituições da qual sou docente. Nessas aulas, os alunos atendem crianças provenientes de duas creches. Numa delas, fui solicitada por uma dupla de alunas para ajudá-las no atendimento a uma criança (de 5 anos) que já estava quase concluindo o tratamento e que, em geral, costumava ser colaboradora.

Naquele dia (penúltimo dia de aula prática) estabeleceu-se um conflito: as alunas se mostravam ansiosas por concluir “seu caso clínico” para fazer o relatório final de prática. A criança, por sua vez, mostrava-se não cooperativa, irritada, usando de várias atitudes hostis para não permitir o atendimento. A intenção das alunas era que eu, usando da minha “autoridade de professora” e experiência, pudesse forçar o atendimento. Na primeira tentativa de intervenção percebi que não seria possível atender à criança sem tentar compreender as razões da sua atitude. Afastei a bancada de instrumentos e iniciei um diálogo com ela, tocando-a de forma carinhosa em partes do seu corpo que a ajudassem a se sentir acolhida e compreendida. A princípio ela não falava, só ouvia e se deixava tocar. Em seguida começou a verbalizar as suas emoções:

– Hoje eu não quero! Hoje não! (choro). Hoje meu pai me bateu! Muito... e minha mãe também!

Demos oportunidade para que ela contasse, com detalhes, com choro, tudo que a machucou naquele dia. O surpreendente para as alunas, e até para mim, foi que algum tempo depois ela própria perguntou o que iríamos fazer, sugeriu o que ela queria que fosse feito (o que, em sua percepção, não geraria desconforto) e permitiu, relativamente tranqüila, o atendimento. Enquanto isso, fui conversar com a acompanhante da creche e ela informou que o pai da criança era alcoólatra e que ela tinha muitos problemas familiares. Concluído o atendimento, fomos discutir a situação vivenciada.

Solicitei que cada uma delas falasse da experiência, revelei a informação sobre o contexto familiar da criança e pudemos juntas admitir que, de fato, se insistíssemos no atendimento naquele primeiro momento, estaríamos propiciando uma terceira agressão à criança, apenas naquele dia. A fala de uma das alunas, reforçada posteriormente no seminário de prática e no relatório escrito, foi não só estimulante, como emocionante:

– O que vivi e aprendi na prática de hoje valeu por todo o semestre! Nunca havia percebido o quanto é importante para o trabalho do dentista saber ouvir e tocar o paciente, saber usar um tom de voz para cada momento. Obrigada, professora, por, em tão pouco tempo, ter me ensinado tanta coisa. Nunca vou esquecer! Esse exemplo nos convida a pensar que, ainda

que não possamos “ensinar” ninguém a ser um profissional de perfil humanista, podemos propiciar experiências que os ajude a vivenciar e reconhecer a subjetividade das relações humanas na profissão, a entrar em contato com os seus sentimentos e valores, como também com os sentimentos, emoções e histórias de vida dos seus pacientes.

Isso é imprescindível não somente para dar um “sentido” ao trabalho profissional, mas, também, para favorecer a execução de procedimentos odontológicos, subsidiar diagnósticos de doenças bucais e favorecer o processo educativo para que os pacientes possam valorizar a saúde bucal, podendo aderir mais facilmente ao auto-cuidado, no sentido de manter-se em saúde.

Ao refletir sobre a formação humanista dos profissionais de saúde é preciso ter em mente, segundo Pessotti (1996, p. 447), que a capacidade de compreender o outro depende, na clínica ou fora dela, do autoconhecimento do profissional. Desse modo:

[...] qualquer programa de formação humanística deve desenvolver no aluno a consciência de seus próprios valores, de sua própria humanidade. Pois é essa consciência que filtrará a informação (curricular ou não) sobre a natureza e a história do homem (PESSOTTI, 1996, p. 447).

Em vista disso, o autoconhecimento é a experiência fundamental que a formação escolar deve propiciar, ou seja, a percepção, por parte dos alunos, dos seus próprios desejos, crenças, carências, defeitos e qualidades. É a partir dessa consciência que se construirá o homem-médico, capaz de crescer na interação com o homem-paciente.

4.1.2.1 Modelo de análise: visão da formação ético-humanística do dentista

De acordo com Laville e Dionne (1999, p. 33), os fenômenos humanos repousam sobre um encadeamento de fatores de natureza e de peso variáveis, que se conjugam e interagem. Portanto, refletir sobre a formação ético-humanista de um profissional de saúde, nesse caso o dentista, me coloca diante de uma multiplicidade de caminhos. São inúmeras as possibilidades de análise e é preciso compreendê-la a partir de seus vários ângulos e analisá-los em suas várias dimensões.

Compreendo, entretanto, que apenas no campo de ação desse trabalho não é possível fazer essa análise em suas múltiplas dimensões sob o risco de produzir um conhecimento superficial de cada uma delas. Posto isto, apresento a seguir um modelo a partir do qual podemos pensar a formação ético-humanista do profissional de saúde. Apenas a partir dessa reflexão, me arrisco a fazer alguns recortes para análise.

O modelo ao qual me refiro (FIGURA 1) foi inspirado num modelo de abordagem multidimensional do setor Saúde apresentado por Chaves (1998, p. 12), o qual assume como teoria o paradigma da complexidade e da transdisciplinaridade, tendo como base o Relatório Lalonde⁴². A partir do seu modelo, o autor sugere a construção coletiva de estruturas matriciais que facilitem a criação de parcerias entre múltiplos atores e sistemas sociais na abordagem de problemas do setor Saúde. Tomei como referência esse modelo por entender que o perfil ético-humanista de um profissional de Saúde se produz e se manifesta também a partir de uma abordagem multidimensional na qual o indivíduo está integrado. Trata-se de uma visão reducionista - e na maioria das vezes frustrante - pensar que a universidade abarcaria sozinha a função de formar profissionais com esse perfil, tal como faz parecer nas DCNs e nos projetos pedagógicos dos cursos.

É interessante utilizar uma figura geométrica para representar essas múltiplas determinações da formação ético-humanista do dentista, uma vez que ela possibilita, de uma forma simples, explicar e discutir essa compreensão mais “totalizante” dessa formação. A partir dessa visão, os sujeitos das instituições que lidam com o ensino podem compreender os seus limites e possibilidades de contribuir com a formação ético-humanista dos profissionais que formam. Por parte dos alunos, essa visualização pode ajudá-los a buscar, não só na universidade, mas em sua própria vida, contextualizada em suas múltiplas determinações, referências que os ajudem a desenvolverem-se como profissionais éticos e humanos.

O modelo é representado por uma figura geométrica em forma de mandala, constituída por três polígonos (octógonos) concêntricos na qual o polígono interno representa o nível micro – o indivíduo (o profissional); o polígono do meio representa o nível intermediário – os profissionais oriundos de uma dada instituição formadora; e o polígono externo representa o nível macro – a classe profissional formada em um país. A exemplo do modelo de Chaves, aqui, o grau de complexidade para refletir e/ou interferir sobre o perfil ético-humanista dos profissionais aumenta do nível micro para o nível macro.

⁴² O esquema quadridimensional de Lalonde apresenta, com base em um estudo sobre o nível de saúde do povo canadense, uma proposta de melhoria desse nível a partir da compreensão de que o estilo de vida, junto com a biologia humana, o ambiente e os serviços de saúde é que determinam o nível de saúde da população. A partir dessa compreensão, as propostas estariam muito mais relacionadas a ações sobre os três primeiros determinantes do que na melhoria e expansão da rede de hospitais e outros serviços de saúde. O estudo de Lalonde, assim, pode ser uma aplicação prática do pensamento complexo ao setor saúde (CHAVES, 1998, p. 9).

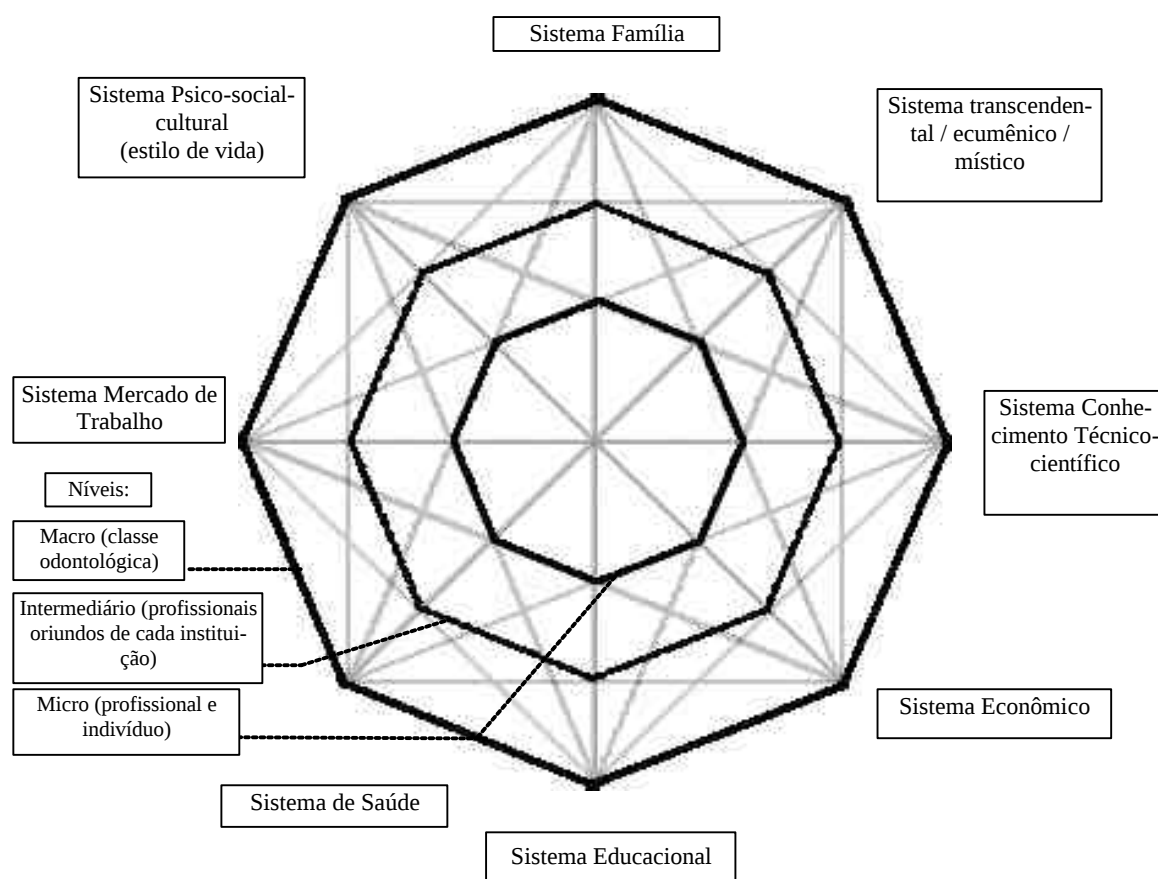


FIGURA 1 – Visão da formação ético-humanista do dentista. Adaptado de Chaves (1998, p.12), a partir da visão do setor saúde sob o prisma da complexidade e da transdisciplinaridade, baseado no relatório Lalonde.

Os oito sistemas complexos distribuídos em cada ponto do polígono externo se inter-relacionam entre si e em todos os níveis. Nos pontos superior e inferior do eixo vertical estão, respectivamente, os sistemas família e educação, que influenciam os indivíduos desde a sua mais tenra idade na criação de um sistema de valores que se internaliza em cada um como produto das experiências vividas. Nesse sentido, Schaff (1995) afirma:

O caráter do indivíduo, seu caráter social e, conseqüentemente, a forma que molda seu objetivo de vida é sempre um produto social e dependente do sistema de valores que a sociedade transmite ao indivíduo (...) A sociedade, por seu lado, também não é mais do que uma rede de intrincadas interações criadas pelo homem, simultaneamente condicionadas e condicionantes (SCHAFF, 1995, p. 155).

Nos pontos direito e esquerdo, ligados pelo eixo horizontal, estão, respectivamente, os sistemas conhecimento técnico-científico e mercado de trabalho. Estes foram enfatizados no capítulo de problematização e, nas entrelinhas, também se anunciaram no histórico da Odon-

tologia apresentado na Introdução. A relevância aqui atribuída a esses sistemas relaciona-se, a meu ver, ao fato deles oferecerem subsídios para se pensar a ressignificação do perfil profissional que as sociedades necessitam em cada tempo e lugar. Os dois pontos superior esquerdo e inferior direito, ligados por um eixo oblíquo, representam, respectivamente, o sistema psico-sócio-cultural (estilo de vida) e o sistema econômico. Este último, embora não apareça em forma de uma revisão teórica isolada, revela a sua influência principalmente nas análises sobre mercado de trabalho e políticas públicas de saúde.

Em relação ao sistema psico-sócio-cultural, compreende-se que o comportamento dos indivíduos em seu cotidiano é influenciado em grande parte por fatores sociais, culturais e psicológicos (CHAVES, 1998, p. 9). Portanto, se o indivíduo, em seu cotidiano, tem um estilo de vida que prima pelos referenciais éticos e humanos, esse estilo se capilariza para a sua vivência acadêmica e profissional. Eu optei, nesse trabalho, por enfatizar no capítulo de fundamentação teórica os componentes psicossociais, quando discuto as relações interpessoais em saúde.

Os dois pontos superior direito e inferior esquerdo, ligados por um eixo oblíquo, são representados, respectivamente, pelo sistema transcendental (ecumênico, místico) e o sistema de saúde. A influência deste último aparece mais destacadamente no capítulo da problemática, explicitado, sobretudo nas propostas das políticas públicas de saúde bucal, que, mais do que nunca, acenam para a necessidade de se valorizar, no serviço público, um perfil profissional ético-humanista.

Quanto ao sistema transcendental, este não será discutido nesse trabalho. Entretanto, reconhece-se que essa é uma dimensão que faz parte da natureza humana (CHAVES, 1998, p. 10). Para Schaff (1995, p. 147), o seu valor crescerá em significação nas sociedades, visto que, segundo esse autor:

O racionalismo que afirma que a propagação do conhecimento científico conduzirá automaticamente ao desaparecimento da fé religiosa (...) é inerente à convicção de que o conhecimento científico abarcará toda a esfera dos interesses e dos problemas humanos. É evidente que isto não é certo, pois a ciência e o conhecimento por ela transmitido jamais são absolutos (SCHAFF, 1995, p. 148).

A perspectiva de considerar o sistema transcendental fazendo parte deste modelo se deve a duas razões: primeiro, a percepção de que os valores éticos e humanos estão, quase sempre, presentes no âmbito desse sistema, podendo influenciar o comportamento das pessoas (nesse caso, os profissionais de saúde); segundo, por uma razão histórica: a demanda para a humanização da atenção nos serviços públicos de saúde, requerendo profissionais sensibiliza-

dos pela realidade do outro e com uma postura alicerçada na ética e nos princípios em defesa da vida, que, segundo Zanetti (2004a, p. 4), foi inicialmente cobrada no Brasil pela Igreja Católica. Essas características foram posteriormente recuperadas pelos movimentos da Medicina Comunitária e pelos departamentos de preventiva e social das universidades brasileiras, atingindo, assim, o movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa referência de Zanetti nos acena que essa influência, de fato, existe, independente de como ela é recuperada (a partir de qual discurso) na academia e nos serviços de saúde.

Entretanto, como já explicitado, não é a minha intenção, aqui, fazer uma revisão teórica pormenorizada de todos os sistemas que compõem este modelo. Alguns deles são mais enfatizados por se aproximarem mais do objeto de pesquisa, outros aparecem diluídos nos diferentes capítulos e outros apenas se anunciam na perspectiva de serem compreendidos fazendo parte do “todo”, abrindo, assim, a possibilidade de novas pesquisas. Reconheço os limites do modelo, uma vez que, como afirma Demo:

O modelo é sempre simplificador, pois tenta cristalizar em um núcleo concatenado e estável à superfície complexa da realidade, apoiando-se na crença de que a subjacência, sendo ordenada (estruturada) e simples, contém a essência do fenômeno (DEMO, 1995, p. 188).

A despeito dessa compreensão, é fundamental perceber que este modelo – com as linhas que ligam os oito sistemas e os três níveis entre si – busca representar a percepção de que a formação ético-humanista do dentista, como de qualquer outro profissional de saúde, tem fronteiras imprecisas; de modo que qualquer recorte apresentado representará apenas parte da realidade que se pretende conhecer.

Conforme já explicitado, na impossibilidade de proceder, nesse trabalho, a uma análise do referido modelo em suas múltiplas dimensões, fiz um recorte de estudo no qual privilegiei o sistema educacional especificamente no âmbito da formação profissional. Esta primazia deve-se a duas razões: primeiro, pelas cobranças políticas e sociais que vêm recaindo sobre as instituições formadoras, no sentido de formar profissionais com perfil ético-humanista; segundo, por se tratar da dimensão a qual estou mais implicada e que, por isto, os resultados desse estudo têm mais chances de contribuir para uma reflexão sobre a formação do profissional em questão.

Quanto aos níveis do modelo, eu foquei o estudo no nível micro (profissional-individual) e no nível intermediário (profissionais oriundos de duas instituições formadoras). Estes se encontram intrinsecamente ligados, uma vez que, ao analisar o perfil profissional dos alunos de ambos os cursos e ao explicitar a dimensão ético-humanista desses alunos nas rela-

ções sociais estabelecidas no contexto dos ambulatórios das duas instituições, eu trabalhei, simultaneamente, em ambos os níveis.

4.2 A TÉCNICA: NEM CULTUADA, NEM DIABOLIZADA, APENAS NECESSÁRIA

Antes de discutirmos a técnica, penso ser pertinente compreender a etimologia. Assim, técnico, vem do grego “*technikos*” que diz respeito à arte (*technè*). Nesse sentido, tecnologia se refere à arte – arte do artesão – ou a arte em especial. Por outro lado, o substantivo “técnica” quer dizer um conjunto de regras precisas que indicam as operações a efetuar para obter um resultado determinado (FOULQUIÉ, 1971). Nessa última interpretação, a “técnica” tem um sentido que parece nos remeter a uma concepção instrumental, mais racional e objetiva, entretanto, “*technè*” também traz embutida a idéia de subjetividade, de sensibilidade relativa à arte. Portanto, pensar na técnica a partir do equilíbrio entre os dois sentidos talvez nos ajude a lidar com ela a partir de referenciais mais humanos.

A tentativa de fazer uma releitura da técnica com esse olhar emerge com base em Pesini e Bertachini (2004, p. 2), quando eles afirmam que os feitos da tecnociência são notórios e abundantemente proclamados pela mídia. Entretanto, é cada vez mais comum nos depararmos com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humanas. Com essa perspectiva, Barchifontaine (2004), prefaciando o livro “Humanização e cuidados paliativos”, argumenta:

A ciência e a tecnologia tornam-se desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário, e até mesmo perda de tempo, ouvir as suas angústias, os seus temores e as suas expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles (BARCHIFONTAINE, 2004, p. xvi).

Segundo Heidegger (2002, p. 11), a técnica é um meio e uma atividade humana. A ela pertence a produção e uso de ferramentas, aparelhos e máquinas, bem como os produtos e utensílios que servirão às necessidades a que eles servem. Então, o autor questiona: quem ousaria dizer que a técnica não é correta? Para ele, a concepção instrumental de técnica guia todo o esforço para colocar o homem num relacionamento direto com ela, mas afirma:

Tudo depende de se manipular a técnica, enquanto meio e instrumento, da maneira devida. Pretende-se, como se costuma dizer, “manusear com espírito a técnica” [...]. Somente onde se der esse descobrir da essência, acontece o verdadeiro em sua propriedade. Assim, o simplesmente correto ainda não é o verdadeiro (HEIDEGGER, 2002, p. 12).

Ao discutir a questão da técnica, Heidegger (2002,) diz pretender um relacionamento livre com ela. Compreendendo esse relacionamento livre como aquele capaz de abrir a nossa presença à essência da técnica, pois se lhes respondemos à essência, poderemos fazer a experiência dos limites de tudo que é técnico. Segundo ele, para chegar à essência da técnica ou, talvez, à sua vizinhança, é preciso procurar o verdadeiro através e por dentro do correto. Na sua percepção:

A essência da técnica não é, de forma alguma, nada de técnico. Por isso, nunca faremos a experiência de nosso relacionamento com a essência da técnica enquanto concebermos e lidarmos apenas com o que é técnico (...). Haveremos sempre de ficar presos, sem liberdade, à técnica tanto na sua afirmação como na sua negação apaixonada (HEIDEGGER, 2002, p. 11).

A partir dessa compreensão, Heidegger (2002) afirma:

A técnica é a fatalidade de nossa época, onde fatalidade significa o inevitável de um processo inexorável e incontornável. Quando pensamos, porém a essência da técnica (...), esta não nos tranca numa coação obtusa, que nos forçaria uma entrega cega à técnica ou, o que dá no mesmo, a arremeter desesperadamente contra a técnica e condená-la, como obra do diabo. Ao contrário, abrindo-nos para a essência da técnica, encontramos-nos, de repente, tomados por um apelo de libertação (HEIDEGGER, 2002, p. 28).

A técnica, nessa perspectiva, é uma forma de desencobrimento, para a qual os gregos tinham uma palavra que os romanos traduziram para “*veritas*” e que nós dizemos “verdade” e a entendemos geralmente como o correto de uma representação. Assim, a verdade da técnica que está encoberta, faz-se necessário descobri-la (HEIDEGGER, 2002, p. 17). Penso que, a partir desse referencial de Heidegger, podemos refletir e lidar “verdadeiramente” com essa tão hegemônica (e necessária) tecnologia, tentando entender como se dá o descobrimento da técnica em nossa profissão. A técnica, equivocadamente, se confunde com o trabalho do dentista. Este é considerado tanto melhor quanto mais a sua técnica se expressa sob o comando de um exímio artesão, de mãos leves e aperfeiçoada destreza.

Então, podemos indagar: estamos lidando com a técnica, *per si*, ou com a essência da técnica quando a empregamos para aliviar um “homem” de sua dor? Ou para melhorar a estética do sorriso (expressão maior de alegria e bem estar) de um “homem” que já o expressava de forma contida por não se sentir feliz com a sua aparência? Ou que, por meio de tudo isso, podemos criar a possibilidade de vínculo entre o “homem-dentista” e o “homem-paciente”?

Nesse sentido, Seguer (1998, p. 50) pensa que alguns pacientes nos dão a oportunidade de percebermos que eles não são dentes e bocas, mas sim pessoas. Ela sugere que o profissional pode passar um impulso amoroso para o paciente, mesmo num procedimento técnico. Para isso ele deve estar imbuído do desejo de oferecer algo de bom para o seu paciente, aliviá-lo da dor, curar e tratar e com isso adquirir a confiança do paciente.

Talvez refletindo sobre estas questões não seja possível conceber as técnicas odontológicas apenas com uma função instrumental e como meio de subsistência, mas também como meio de trazer qualidade de vida para as pessoas; se incorporarmos a ela valores humanos. Estes podem se evidenciar como um descobrimento positivo da essência da técnica. Quando me refiro ao descobrimento positivo é com base na percepção de Heidegger (2002, p. 20) que também o aponta no sentido negativo. Segundo ele, o descobrimento que domina a técnica moderna, possui como característica um sentido explorador.

Assim, a técnica disponível na Odontologia moderna carrega um apelo que muitas vezes suplanta ou manipula o desejo, e quiçá a própria necessidade do “homem”. A indústria, a mídia e o dentista, sutilmente, a impõe. É como afirma Schaff (1995, p. 109): “o fornecimento contínuo e regular de um tipo de informação pode forjar as tendências da opinião pública que se quer”.

É assim, por exemplo, que as modernas técnicas de clareamento dos dentes de repente tornaram-se objeto de desejo das pessoas. Como? Inculcando nelas um novo sentido do “belo”. O belo não é mais a harmonia nas cores dos dentes, o belo passa a ser o branco total, o excessivamente branco, igual para todos (obviamente para aqueles que podem pagar por esse “privilégio”). Assim, adolescentes e adultos sentam-se nas cadeiras dos dentistas com um novo desejo: que seus dentes fiquem mais brancos! Não quero com esse exemplo, negar a importância dos novos conhecimentos e das novas técnicas que propiciam o branqueamento dos dentes. Existem pessoas que têm razões óbvias e perceptíveis para o desejarem: aqueles que têm dentes manchados, com desarmonia de cor no seu conjunto. Estes precisam acessar essa tecnologia para melhorar a aparência, melhorar a auto-estima e as relações sociais.

O que questiono aqui é “a verdade da técnica”; ela está à disposição da manipulação capitalista, carregando as marcas fundamentais do descobrimento explorador, de um desejo manipulado do homem pelo homem, ou de uma real necessidade daquele? Como os professores têm lidado com essas questões ao ensinar a moderna “odontologia cosmética ou estética” nos cursos de graduação, pós-graduação e eventos científicos?

Lançar mão da tecnologia na perspectiva do exemplo acima nem sempre se configura como falta de ética profissional. Na maioria das vezes, eu diria, o profissional incorpora-as de forma acrítica e defende-as a ponto de tornar-se ele próprio fervoroso consumidor. É que, de fato, o professor, o aluno, o dentista e o paciente estão hoje à disposição das indústrias (do capital), quer o saibam ou não. Estas influenciam os profissionais, divulgando em eventos científicos e outros meios de comunicação (impressos e eletrônicos) os novos produtos e as novas técnicas; financiam pesquisas e pesquisadores e complementam a estratégia de marketing influenciando a opinião pública (pacientes/consumidores) por meio da mídia. Nesse movimento, sempre renovado, o homem se rende, acriticamente, ao capital!

Nesse sentido, Zanetti (2004b) entende que os profissionais pertencentes à comunidade acadêmica, na condição de “intelectuais orgânicos”, têm sido os principais responsáveis pela crescente incorporação de tecnologia na prática odontológica. De acordo com esse autor:

[...] para as indústrias, ávidas por lucros e por induzir processos de consumo, a modalidade de marketing dos produtos, promovida por intelectuais orgânicos, tornou-se estratégia extremamente diferenciada e importante, uma vez que as propagandas são capazes de desencadear efeitos subjetivos e poderosos, por serem induzidos com o selo da “cientificidade” e do “sucesso profissional”. Os intelectuais orgânicos passaram a figurar como pontes de veiculação de interesses industriais do imaginário da categoria (ZANETTI, 2004b, p. 5).

Com essa mesma perspectiva, Silva (1998), acredita que o que se observa atualmente é a constante reposição do progresso técnico como se este fosse uma finalidade em si mesmo, assinalando ainda:

Vivemos num mundo técnico e administrativamente ordenado, de modo unilateral, pela alternância entre progresso técnico e satisfação de necessidades criadas na própria esfera da produção (SILVA, 1998, p. 32).

Mas, seria insensato, segundo esse autor, pensar em soluções que representem retrocesso em relação ao já conquistado pela ciência moderna, até porque a dependência da civilização em relação aos produtos da ciência e da técnica afasta do horizonte histórico essa possibilidade. Entretanto, penso que, em saúde, assim como em outras áreas, deve sempre existir o questionamento ético da sua aplicabilidade.

Assim, é pertinente buscar, também, entender: como os professores lidam com o ensino das técnicas? Ela se esgota em si mesma (ensinada meramente como procedimento), sendo incorporada e reproduzida, muitas vezes, como modismos que alimentam o capital e o ego daqueles que as ensinam e as manuseiam com desenvoltura? Qual o discurso deles para moti-

var os alunos a aprendê-las? Que sentido é dado às técnicas? Elas são também abordadas numa concepção humanista (filosofia e ciências humanas)? Ou, predominantemente, no plano capitalista (quanto melhores tecnologicamente mais competitivos no mercado de trabalho)?

Outro elemento que merece a nossa reflexão é a crise de mercado na qual está mergulhada a Odontologia brasileira. Os profissionais, sobretudo os mais jovens, submetidos aos planos de saúde exploradores ou ao subemprego, se vêem forçados a aumentar a produtividade (o que significa atender o maior número possível de pacientes em um curto espaço de tempo) para garantir uma remuneração capaz de manter a sua subsistência.

Aqui eu percebo o quanto se torna contraditório e desafiador os apelos dos documentos oficiais e os próprios apelos de muitos profissionais, formadores de opinião, em direcionar ou sugerir a formação e o exercício profissional que, respeitando a excelência técnica, tenham, também, um referencial humanista. Assim, como praticar uma odontologia humanista sendo, por exemplo, acolhedor e aberto à criação de vínculo com os pacientes, se o tempo destinado ao atendimento, mal dá para conversar com eles?

Ao analisar esse aspecto no serviço público, Santos (2001, p. 81) admite que o processo de trabalho do médico e dos outros profissionais é evidentemente caótico, se considerados os direitos humanos da população usuária e dos próprios profissionais que se vêem obrigados a trabalhar no “sufoco”, estabelecendo com ela uma relação fria e/ou lançando mão de condutas técnicas nem sempre recomendáveis. Nessa perspectiva ele questiona: como anda a formação ético-humanista dos profissionais de saúde, ao longo de anos de prática nesse modelo? A depender de como o ensino é conduzido vai-se perpetuando um sistema de valores que, juntamente com esses e outros elementos evidentes no mundo do trabalho, norteiam a forma como a profissão lida com as questões da técnica.

Foi assim que, segundo Campos Júnior (1998, p. 87), a universidade banuiu a participação crítica do aluno e a qualidade do ensino que foi substituída pela quantidade de informações técnicas para solucionar os problemas de saúde da população, acreditando que eles eram apenas de ordem técnica.

A tecnologia era o novo, o caminho mais “seguro” para deixar para traz o fantasma da estagnação e descomprometimento científico da profissão. Assim, os professores do passado cumpriram com competência, o papel que entendiam lhes caber, para acelerar o avanço da profissão e assegurar condições de êxito aos egressos do curso, frente às características da sociedade (CAMPOS Jr., 1998, p. 87).

Entretanto, considerando que a sociedade contemporânea experimenta uma outra realidade, com diferentes características e desafios, não é mais possível pensar em competências profissionais nos moldes vitoriosos do passado. A formação universitária deve prezar o compromisso com o social e o humano, indo além do ato técnico de cuidar da saúde bucal (CAMPOS Jr., 1998). A propósito, ao entrevistar docentes da Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas, este autor traz contribuições importantes para refletirmos sobre o tamanho do desafio que existe ao se propor mudanças no perfil profissional do dentista sob a ótica que tenho apontado. Ele afirma:

Coexistem, dentro dos cursos várias concepções do que seja o ensino odontológico de qualidade, porém, a hegemonia continua sendo regida pelo olhar tecnicista (CAMPOS Jr., 1998, p. 70).

Numa das falas de um professor entrevistado: “A Odontologia é uma profissão tecnicista, sim, e ponto final. Tem que ser! Como você quer trabalhar a odontologia sem técnica?” Dentre outras falas que refletem essa mesma questão, o autor percebe que a maioria dos professores admite a predominância do tecnicismo e que, de uma forma até fatalista, eles aceitam esta lógica. O fato de a Odontologia ser ou não tecnicista parecia pouco importante não merecendo ser posto em xeque (CAMPOS Jr., 1998, p. 70-1).

Mudar a estrutura organizativa das escolas, mas principalmente ressignificar o pensamento dos professores parece, então, ser um dos mais importantes caminhos a ser trilhado. São eles os sujeitos capazes de iniciar o processo de legitimação dessas mudanças, visto que:

As diferentes manifestações culturais se fazem presentes desde a seleção dos conteúdos disciplinares a serem ensinados até as formas pelas quais os alunos se apropriam deles, passando pelas diferentes linguagens e códigos de que os docentes fazem dos conteúdos, pela ênfase que lhes conferem, pelas omissões deliberadas que praticam, pela incorporação e difusão de símbolos e signos não-contidos nas prescrições didáticas (SILVA Jr. e FERRETTI, 2004, p. 65).

É assim que, nas entrelinhas dessas diferentes manifestações, se perpetuam modelos tradicionais de formação, de maneira que as propostas contra-hegemônicas tendem a enfrentar uma enorme resistência por parte dos sujeitos que vivem o cotidiano escolar. Assim:

A formação escolar não transmite apenas noções, mas também, frequentemente, num nível apenas latente, modelos de formação da personalidade e do caráter social dos seres humanos, na medida em que transmite um preciso sistema de valores socialmente aceito (SCHAFF, 1995, p. 110).

Parece-me que os valores, ainda socialmente aceitos na Odontologia, estão longe da “essência da técnica” de Heidegger e da utopia humanista de alguns. São muitos os elementos estruturantes instituídos que dificultam o seu desvelamento positivo; entretanto, tenho o sentimento de que pequenos avanços têm sido alcançados. Nesse sentido, vivemos um momento em que percebemos a necessidade de mudanças, mas não temos noção de como alcançá-las. É como afirma Almeida (1998):

Não existem regras fixas, estradas sinalizadas, nem uma bússola para nos indicar o caminho. Haveremos de abrir a picada, ao caminhar. Saberemos fazer uso de nossas singularidades, de nossos sentidos, de nossa razão e de nossas paixões, para colocá-las à disposição de um projeto de sociedade mais justa. Um tal projeto é, ao mesmo tempo, solitário e coletivo, ético e estético, científico e político (ALMEIDA, 1998, p. 23).

Essas reflexões talvez ajudem a responder (provisoriamente) uma pergunta que insistentemente tenho me feito: quando podemos pensar na técnica a serviço de uma Odontologia ético-humanista? Ainda que eu tenha a percepção de que devem existir inúmeras outras possibilidades de resposta, me arrisco a formular algumas delas:

- quando a Odontologia ético-humanista passar a constituir-se em um valor de referência na profissão, sobretudo nas instituições formadoras, e, principalmente, quando ela passar a ser apropriada por seus atores sociais no cotidiano;
- quando a técnica for acessível a todos que “verdadeiramente” necessitam dela, como direito à saúde;
- quando for possível ela não ser mais um instrumento de exclusão social;
- quando ela estiver disponível para melhorar a qualidade de vida das pessoas (bem-estar, auto-estima, relações sociais saudáveis...);
- quando os profissionais conseguirem compreender esse potencial humanizante da tecnologia; e
- quando ela for percebida como um instrumento a mais que o profissional dispõe para comunicar-se (no sentido de “estar com”) o paciente-homem que ao submeter-se a elas carrega consigo desejos, emoções, fantasias, medos, expectativas, mitos, valores e tudo o mais que faz parte do humano.

4.3 O DESVELAMENTO DA ÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE

Em seu sentido etimológico, ética vem da palavra grega *ethos*. Em uma das suas concepções ela significa “a morada do homem”. Esse sentido de lugar, de estada permanente e habitual, de um abrigo protetor, constitui a raiz semântica que dá origem à significação do *ethos* como costume, estilo de vida e ação. Assim, o espaço do *ethos* não é dado ao homem, mas por ele construído ou incessantemente reconstruído. Em uma segunda concepção, *ethos* diz respeito a um comportamento que resulta de um constante repetir-se dos mesmos atos. Assim, o *ethos* denota uma constância no agir que se contrapõe ao impulso do desejo. O modo de agir do indivíduo, expressão da sua personalidade ética, deverá traduzir a articulação entre o *ethos* como caráter e o *ethos* como hábito (VAZ, 1993, p. 12-13).

De acordo com Côrrea (1997, p. 2 e 13), é importante distinguir o *ethos* vivido e a ética pensada. Com efeito, nem sempre ocorre harmonia entre o que os antigos denominavam de *ethica docem* (ética ensinante) e *ethica utens* (ética praticada). Para o autor, é na dimensão da ética que devemos questionar sobre as práticas, atitudes, regras e ações humanas, no sentido de compreender qual o critério que estamos usando para avaliá-las.

Badeia (2000) afirma que as inúmeras contradições e disputas no campo social, político e cultural, inerentes à sociedade moderna, além das operações tecnológicas de sentido lucrativo e de um mercado altamente competitivo, tem definido um novo estilo de vida para as pessoas. Assim, a reflexão, a filosofia e o juízo de valores humanos se fragilizaram. Nesse contexto, a formação de recursos humanos na área de saúde, assim como em quase todas as áreas, segue esse caminho dos anti-valores, da individualidade com exclusão do outro e da sociedade não solidária. As virtudes cardeais da justiça, da prudência e da tolerância são tidas como sinal de fraqueza, omissão, atitudes obsoletas e ineficazes. Assim, vive-se hoje o caos social dos valores humanos. O que se traduz como a negação da ética, cujo resgate passa pela retomada do senso desses valores (BADEIA, 2000).

Ao dar-se conta desse caos, é preciso viabilizar a ética como tema imprescindível em nossa sociedade. Exigência que se faz presente no mundo contemporâneo como um resgate de nossas origens mais profundas – a essência ética do homem, tão antiga como a própria humanidade – e que se manifesta com evidência maior em conjunturas graves da civilização como a que estamos vivendo hoje (CORREA, 1997, p. 2 e 13). Para este autor:

O termo “injustiça” já é fruto de juízo ético de alguém que percebe que a realidade não é o que deveria ser. A experiência existencial de se rebelar diante de uma situação desumana ou injusta é chamada também de indignação ética (...). Tal indignação é uma das experiências humanas fundamentais, pois é a experiência de liberdade frente às normas injustas e petrificantes aceitas com “normalidade” (...) que nos impulsiona a construirmos um futuro diferente e melhor do que o presente (CORREA, 1997, p. 6).

Nessa perspectiva, segundo Garrafa (2003, p. 495), o tema “ética” reconquistou, a partir das três últimas décadas do século XX, o seu espaço nas discussões internacionais, de modo que, diferentes questões éticas que dizem respeito às relações dos homens entre si e com a natureza foram começando a fazer parte das discussões intelectuais e acadêmicas. Desenvolveu-se, então, um súbito interesse pela chamada ética prática ou aplicada, surgindo, a partir daí, três novas áreas de estudo: a ética ambiental, a ética dos negócios e a Bioética. De acordo com o autor, esta última não deve ser entendida apenas como uma moral do bem e do mal, do certo ou do errado, do justo ou do injusto ou muito menos como um saber universitário a ser transmitido. A Bioética⁴³ é uma disciplina que estuda a ética das situações de vida, abrangendo uma lista extensa de problemas que se relacionam com a saúde, referindo-se aos direitos e obrigações dos profissionais, dos pacientes e da sociedade (Garrafa, 2003, p. 496).

Neve (1996, p. 2) relata que a Bioética, ou ética aplicada à vida, surgiu nos Estados Unidos tendo como precursores: Rensselder Potter, com a publicação de sua obra *Bioethics: bridge to the future*, em janeiro de 1971, e André Hellgers com a fundação do *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, em julho do mesmo ano. Potter assume a Bioética com um sentido marcadamente ecológico, enquanto Hellegers a compreende como uma ética das ciências da vida, particularmente voltada para a dimensão humana. Essa última significação é a que tem prevalecido, de maneira que o ponto de partida da Bioética tem sido a consideração do homem e das condições éticas para propiciar uma “vida humana” porque, segundo Silva (1998, p. 33), “a ausência de preocupação ética ocasiona a transgressão das fronteiras que separa o humano do inumano”.

Com os progressos decorrentes do desenvolvimento das biotecnologias, na década de 1950, As condições éticas para uma vida humana começaram a ser ameaçadas. Assim, a emergência da Bioética foi o despertar de uma nova consciência de ser, de um apurado sentido humano, que se interroga: quê devo fazer, em face ao que posso fazer? Este questionamento emerge quando as ciências médicas recorrem a todos os meios para alcançar o que conside-

⁴³ Garrafa (2003, p. 502) diferencia a ética profissional da bioética. Segundo ele: “a primeira é normativa e pauta-se pelo legalismo (códigos de ética profissional), a segunda trabalha com a legitimidade na busca de soluções compartilhadas para os conflitos morais que se dão dentro de diferentes contextos sociais, econômicos e culturais”.

ram desejável para o paciente, de um ponto de vista exclusivamente técnico, gerando muitas dúvidas acerca do suposto alcance humanitário de algumas das suas ações terapêuticas (NEVE, 1996, p. 2).

Na Europa Continental, a preocupação com a Bioética emerge na década de 1980 trazendo as mesmas preocupações gerais, entretanto, diferentes nas perspectivas de análise, na orientação do pensar e do agir os quais sofrem modificações nas diferentes sociedades. Das diferentes orientações da Bioética surgem duas perspectivas: a anglo-americana, denominada perspectiva principialista e a européia, conhecida como perspectiva personalista e humanista. A primeira é mais individualista, uma vez que privilegia a autonomia da pessoa singular (microproblemas). Já a segunda concentra mais fortemente a sua atenção nos interesses morais mais coletivos (macroproblemas) com uma preocupação acentuada pela dimensão social do homem, colocando maior ênfase no sentido de justiça (Neve, 1996).

Uma outra diferença fundamental entre ambas é que a perspectiva principialista se direciona ao plano da ética biomédica na qual Tom Beauchamp e James Childress propõem quatro princípios fundamentais como base do raciocínio moral: o princípio da beneficência⁴⁴, o da não-maleficência⁴⁵, o da justiça⁴⁶ e o da autonomia⁴⁷. Este é, sem dúvida, um dos modelos de análise bioética mais divulgado (NEVE, 1996).

Já a perspectiva personalista não assume uma natureza descritiva, se distanciando, assim, de um plano normativo. Ela busca desenvolver um raciocínio teleológico que toma o homem na sua dignidade universal, como valor supremo do agir. Tal visão pode enfraquecer o impacto da perspectiva personalista no âmbito da prática clínica e da investigação científica, entretanto, ela traz um olhar mais lúcido da complexidade efetiva das situações e das reais implicações de cada forma de agir (NEVE, 1996).

Garrafa aponta para a necessidade do setor saúde, e mais especificamente o setor odontológico, retomar as discussões sobre ética e considera:

⁴⁴ Esse princípio esclarece que é obrigação do profissional fazer bem ao outro (GARRAFA, 2003, p. 499).

⁴⁵ Esse princípio admite que, antes de fazer o bem, o compromisso maior do profissional de saúde é não fazer o mal (GARRAFA, 2003, p. 499).

⁴⁶ O princípio da justiça se refere às ações de dever e responsabilidade frente à comunidade, tendo o Estado como principal ator (GARRAFA, 2003, p. 499).

⁴⁷ O princípio da autonomia aponta que o sujeito deve decidir livremente se aceita ou não propostas terapêuticas com base em informações (GARRAFA, 2003, p. 499).

O próprio respeito contemporâneo à pluralidade sócio-cultural exige que as ações odontológicas passem a observar conotações morais mais flexíveis com base no respeito, na compreensão, na solidariedade e no direito soberano dos pacientes e das comunidades de decidirem livremente o que seja melhor para suas vidas (GARRAFA, 2003, p. 502).

Nesse sentido, o autor afirma (p. 502) que a formação ética adequada dos atuais e futuros dentistas exige abordagens multidisciplinares e multiprofissionais. Não são apenas os aspectos técnico-científicos dos problemas bucais que devem ser levados em consideração para uma intervenção clínica, mas também outros aspectos de ordem filosófica, jurídica, econômica e antropológica. Esses aspectos guardam uma relação estreita com o contexto global que a sociedade moderna enfrenta, devendo, pois, serem discutidos, interpretados e enfrentados. Assim, diz ele:

O desenvolvimento tecnocientífico não pode ser nem eticamente submisso, nem historicamente dominador. O grande desafio para as sociedades humanas do século XXI é, portanto, equilibrar ciência e ética, por meio da bioética, uma vez tratar-se, essa última, de um canal concreto de comunicação que proporciona um diálogo mais aproximado entre a filosofia e a ciência e, por sua vez, entre a ciência (conhecimento) e sua aplicação prática: a técnica (GARRAFA, 2003, p. 502).

Ao refletir sobre o *ethos* da atividade científica e as ciências humanas, Vaz (1993, p. 178-179) pensa que as ciências humanas com a sua gama de conhecimentos sobre o homem pode alimentar o saber de um *ethos* regulador da atividade científica através do conceito de consciência moral – o agir ético e o conheça-te a ti mesmo da tradição socrática. A partir dessa percepção, o autor assinala:

A inspiração socrática da ética teria encontrado um terreno privilegiado de realização: o conhecimento de si mesmo poderia alcançar a síntese entre a singularidade da consciência e a universalidade efetiva do saber, entre o conteúdo e a forma do agir ético (VAZ, 1993, p. 219).

Para Garrafa (2003, p. 498), a ética em saúde bucal pode ser entendida sob dois pontos de vista: o macro e o micro. Compreende, sob o ponto de vista macro, que a ética é o resultado moral do conjunto de decisões e medidas técnicas, políticas e sanitárias que proporcionam ampliação da cidadania e diminuição da exclusão social. Sob o ponto de vista micro, como resultado moral do conjunto de ações clínicas - individuais e coletivas – que melhorem a qualidade de vida das pessoas e redundem em aumento dos níveis de “bem-estar” e felicidade. Correia (1997, p. 10), ao referir-se à consciência ética, assinala que nós somos seres morais e as sociedades sempre criaram sistemas de valores e normas morais para possibilitar a convivência social com o desejo de construir um futuro melhor.

Ainda que não seja o foco desse trabalho analisar a ética na perspectiva macro apontada por Garrafa, não posso me furtar de apresentar a percepção de Narvai (2003, p. 481) ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, divulgadas pelo IBGE em agosto de 2000. Segundo esses resultados, 18,7% da população nunca foi ao dentista, sendo que essa porcentagem atinge 32% da população residente na área rural. Outro dado relevante destacado é que, entre os brasileiros cujo rendimento familiar mensal é superior a 20 salários mínimos (SM) apenas 4,1% nunca foi ao dentista; enquanto entre aqueles cujo rendimento familiar não chega a um SM essa porcentagem é de 36,5% de brasileiros que nunca se sentou na cadeira do dentista, chegando a atingir o inimaginável patamar de 43,4% entre os brasileiros sem rendimento, residentes na região Nordeste. Tais dados, de acordo com este autor:

Revelam que sentar na cadeira do dentista continua sendo, no Brasil, um insuportável monopólio de classe social. Um privilégio e não um “direito de todos”, mais uma cruel expressão das iniquidades que nos assolam (NARVAI, 2003, p. 481).

Esses dados, de fato, acenam para a necessidade de se pensar as políticas públicas de saúde e educação em Odontologia, não apenas do ponto de vista político, econômico e técnico, mas também a partir da Bioética, do princípio da justiça que garanta o direito à saúde e à assistência com qualidade. Dessa perspectiva, Narvai argumenta:

O fato de o cuidado odontológico ser monopólio das elites no Brasil constitui um divisor de águas no campo odontológico: há os que não aceitam conviver com essa situação e há aqueles para os quais isso não faz a menor diferença (...). Não nos parece aceitável continuar convivendo com a aberração de cuidados odontológicos serem negociados como qualquer mercadoria, acessíveis apenas aos que podem pagar por isso – excluindo, portanto, milhões de pessoas dos benefícios proporcionados por conquistas científicotécnicas da humanidade, que parece ético e justo sejam compartilhadas por todos (NARVAI, 2003, p. 492).

Numa perspectiva micro, ou seja, da ação individual, Garrafa (2003, p. 449) aponta que muitos profissionais se acomodam ou sucumbem frente às dificuldades técnico-operacionais ou às limitações sócio-econômicas do dia-a-dia. Em tais circunstâncias, eles se deixam arrastar por uma avalanche de subterfúgios e casuísmos que determinam uma diminuição da qualidade final da atenção, passando assim a aceitar (consciente ou inconscientemente) princípios incompatíveis com os valores que inicialmente eles julgavam corretos ao justo exercício de suas profissões e ao respeito à convivência humana.

Desse modo, o extraordinário progresso técnico-científico constatado nos últimos anos não foi acompanhado com a mesma rapidez por um pertinente embasamento ético que desse sustentação às nossas práticas. Sobre isso Garrafa (2003, p. 499) assinala que os quatro princípios da Bioética (considerados provisórios e não universais) podem ser referências norteadoras para os profissionais de saúde.

No que se refere ao princípio da autonomia, uma espécie de super-princípio, considerado principalmente a partir da ótica individualista e maximalista norte-americana, alguns pesquisadores tendem a relativizar a sua importância, argumentando que a maximização da autonomia e da individualidade tende a levar ao individualismo e ao egoísmo podendo redundar na anulação do princípio da justiça, uma vez que a exacerbação do individual sufoca o coletivo (GARRAFA, 2003, p. 500).

Com exceção de raros casos de emergência que possam oferecer perigo de vida ao paciente, a justiça concede a este o direito de recusar o tratamento e ao profissional a prerrogativa de negar-se ao atendimento quando considerar que estaria infringindo preceitos técnico-científicos indispensáveis ao exercício correto de sua profissão (GARRAFA, 2003, p. 499). Em relação ao consentimento informado, que é a base desse princípio, é pertinente lembrar a afirmação de Tristram:

O direito de ser informado não implica uma obrigação de ser informado. Nem cria, da parte do médico, uma obrigação absoluta de informar. Requer apenas que se ofereça ao paciente a oportunidade de obter a informação (...), é permitir-lhe a oportunidade de exercer a autonomia em sua decisão de tratamento (TRISTRAM, 1998, p. 386).

Para o cumprimento desse princípio, os médicos devem fornecer informações para que os indivíduos possam tomar as suas decisões, sendo que o padrão de informação precisa ser medido pela necessidade do paciente. A referência é fundamental porque muitos indivíduos valorizam mais a autodeterminação e a autonomia do que o tratamento eficaz de suas enfermidades (TRISTRAM, 1998, p. 382).

Um indivíduo, por exemplo, em um momento de desespero, provocado por uma dor de dente, pode solicitar ao dentista que faça a sua exodontia (extração) por desconhecer outras possibilidades de livrar-se da dor ou, simplesmente, por querer livrar-se dela rápida e definitivamente. Desse modo, o diálogo e a negociação são essenciais, uma vez que o profissional não deve, em certas circunstâncias, respeitar essa autonomia em detrimento da beneficência.

Para Tristram (1998, p. 378), a capacidade de escolha dos pacientes com relativa liberdade dependerá de quanto sabem sobre os prováveis benefícios e riscos do tratamento que estão considerando. Dependendo do que os profissionais de saúde revelam a um paciente e de como é feita esta revelação, o paciente estará inclinado a recusar ou a aceitar o tratamento, de maneira que a prática do conhecimento livre e informado admite que os indivíduos, muitas vezes, sejam os melhores juízes de seus próprios interesses particulares.

Garrafa (2003, p. 503) também chama a atenção para a oferta de serviços que fere ao princípio da autonomia e que iludem o paciente com promessas que muitas vezes acabam não se concretizando. Isso porque, este aceita uma determinada proposta terapêutica sem estar ciente e de posse de todas as informações, sobretudo aquelas que podem repercutir negativamente sobre a sua saúde.

O princípio da beneficência sugere que seria bom beneficiar as pessoas que têm necessidades e, mesmo que o princípio não justifique o uso de força para obrigar a beneficência ou especificar a essência dessa beneficência, ele gera reivindicações morais que são determinadas em um contexto particular, muitas vezes permeado por um acordo multilateral (TRISTRAM, 1998, p. 139). Desse modo, a noção de beneficência pode sofrer inúmeras interpretações, sendo estas condicionadas por uma variedade de fatores que só podem ser revelados em cada contexto. Nesse sentido é imprescindível, ao analisar esse princípio, buscar compreender qual a noção que os sujeitos têm do que é fazer o bem ao outro. As divergências éticas a respeito da beneficência separam as comunidades quanto ao compromisso moral porque não existem argumentos conclusivos racionais para estabelecer um sentido de moral particular (TRISTRAM, 1998, p. 141). Assim, é imprescindível que os cirurgiões-dentistas reflitam sobre o princípio da beneficência, tendo em mente que toda e qualquer ação odontológica deve obrigatoriamente trazer benefícios ao paciente.

Segundo Tristram (1998, p. 142-143), não existem sanções para o não cumprimento desse princípio. Entretanto, quando alguém não apenas se recusa a desejar ou fazer o bem, mas faz o mal a outra pessoa (princípio da não-beneficência ou da maleficência), ele renuncia à comunidade moral e estará sujeito às sanções da lei, mesmo quando estiver agindo com permissão. Diferente do princípio da beneficência, a defesa contra a malevolência não exige a pressuposição de uma visão moral particular.

Assim, interessar-se por compreender intersubjetivamente as respostas para o que é bom e mau fazer é pressupor uma preocupação pelo bem das pessoas; é assumir uma perspectiva anônima que pertence tanto a todos como a qualquer pessoa em particular; e compreende abandonar os interesses e as vantagens pessoais particulares de maneira a poder julgar quais

linhas de conduta deveriam ser afirmadas como boas e más (TRISTRAM, 1998, p. 154). Isso pressupõe escolhas individuais que sofrem as mais variadas influências dentro do contexto de vida das pessoas, sendo o sistema educacional um dos referenciais que pode ajudar os indivíduos a trilhar caminhos em direção às boas condutas éticas.

4.4 REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

No pensamento de Hipócrates e de Galeno pareceria estranha uma distinção entre formação médica e formação humanística, por estes compreenderem que o médico é, antes de tudo, um homem aperfeiçoado pela ética e pelo saber a respeito da natureza humana. Para eles, o médico é necessariamente um humanista. No galenismo, os processos orgânicos e as atividades afetivas e cognitivas do homem eram percebidos como fazendo parte de um mesmo sistema vital, cujo equilíbrio era garantido na medida em que houvesse uma convivência harmônica entre a alma, a mente e as funções fisiológicas. Assim, a doutrina médica entendia o corpo como instrumento de percepção e de ação controlado pelos desejos, valores e emoções (PESSOTTI, 1996).

Com o florescer do pensamento cartesiano, das ciências naturais e do espírito científico no século XVII, o saber médico se afastou da filosofia do homem e todo conhecimento que não ostentasse a base empírica reconhecida pela ciência passou a ser relegado ao limbo. Desse modo, o saber médico passou a rejeitar tudo que estivesse relacionado à subjetividade humana. Entretanto, na segunda metade do século XX, a própria ciência passou a anunciar a transitoriedade das verdades e doutrinas, de modo que o saber médico tem se revelado precário em muitas circunstâncias que envolvem o reconhecimento e a compreensão dos referenciais humanos há séculos descartados (PESSOTTI, 1996).

Como apresentado no capítulo que se refere ao histórico da profissão, a Odontologia, de gênese eminentemente artesanal e com um crescente apelo tecnológico, já floresce com o status de curso superior sob a égide desse modelo de Medicina – tecnológica e cientificista. Assim, a despeito dos atuais conhecimentos acerca do processo saúde-doença, a Odontologia resiste em apropriar-se deles, mantendo-se fortemente vinculada às suas origens históricas, culturais e científicas.

Se para a Medicina, apropriar-se de uma cultura humanista com vista a uma prática clínica conseqüente trata-se de um resgate histórico, aprimorado por sua própria evolução enquanto ciência médica; para a Odontologia trata-se do novo, do nunca experimentado, salvo

por iniciativas individuais de profissionais que, por sua própria história de vida, escolhem enriquecer a sua prática profissional com valores éticos e humanos.

Portanto, há que se pensar, até para evitar frustrações, que este é um processo que tende mesmo a enfrentar resistências. Estas, eu penso, tenderão a ser relativamente vencidas, uma vez que as discussões invadam, cada vez mais, o campo do trabalho e a formação profissional na área de saúde. Nesse sentido, a humanização dos serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, alvo de freqüentes reflexões, de modo que este tema vem ganhando espaço nos diferentes fóruns de discussão no campo da saúde.

Dado o grande espectro de possibilidades de reflexão, falar em humanização implica, inicialmente, em definir o que eu quero analisar quando me refiro a ela. Essa definição, ainda que passe por uma avaliação objetiva (qual das suas dimensões estaria mais sintonizada com o objeto do estudo?), carrega em si a subjetividade do autor. Portanto, mesmo situando o tema de forma mais ampla no campo conceitual, nas políticas públicas e no seu sentido no processo de trabalho, focarei a humanização na relação paciente-profissional⁴⁸ e em como a formação universitária pode contribuir para desenvolver nos alunos essa dimensão, no sentido de propiciar a emergência de relações mais humanizadas.

De acordo com Foulquié (1971), humanismo é um movimento moral e intelectual que aspira a desenvolver no homem as faculdades propriamente humanas. Já humano, vem do latim *humanus*, derivado de *homo* (homem). Ao refletir sobre esses conceitos e pensar em todo o movimento que faz emergir a importância de se repensar a humanização no campo da saúde, a princípio fica uma sensação de que se está solicitando o óbvio. Afinal, o homem nunca deixou de ter faculdades humanas! Ou será que sim?

Em relação ao termo “humano”, Foulquié (1971), também diz que, em sentido, ele se refere àquele que sente para com os seus irmãos humanos uma simpatia que o torna compreensivo, benevolente e caridoso. Houaiss e outros (2001, p. 1555) complementam que humano quer dizer aquele que é bondoso e instruído nas humanidades e humanizar é tornar-se benévolo, ameno, tolerável, tratável.

Isso pressupõe, segundo Correa (1997, p. 5), que precisamos construir ou conquistar o nosso ser. Ele não nasce pronto, se faz ser humano, se torna pessoa. Desse modo, o maior desafio das nossas vidas é o processo de construção do nosso ser numa perspectiva humani-

⁴⁸ Ainda que a maioria dos trabalhos se refira a essa relação como “profissional-paciente”, prefiro ir na contramão empregando o termo “paciente-profissional”. No primeiro caso, ela alude a um sentido de hierarquização, me passando a idéia de que o sujeito principal nessa relação é sempre o profissional. Ao inverter a posição, retiro a percepção de hierarquia e percebo ambos como sujeitos, numa relação mais linear, onde, obviamente, cada um tem seu papel e o do paciente não é menos importante do que o do profissional quando falamos de promoção de saúde.

zante. Para Stoterdijk, (apud CEMBRANELLI, 2002), o desembrutecimento é o tema latente de todo humanismo, uma vez que a palavra humano sempre evoca um contra o quê, um empenho para retirar o homem da barbárie. Assim, Pessini e Bertachini (2004, p. 1) acreditam que passamos por uma profunda crise de humanismo. Nesse contexto, valores como a compaixão, a tolerância, a solidariedade ou o simples estar com o outro tornaram-se descartáveis e obsoletos.

Ao refletir sobre o conceito de humanização em saúde, Campos (2003, p. 124) afirma: “Humano quer dizer 'humano', ou seja, biológico, subjetivo e social [...]. Somos isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo”. Fica fácil, então, compreender porque esse tema tem emergido com tanta força: os processos de trabalho em saúde têm sido cada vez mais objetualizados, tecnificados, especializados e mercantilizados. Barchifontaine (2004, p. xv) afirma que o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido inúmeros benefícios, mas tem como efeito adverso o incremento da desumanização. Esta é conceituada por Houaiss e outros (2001), como a perda de qualidades humanas como personalidade, espiritualidade, dignidade e caráter.

A cultura médica tem promovido um grande engano quando cultua a imagem do profissional que não se comove, sempre frio, sem nunca perder a pose, soberbo, acima dos sentimentos humanos. Esta é uma defesa psicológica grave que desumaniza, substituindo o sentimento e o calor das trocas humanas pelo valor relativo, aqui absolutizado, do conhecimento técnico. Assim, ultimamente fala-se muito da humanização da medicina, entretanto quem precisa re-humanizar-se é o profissional de saúde e isso mediante a aceitação sincera e protegida de suas mazelas e fraquezas. Não é alterando o ambiente com cores e músicas ou treinando a equipe de forma automatizada que a humanização se processará, mas buscando o autoconhecimento, dando oportunidade aos profissionais de lidarem com as suas realidades internas (Benetton, 2002, p. 96).

São dezenas de anos cultivando uma imagem fria de profissional de saúde. Essa construção cultural é bem retratada no filme “Patch Adams: o amor é contagioso” (SHADYAC, 1998). Este filme, baseado em fatos reais, retrata a formação médica numa perspectiva desumanizante, permeada pelas atitudes contra-hegemônicas do irreverente estudante Patch Adams. Em muitas cenas e diálogos revela-se a necessidade de uma reflexão densa sobre a realidade. Dentre elas, duas são marcantes: a primeira é quando o reitor Walcott, de forma imponente e autoritária, faz a aula inaugural para os alunos do curso de Medicina da *Virginia Medical Universit* e fala de um dos preceitos da Medicina:

[...] Implica em um poder extraordinário. O poder de causar dano! Quem lhe dá esse poder? O paciente. Eles o procuram apavorado, lhe dá uma faca e lhe diz: Dr. me corte, porque confia em vocês como uma criança. Confia que não vão causar dano a ele, mas o triste é que os seres humanos não são dignos de confiança. Mentimos, ficamos com medo, nos cansamos, cometemos erros. Nenhum paciente racional confiaria num ser humano. E não o deixaremos, **vamos levar a cabo nossa missão rigorosa e inexorável de desumanizar todos vocês e transformá-los em algo melhor. Vamos transformá-los em médicos** (SHADYAC, 1998) (grifo meu).

Nesse diálogo se desvela uma das facetas do poder que envolve essa categoria profissional: a máscara que encobre as mazelas e fragilidades do “ser humano” travestido de médico. Um outro aspecto que aí se levanta é de como as instituições formadoras se imbuem do papel de legitimar uma farsa que, inadvertidamente, é danosa a ambos, profissional e paciente. Felizmente, essa perspectiva começa a ser questionada e ressignificada, ainda que lentamente.

A segunda cena marcante do filme é aquela em que o professor caminha pelo corredor do hospital com um grupo de estudantes e pára diante de uma paciente deitada em uma maca, estabelecendo o seguinte diálogo:

– Este é um caso de diabetes juvenil com má circulação e neuropatia. Como vocês vêm, tem úlceras diabéticas com edema linfático e traços de gangrena. Alguma pergunta?

– Há osteomielite?

– Aparentemente não, mas é possível.

– Tratamento?

– Estabilizar o açúcar, usar antibióticos e, talvez, amputar a perna (a paciente, nesse momento, expressa um semblante de tristeza, medo e desolação).

– Como se chama ela? Queria saber o nome da paciente. (todos olharam para Patch e a paciente, inclusive, consegue esboçar um sorriso tímido).

– Marjory. Obrigado! (responde o professor, consultando o prontuário de forma desconcertada).

Como bem expressa a cena, o ensino médico, acobertado pelo conhecimento técnico-científico e pela perspectiva de tratar doenças, transformou a relação paciente-profissional em uma relação (se é que assim pode ser chamada) fria, despersonalizada e vazia de sentido, na qual o paciente transforma-se em um objeto de estudo. Em vista dessas deformações no ensino médico, é imprescindível resgatar o “humano” dos profissionais de saúde.

Não se trata, segundo Pessotti (1996, p. 447), de ser humanitário, embora isso também seja desejável, mas de ser, em alguma medida, um humanista: um conhecedor, ainda que principiante, do que constitui a essência da chamada natureza humana, ou seja, própria de quem cria valores e atribui significados e sentidos aos eventos e condições da vida. Para isso,

o grande desafio, segundo Campos (2003, p. 129), é: “voltar a juntar aquilo que no processo histórico foi separado por prescrições técnicas, pela divisão social do trabalho e pela recusa à subjetividade”. Subjetividade esta que carrega o potencial de reintegração do indivíduo complexo e que tem se tornado, mais do que nunca, um dos maiores desafios no campo do trabalho contemporâneo.

4.4.1 O sentido da humanização no campo do trabalho

Inúmeros são os problemas enfrentados pela sociedade moderna e que direta ou indiretamente afetam as pessoas nas suas relações de trabalho, gerando tensão, insatisfação, sofrimento emocional e infelicidade. No plano individual, temos o cotidiano da vida moderna, pautado na crescente autonomia em virtude dos avanços tecnológicos (automóvel, telefone, televisão, computador...), que, paulatinamente, foi impondo às pessoas um maior grau de solidão. Associado a isso, as pessoas têm vivenciado uma redução dos laços afetivos e uma crescente competitividade, tanto na vida pessoal, quanto nos seus ambientes escolares e de trabalho. Estas, dentre outras razões, vêm transformando as relações intra e interpessoais em um campo minado carente de profundas reflexões e resignificação.

No plano coletivo, temos a crise econômica, o desemprego e a exclusão social, que assolam os países em desenvolvimento. Para agravar a situação, o predomínio da razão sobre todas as outras qualidades humanas praticamente banuiu dos ambientes escolares e do trabalho a sensibilidade, a solidariedade e a afetividade negando, assim, a inteireza do ser humano em toda a sua complexidade, nas suas relações consigo, com o outro e com a sociedade.

Tulku (1994, p. 3) adverte que muitas pessoas que trabalham duro e com sucesso durante muitos anos, às vezes chegam a um ponto no qual questionam o valor daquilo que têm feito, de maneira que a segurança e os ganhos materiais que o trabalho lhes proporcionam não os ajudam a realizar as suas metas de vida. Assim, ao analisar os avanços tecnológicos e suas implicações sobre as pessoas e o trabalho, este autor afirma:

As transformações que assolam o mundo nos dias de hoje estão causando um impacto na nossa forma de trabalhar, pois afetam todas as esferas de atuação humana. À medida que a tecnologia torna-se cada vez mais sofisticada, a maioria da população fica direcionada para um trabalho que não oferece recompensas nem desafios intrínsecos. Aqueles que estão no topo da estrutura social encontram desafios diferentes: treinados a concentrar sua energia criativa nos avanços e soluções tecnológicas de forma cada vez mais limitada, eles estão aprendendo a sintonizar seu pensamento com a lógica das máquinas, esquecendo o significado interior do trabalho (TULKU, 1994, p. 232).

Em contraposição a essa referência unidimensional do trabalhador, altamente valorizada no capitalismo do século XX e com profundas raízes que ainda tentam dar sustentação a esse modelo, emerge hoje, como fruto dos interesses do mesmo mundo capitalista, uma outra visão de trabalhador: flexível e multicompetente, que detenha os conhecimentos técnicos e incorpore outros atributos humanos, tais como relações interpessoais saudáveis, comunicabilidade, ética, etc.

A despeito da competitividade perversa a que os trabalhadores estão sujeitos e dos interesses intrínsecos a essa proposta, prefiro viver a utopia de que é mesmo necessário se trabalhar os valores humanos e despertar nos indivíduos o sentido de uma maior realização no trabalho, de maneira que:

Sem desistir de buscar o sucesso, aprendemos a trabalhar de forma mais humana, mais satisfatória e mais solidária. Aprendemos a agir em harmonia com nossos interesses mais profundos (TULKU, 1994, p. 10).

Desse modo, para Campos (2003, p. 127), as práticas de saúde implicam em se reconhecer o seu lugar técnico, sendo que este estará sempre envolvido por questões éticas. Estas guardam uma relação de sentido que envolve uma questão chave: Qual direção desejamos dar ao produto do trabalho em saúde? Segundo esse autor, a identidade profissional deve ser interrogada, não somente em relação às competências técnicas, mas às suas finalidades. Entendê-las, portanto, pode ajudar as pessoas que trabalham a procurar o sentido do seu trabalho. Com essa perspectiva, Alves (2003) reflete sobre os desafios do trabalho para o século XXI, afirmando:

Os desafios do trabalho contém, em si e para si, os desafios de uma vida plena de sentido dentro e fora do local de trabalho. Enfim, uma vida plena de sentido na luta de existência, algo que, diante da barbárie do capital, torna-se cada vez mais difícil (ALVES, 2003, p. 8).

Tendo em vista essa dificuldade o autor adverte:

O movimento do capital em processo, seja em uma dimensão estrutural, de reorganização dos espaços de produção de valor, seja em sua dimensão sócio-política, com a ofensiva neoliberal, coloca para a classe-que-vive-da-venda-da-força-de-trabalho imensos (e complexos) desafios, tanto no plano da consciência de classe contingente, com a busca desesperada contra o desemprego massivo, como no plano da consciência necessária, com a necessidade de buscar novas formas organizativas e políticas, não apenas de resistência, mas de emancipação social, contra a barbárie do capital (ALVES, 2003, p. 5).

Sejam quais forem os caminhos a serem trilhados, no sentido de vencer os desafios citados que têm implicações diretas ou indiretas no mundo do trabalho, todos eles, invariavelmente, passam pela educação, da pré-escola ao ensino superior. Uma educação que estimule o senso crítico, preserve a autonomia e promova a cidadania, de maneira que, uma vez desafiados, os indivíduos sejam capazes de se insurgirem contra situações opressoras e frustrantes, na luta por um trabalho digno e por uma vida digna. Uma educação que, além disso, estimule o desenvolvimento humano.

Nesse sentido, o Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (DELORES, 2001), realizado no período de 1993 a 1996, fruto de uma discussão entre especialistas de todo o mundo, propõe quatro pilares básicos para a educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Tradicionalmente, o ensino formal priorizou o conhecimento e a excelência técnica. A proposta da Comissão é que os quatro pilares devam ser objeto de atenção igual, desde o ensino básico até o ensino superior e se ampliando para a educação permanente, por eles denominada de educação ao longo da vida. De acordo com a Comissão:

Para enfrentar os desafios deste século, novos objetivos da educação são assinalados, no sentido de ampliar a idéia de educação tendo como pano de fundo não apenas o seu referencial utilitário, mas criando uma nova concepção de educação na qual todos possam ser capazes de descobrir, reanimar e fortalecer o seu potencial criativo – revelar o tesouro escondido em cada um de nós. (...). Isto supõe que se ultrapasse a visão puramente instrumental da educação, considerada como a via obrigatória para obter resultados (saber fazer, aquisição de capacidades diversas, fins de ordem econômica), e se passe a considerá-la em toda a sua plenitude: realização da pessoa que, na sua totalidade, aprende a ser (DELORES, 2001, p. 90).

Se, por um lado, ideologicamente, esta proposta é coerente com uma educação que resgata a dimensão humana na formação e no trabalho, por outro, não podemos negar a dificuldade de legitimá-la na prática, visto que, segundo Batista (2003, 145), os quatro pilares da educação refletem uma ideologia financiada pela UNESCO; disseminada no Brasil pelos ministérios da Educação e do Trabalho, no período do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, que desconsidera os limites colocados pelo capital à formação humana. Para o autor, tais limites têm provocado frustrações para o trabalhador, o que o leva a afirmar:

À medida que se exige dele maior escolaridade, maior qualificação etc., gera-se a expectativa de uma certa satisfação no trabalho. Entretanto, o que se observa é o pânico em torno do desemprego, da possibilidade concreta da demissão a qualquer momento, do salário baixo etc. Há ainda a angústia diante das disputas que os trabalhadores travam entre si para manterem-se no emprego e para serem promovidos (BATISTA, 2003, p. 145).

Nesse sentido, Guerreiro (2003) afirma que existe a lógica utilitarista e a racionalização que produz uma crise de sentido, pois somos todos destituídos da condição de cidadãos e tratados como recursos humanos, como agentes de produção. Existe, de fato, uma contradição que impõe à educação a tarefa de qualificar e requalificar a mão de obra, mais para atender às demandas do capital, com o discurso pedagógico da competitividade e das múltiplas habilidades e competências, do que para uma formação do ser humano nas suas múltiplas dimensões. Assim, o autor comenta que o mercado e as necessidades empresariais devem ser relevantes para as políticas educacionais, mas jamais determinantes.

Em meio a essas contradições, Schaff (1995, p. 115) acredita que o desemprego estrutural, na perspectiva do indivíduo humano, além de evidenciar o fenômeno econômico do desemprego traz um outro sério problema: a perda daquilo que na linguagem da filosofia chamamos de sentido de vida. Esta problemática tornou-se atualmente objeto de estudo extensivo da psiquiatria, particularmente na chamada logoterapia, elaborada pelo professor e psiquiatra vienense Victor Frankl, sendo pensada com base na teoria do “vazio existencial”. Esta poderia ser sintetizada na afirmação segundo a qual a posse de um sentido de vida – consciência do objeto pelo qual se vive – é uma necessidade humana.

A perda dessa consciência leva à formação de um “vazio existencial”, que tem um caráter patológico e constitui o fundamento de diferentes enfermidades psíquicas. Nesse contexto, Schaf (1995) afirma:

O trabalho é a motivação fundamental do agir humano na sociedade atual (...). Isto diz respeito não apenas aos estímulos relativos à necessidade de obter os meios de manutenção da vida material (...) mas sobretudo aos esforços exigidos para adquirir um status social desejado e, deste modo, ao próprio papel do indivíduo no interior da sociedade, alcançado por meio do trabalho (...). O homem que perde o seu trabalho perde ao mesmo tempo o sentido fundamental da vida (SCHAFF, 1995, p. 117).

O sentido de vida, segundo ele, se relaciona com os conteúdos que motivam o agir humano, dando-lhe um sentido de satisfação de tarefa cumprida, se o resultado de sua atividade for positivo (SCHAFF, 1995, p. 116). Com base nas afirmações de Schaff, penso que não é apenas a falta do trabalho que carrega o ônus da perda do sentido de vida, mas também o trabalho precarizado⁴⁹, que pode gerar insatisfação na tarefa cumprida e, por sua vez, culminar numa dificuldade dos profissionais estabelecerem relações interpessoais positivas no ambiente do trabalho.

⁴⁹ Considero aqui o trabalho precarizado como aquele que tem como referenciais, entre outros aspectos: a remuneração baixa, a perda de direitos sociais, a falta de condições de trabalho, a pressão por produtividade, a negligência dos referenciais técnicos e científicos e a ineficácia social.

Este fato, especificamente na área da Saúde, é nefasto quando pensamos que para atuar-se dentro das linhas transversais de promoção de saúde e humanização, tanto no nível individual como no coletivo, é indispensável que haja parceria, empatia, respeito à autonomia, acolhimento e vínculo e, adicionalmente, desejo de produzir um trabalho digno e ético – pré-requisitos (e/ou conseqüências?) fundamentais das relações intra e interpessoais positivas. Portanto, ao referir-se ao modelo de assistência e aos processos de trabalho proposto pelo SUS, Santos (2001) admite:

As expectativas de retomada, pelo médico e demais profissionais de saúde, da satisfação com o trabalho, com todas as decorrências positivas da realização profissional e pessoal – reconhecimento cultural e afetivo, pelos cidadãos e pela comunidade, do trabalho solidário e acolhedor – (...) encontram-se vinculados à transição do velho modelo assistencial, desumano, mercadológico, iatrogênico e doloso, para o novo modelo, humanizado, solidário, acolhedor e resolutivo (...). Se os médicos e outros profissionais de saúde assumirem ativamente a postura de identificar-se com a formação ético-humanista do novo modelo assistencial, e, ao mesmo tempo, reconhecerem que não são objetos, mas sujeitos da dura transição de um modelo para o outro, estarão contribuindo decisivamente (...) para a construção de uma sociedade solidária e justa (SANTOS, 2001, p. 83).

Com essa perspectiva, a universidade abarca um papel fundamental no processo de formação profissional, uma vez que, segundo Morin (2003, p. 82), ela necessita exercer uma dupla função: adaptar-se à modernidade e integrá-la, respondendo às necessidades fundamentais da formação, mas também, e, sobretudo, fornecer um ensino metaprofissional e metatécnico, contribuindo para a auto-formação dos alunos, de modo que eles possam assumir a condição humana. Portanto, é papel da universidade propiciar reflexões e experiências que ajudem os alunos (futuros profissionais) a perceberem o trabalho como sentido de vida e não apenas como meio de subsistência.

Esse olhar sobre a formação profissional exige uma grande mudança na cultura da escola porque ele acena para a necessidade de trabalhar elementos tradicionalmente banidos da universidade como a sensibilidade, a afetividade⁵⁰, a subjetividade, o sentido de grupo, a ética e a percepção de homem como ser bio-psico-social. Nesse sentido é preciso viver a utopia de propiciar uma formação profissional que não apenas busque uma adequação às leis de um mercado de trabalho exigente e competitivo, mas que, integrando o homem que trabalha, co-exista o ser humano que demanda uma diversidade de valores que o possibilite sentir-se integrado consigo, com os colegas, com os pacientes, com a família, com a sociedade e com o

⁵⁰ Capacidade individual de experimentar emoções e sentimentos (PIÉRON, Henri. **Dicionário de Psicologia**. Trad. por Dora Cullinan. Porto Alegre: Globo, 1967.

ambiente que o abriga.

4.4.2 Políticas públicas de humanização em saúde bucal

Narvai (2003) afirma que, atualmente, as discussões sobre recursos humanos em Odontologia têm convergido para a necessidade de orientação da prática no sentido da prevenção e da humanização. E diz:

Tão importante para a sociedade quanto dispor de adequada força de trabalho odontológico é contar com recursos humanos qualificados, em condições de produzir ações e serviços de alta qualidade científico-técnico e, sobretudo, capazes de atuar de acordo com os preceitos da **humanização** das práticas de saúde (NARVAI, 2003, p. 482) (grifo do autor).

A humanização da atenção é uma das principais diretrizes das políticas públicas que norteiam as ações do SUS e com essa perspectiva, o MS vem desenvolvendo vários projetos ou programas. Assim, em fevereiro de 2003 é definida a Política Nacional de Humanização (PNH – Humaniza SUS) difundindo o seu conceito para o conjunto das práticas de saúde.

As ações iniciais incluíram articulações com as várias áreas do ministério, oficinas de trabalho, visitas aos Estados e elaboração e publicação de documentos. Estes últimos contribuíram com a 12ª Conferência Nacional de Saúde, divulgando idéias de humanização (Brasil, 2004a). Ao propor os caminhos para essa política, o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização define:

A humanização da atenção e da gestão da saúde está estreitamente relacionada à promoção da saúde uma vez que, por um lado, um dos eixos de análise do paradigma promocional é a reorganização dos serviços de saúde e, por outro, não é possível pensar na promoção da saúde, nem de sujeitos e coletivos sem a reflexão acerca dos processos de trabalho que ocorrem no próprio setor sanitário (...). Humanização e promoção de saúde são, pois, linhas transversais que podem melhorar a qualidade das ações sanitárias, das condições de trabalho dos profissionais de saúde e da vida de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2004a, p. 11).

Para a efetivação do PNH como política permanente, os resultados da Oficina Nacional do Humaniza SUS deliberou as seguintes recomendações (BRASIL, 2004a, p. 11):

- assinatura de um pacto de humanização entre as várias instâncias do SUS;
- incluir os parâmetros do PNH durante a revisão e construção de portarias e normas das diferentes áreas;
- instituir fórum nacional de discussão sobre as questões de humanização, articulando-se com o Conselho Nacional de Saúde;

- **influenciar o aparelho formador dos profissionais de saúde, com vista ao reconhecimento da importância de práticas humanizadoras** (grifo meu);
- instituir, junto aos Comitês Estaduais de Humanização, fórum municipal de discussão sobre as questões da humanização, articulando-se com os Conselhos Municipais de Saúde;
- realizar capacitações da equipe gestora de saúde para humanização; e
- realizar oficinas regionais e locais com apresentação de experiências.

Cembranelli (2002), ao se reportar ao projeto de humanização dos hospitais, admite que interrogá-lo significa, ao mesmo tempo, interrogar o homem contemporâneo e seus valores, a cena social brasileira e a realidade dos hospitais públicos no Brasil, marcada pelas práticas desumanizantes presentes nas porosidades da cultura. Nesse sentido, ainda que do ponto de vista de políticas públicas eu perceba o avanço qualitativo dessa proposta, acredito que adotar uma atitude humanista no serviço é muito mais complexo do que é imaginado quando ela é instituída em forma de leis para serem cumpridas ou diretrizes a serem seguidas. Não vejo como transformá-las em ações concretas se cada profissional envolvido no processo não se autorizar a trabalhar a sua própria dimensão humana e, desse modo, estar aberto a adotar uma atitude de cuidado com o outro.

Assim, dentre as várias dimensões que a Política Nacional de Humanização deverá mobilizar para produzir práticas humanizadoras no âmbito do SUS, a investigação radical dos valores humanos é um dos maiores desafios para a implementação dessa política. No âmbito da Odontologia, esse discurso apenas se anuncia. No relatório final da 3ª CNSB, em muitas das propostas, já se evidencia a necessidade de incorporar-se a humanização na cotidianidade do ensino e, destacadamente, dos serviços de saúde, conforme transcrição abaixo:

Implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário, envolvendo profissionais de saúde bucal, usuários e gestores, valorizando o exercício da cidadania e respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural, e as relações de trabalho (BRASIL, 3ª CNSB, 2004c, p. 5).

Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b, p. 3), a reorganização da atenção em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, aponta para o conceito de **cuidado**⁵¹ como eixo de reorientação do modelo, compreendendo que a concepção de saúde não

⁵¹ “Cuidado vem do latim “cura” ou ainda “coera”, palavra que alude amizade e amor [...]. Curar e cuidar são sinônimos e apelam para uma postura cautelosa, zelosa e delicada, mas a mentalidade médica atual distanciou esses dois verbos desprezando sua origem idêntica e deu a coroa de rei a “curar” e o selo de marques a “cuidar”.

deve estar centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (grifo meu). Assim:

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004b, p. 3).

De acordo com essas diretrizes (BRASIL, 2004b, p. 5), o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem alguns princípios norteadores, além daqueles expressos na Constituição (universalidade, integralidade e equidade): (1) a gestão participativa, assegurando a participação de representantes dos usuários na definição das políticas de saúde bucal; (2) a **ética**, de modo que as ações sejam regidas pelos princípios universais da ética em saúde; (3) o acesso universal à assistência; (4) o **acolhimento**, considerando o usuário em sua integralidade bio-psico-social, compreendendo que esse acolhimento significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários pela equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, encaminhar e acompanhar; (5) o **vínculo** como expressão síntese da humanização da relação com o usuário, é entendido como o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário; e, por fim, (6) a responsabilidade profissional que pressupõe o implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas (grifos meus).

No âmbito do ensino, essas diretrizes nacionais têm um papel fundamental para aquelas disciplinas e/ou professores implicados com essa proposta. Tenho hoje a percepção de que falar de atributos humanos (sentimentos, ternura, vínculo, acolhimento, dor, desejo, qualidade de vida etc.) nos ambientes tecnificados e cientificistas dos cursos de Odontologia, começa, ainda que muito timidamente, a ser percebido com um novo olhar. É como se hoje, ao valorizar essa temática, saíssemos da condição de raros lunáticos sonhadores para a condição de profissionais que buscam legitimar uma concepção humana que não é mais só nossa, é respaldada por diretrizes nacionais e por um número crescente de profissionais que começam a perceber que ela faz sentido!

Desse modo, penso que existe um grande avanço nessas propostas, uma vez que elas trazem embutida a necessidade de se lançar um olhar crítico sobre o modelo instituído – considerado desumanizado – implicando numa mobilização geral dos profissionais de saúde (incluindo, principalmente, aqueles envolvidos com a formação) no sentido de buscar uma compreensão conceitual do tema, uma reorganização da atenção e, o que é mais difícil, mudanças de valores individuais.

É verdade, portanto, que a instituição legal de uma proposta dessa dimensão não garante que as mudanças, de fato, ocorrerão, uma vez que, segundo Pessini e Bertachini:

A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo (...). O contexto macro influi de modo contundente no condicionamento e na determinação da cultura e nos relacionamentos no contexto micro das instituições prestadoras de serviço na área de saúde (PESSINI e BERTACHINI, 2004, p. 1).

Assim, para sair da intenção ao ato, além de mudanças estruturais necessárias, os sujeitos envolvidos no processo precisam implicar-se com ele e para isso precisam, antes de tudo, humanizar-se a si próprios. São mudanças que não acontecem da noite para o dia, elas demandam tempo e, antes de tudo, desejo!

4.4.3 Relação paciente–profissional: um mundo carregado de subjetividades

Ao refletir sobre a formação ético-humanista do dentista, penso que, em última instância, ela tem como objetivo central alcançar uma relação paciente-profissional (coletiva e/ou individualmente) que dê conta de propiciar saúde e sensação de “bem estar” para ambos. De acordo com Seguer (1998), a relação paciente-profissional em Odontologia é ainda um campo pouco explorado. É como se não houvesse o que explorar, considerando-se que basta uma boa formação técnica ao profissional, com instalações e recursos materiais adequados, para se garantir uma atenção de qualidade às necessidades dos pacientes.

Entretanto, em muitas situações ocorre insucesso na realização do tratamento odontológico, ainda que o paciente tenha consciência da sua necessidade e esteja sendo atendido por um profissional competente do ponto de vista técnico. São inúmeras as reações do paciente que podem afetar o trabalho profissional, muitas vezes relacionado ao sentimento de medo de dentista que a maioria das pessoas experimentam. A despeito desse medo, muitas delas podem se mostrar cooperativas com um profissional e não cooperativas com outro ou demonstrar medo com uns e não demonstrá-lo com outros (SEGUER, 1998).

Nesse sentido, a Medicina nunca é puro emprego de conhecimentos científicos e técnicos, e, mesmo quando ela pretende ser, há sempre um horizonte mais amplo cercando a sua prática. Assim como o paciente traz seu mundo da vida para a consulta, ainda que muitas vezes limitado, negado ou negligenciado, o médico também traz uma série de concepções não explícitas que se operam quando este atua profissionalmente (SOUZA, 2004, p. 224).

Desse modo, ao analisar a questão da relação paciente-profissional não podemos deixar de considerar o vínculo como elemento chave para a sua compreensão. A proposta de vinculação aparece com frequência nos documentos oficiais que norteiam as políticas públicas de Saúde, muito embora sem explicitar com clareza o que seja vínculo e tampouco os muitos tentáculos humanos que necessitam ser mobilizados para, de fato, ele acontecer. A vinculação, segundo, Benetton (2002, p. 73) supõe uma empatia mínima, um desejo assumido de aproximação para melhor compreensão do paciente, para o qual uma das maiores necessidades é o acolhimento. A vinculação do profissional com o paciente alimenta este afetivamente.

Para compreender a necessidade que o paciente tem de estabelecer um vínculo com o profissional e este, por sua vez, com o paciente, é pertinente trazer a contribuição de Seguer, (1998, p. 34), segundo a qual precisamos pensar em nossos primeiros vínculos. Inicialmente, estes são concretos quando estamos atados às nossas mães pelo cordão umbilical. Posteriormente, eles se evidenciam quando criamos cordões invisíveis (laços afetivos) que são capazes de nos manter vivos. Para ela, conseguimos dar o salto qualitativo de “cria à criatura” quando os cuidados físicos básicos estão associados às relações afetivas.

Do mesmo modo, na relação paciente-profissional, na qual este último exerce um papel de cuidador, o paciente necessita de uma atenção odontológica que lhe propicie uma boa condição de saúde, funcionalidade, estética e bem-estar. Mas ele precisa de algo mais que isso! Precisa atender a uma necessidade humana que somente será satisfeita pelo outro: o estabelecimento de relações afetivas que apenas têm a possibilidade de ocorrer se ele se sentir acolhido pelo profissional na sua condição humana com seus medos, angústias, problemas e desejos. Sair, como diz Benetton, da condição de caso para a condição de pessoa. Nesse contexto, de acordo com Seguer:

Somos co-responsáveis pelo que acontece na relação; isto quer dizer que falar de vínculo na relação profissional-paciente significa atribuir ao profissional a sua parcela de responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do atendimento, do ponto de vista relacional (SEGUER, 1998, p. 34).

Entretanto, assumir a responsabilidade do fracasso ou buscar posturas relacionais positivas nem sempre é uma tarefa fácil. Exige, muitas vezes, uma busca radical de si mesmo (autoconhecimento), desafio este, que a maioria dos profissionais não está disposta a enfrentar! Nesse sentido, ao se referir à necessidade dos psicanalistas submeterem-se, eles próprios, à análise, Freud compreendia:

Todo aquele que possa apreciar o alto valor do autoconhecimento e aumento de autocontrole assim adquiridos, continuará, quando ela terminar, o exame analítico de sua personalidade sob a forma de auto-análise, e ficará contente em compreender que, tanto dentro de si quanto no mundo externo, deve sempre esperar descobrir algo de novo. Mas quem não se tiver dignado tomar a precaução de ser analisado não só será punido por ser incapaz de aprender um pouco mais em relação a seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode tornar-se perigo também para os outros. Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade (FREUD, 1969, p. 156).

Essa idéia de autoconhecimento (não necessariamente com a abordagem analítica) pode ser remetida a qualquer profissional de Saúde. Entretanto, Benetton (2002, p. 139) compreende que o autoconhecimento necessário não se adquire facilmente: é difícil para o profissional descer do andar ou sair do esconderijo, cultivando o hábito de comentar, em um ambiente apropriado, as suas dificuldades. A exigência de autoconhecimento tem, talvez, como uma das principais razões a compreensão, segundo Seguer (1998, p. 35), de que o vínculo é um fenômeno influenciado pelas vinculações vivenciadas no passado, de maneira que precisamos ser “maternados”, antes de podermos “maternar”.

Portanto, quando o profissional está consciente da sua própria história de vinculações passadas e presentes (busca de autoconhecimento) ele passa a lidar com a vinculação como uma manobra bem intencionada, como propõe Benetton:

A vinculação é uma tarefa nobre e não um jogo de sedução para perpetuar a necessidade de lisonja do profissional. A vinculação é um compromisso, uma manobra bem intencionada, calculada, sem ser fria, movida basicamente pela intuição e pelo sentimento do profissional (BENETTON, 2002, p. 76-77).

Com essa perspectiva, Seguer (1998, p. 42) sugere que o laço afetivo a ser estabelecido com o paciente, o vínculo, é profissional e ao viver essa relação emerge a possibilidade da confiança. Benetton (2002, p. 77) entende que a vinculação enriquece o profissional mediante a elaboração que este passa a fazer na compreensão subjetiva de cada situação e de cada pessoa, de maneira que, segundo Santos (2001, p. 84), ao humanizar a sua relação com a população usuária dos serviços de Saúde e com cada paciente, o médico e demais profissionais de

Saúde, humanizam-se a si mesmos.

Com relação ao paciente, o estabelecimento de vínculo pode propiciar uma melhora na adesão ao seu tratamento e, também, uma possibilidade de usufruir o efeito placebo⁵², pela confiança que passa a ter no profissional com quem se relaciona (BENETTON, 2002, p. 77). A despeito das qualidades da vinculação, Seguer (1998) assegura:

A possibilidade de vinculação do profissional ao paciente não significa a ausência de problemas. Todos nós sabemos que, pelo contrário, a proximidade somente amplifica os mesmos. Parece um contra-senso, então, sugerir que o profissional de odontologia se vincule ao paciente e entre em contato com os próprios sentimentos, quando sabemos que esta profissão exige, muitas vezes, um distanciamento emocional que possibilite ao dentista utilizar os instrumentos perfurocortantes dentro de uma região tão sensível quanto a cavidade oral. Por tudo isso, é fundamental que o profissional não confunda a vinculação com o apego e o sentir com o ser dominado por seus sentimentos (SEGUER, 1998, p. 41).

Essa confusão pode conduzir os profissionais a desenvolverem um reflexo defensivo para evitar as projeções que o paciente faz sobre eles. A atitude de defesa é, geralmente, manifestada pela alienação do fenômeno e objetualização do paciente. Para evitar o reflexo defensivo, é importante considerar alguns critérios na abordagem do vínculo profissional no trabalho em Saúde, dentre eles, a equidistância⁵³; a vigilância para o não julgamento moral do paciente, de modo que sejam evitados preconceitos, cismas ou mágoas que possam vir à tona sem que o profissional perceba, interferindo na abordagem clínica; a clara percepção dos limites e responsabilidades do poder de influência sobre o paciente, fugindo da cilada da onipotência; e a compreensão simbólica do processo pelo qual o paciente está passando – dramas existenciais (BENETTON, 2002, p. 74-75).

Para Benetton (2002), a base psicológica mais profunda da vinculação profissional é a relação transferencial, caracterizada pela transferência⁵⁴ e contratransferência. Segundo ele, este fenômeno, considerado e teorizado desde o início da psicanálise, embora, teoricamente elaborado a partir do modelo do atendimento analítico, pode ser observado em qualquer rela-

⁵² O termo placebo deriva do latim *placere* que significa “agrado” ou “prazer” (BENETTON, 2002, p. 90).

⁵³ A equidistância é o espaço necessário para não perder o foco. Uma aproximação ansiosa pode provocar o embasamento da visão do fenômeno e a discriminação para o diagnóstico psicodinâmico. Um afastamento meio temeroso provoca perda de acuidade necessária para a compreensão do paciente. A equidistância protege o profissional de ser invadido por causas, temas e valores que não são seus e, de alguma forma, o desequilibram. Ela possibilita um espaço de manobra para se desenvolver uma relação mais adequada e saudável. (BENETTON, 2002, p. 75).

⁵⁴ “É o deslocamento do afeto de uma representação para outra ou a tendência dos impulsos reprimidos do passado, não satisfeitos, serem transferidos para um novo objeto substitutivo” (LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 1986. In: BENETTON, Luiz. 2002).

cionamento humano, como por exemplo, analista/analizado, professor/aluno, marido/mulher, patrão/empregado e profissional de saúde/paciente. A discussão teórica da transferência e contratransferência foi levantada inicialmente por Freud no início do século XX. Para este autor:

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade⁵⁵, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com idéias libidinais antecipadas (...). Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito (...) dirija-se também para a figura do médico (FREUD, 1969, p. 134).

Freud determina, a partir dessa percepção, a noção de transferência que, para ele, não é estabelecida apenas pelas idéias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas no inconsciente. Seguer (1998) considera:

A transferência é um acontecimento presente no relacionamento entre duas ou mais pessoas e que, pela sua intensidade e irracionalidade com que se apresenta, não pode ser explicado com base na situação atual, estando relacionado a vivências anteriores a esta, normalmente referentes às primeiras vinculações (SEGUER, 1998, p. 35).

Assim, ao se reportar à relação transferencial entre profissional/paciente, Benetton (2002, p. 83) afirma que o paciente carrega consigo a sua padronagem afetiva, sua conformação própria e quando em contato estável com alguém que seja afetivamente sensível e que represente uma instância interna importante, tende a jogar para este relacionamento o seu “pacote”, seu jeito íntimo, suas necessidades afetivas.

Assim, o paciente joga inconscientemente sobre o profissional seus conteúdos afetivos e este também projeta os seus sobre o cliente. Ocorre aí a transferência e a contratransferência. Esta é uma relação que sempre acontece, de modo que ela pode ser identificada, mas não evitada. É necessário diagnosticar o paciente e a si mesmo, percebendo o que um provoca no outro e, desse modo, aceitando e identificando o jogo transferencial.

Nesse sentido, é imprescindível, nos remetendo a Freud (1969), distinguir uma transferência positiva (sentimentos amistosos e afetuosos) de uma negativa (sentimentos hostis). Com base nessa distinção, Seguer (1998, p. 36) afirma que na transferência positiva o paciente pode tornar-se colaborador com o tratamento, uma vez que esta relação com o profissional pode ser experimentada na perspectiva de uma criança que revive os sentimentos de estar sendo cuidada por uma mãe boa, amorosa e confiável. Contraditoriamente, esta mesma situa-

⁵⁵ Sobretudo, segundo o autor, relacionada à imago paterna e materna (FREUD, 1969, p. 134).

ção positiva pode gerar um prejuízo ao paciente quando este se coloca de forma totalmente passiva e dependente. Na transferência negativa, que pode ser vivenciada por sentimentos de desconfiança, inveja, desprezo e irritação, em geral, o paciente torna-se pouco colaborador. Em relação à contratransferência⁵⁶, essa mesma autora diz:

Refere-se às emoções despertadas no profissional, como resposta aos movimentos afetivos de seu paciente, e que também estão vinculadas às vivências anteriores do primeiro (SEGUER, 1998, p. 36).

Muito embora os sentimentos de acolhimento, admiração, preocupação, simpatia e tolerância, sejam aqueles mais nobres esperados em uma relação contratransferencial quando existe, de fato, a intenção de “cuidar” dos pacientes (BENETTON, 2002, p. 99), nem sempre os profissionais conseguem vivenciá-los em virtude, na maioria das vezes, das suas cargas afetivas.

Os profissionais costumam evitar o contato com seus sentimentos (...). Porém, não existe meio de evitarmos o que é, caracteristicamente humano e a tentativa de controlá-los acaba, muitas vezes, por denunciá-los. Por exemplo, o paciente que chega constantemente atrasado à consulta pode despertar sentimentos hostis no dentista. Caso o profissional não se permita entrar em contato com esses, continuará a atendê-lo e poderá tê-los traduzido em atos hostis (...). Por outro lado, ao perceber que está com raiva em função de seus atrasos constantes, pode também estabelecer limites claros para ele, comunicando, de forma clara os transtornos causados. O profissional que não se permite sentir, tende a reagir com atitudes contratransferenciais e pode ser, inclusive, agressivo com o paciente. Entretanto, percebendo que se trata de sentimentos contratransferenciais, o dentista pode agir com o paciente, sem estar dominado por suas emoções, (...) agir com o paciente ao invés de reagir (SEGUER, 1998, p. 36).

Segundo Benetton (2002), é imprescindível entender os conceitos de complexo⁵⁷, projeção⁵⁸ e introjeção⁵⁹, para aprofundar a compreensão da relação transferencial. Para o autor, “somos” complexos, e não, “temos” complexos. Basta ter vivido um pouco para desenvolver-

⁵⁶ Conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisado, e, mais particularmente, à transferência destes. Freud via nela o resultado da influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico (LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983).

⁵⁷ “Um conjunto organizado de representações e recordações de forte valor afetivo, parcial ou totalmente inconscientes, capazes de influenciar reações” (LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 1986. In: BENETTON, Luiz. 2002).

⁵⁸ “Operação pela qual um indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos que ela desenha ou recusa em si” (LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. 1986. In: BENETTON, Luiz. 2002).

⁵⁹ “É a assimilação das qualidades de um objeto, conservando-o dentro de si” (LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 1986. In: BENETTON, Luiz. 2002).

se, no aparelho psíquico, uma carga afetiva que passa a dar um toque especial e particular a cada um. O complexo é um fator psíquico que condiciona a vivência de uma pessoa porque tem forte carga emocional, que muitas vezes, supera a razão.

Dessa forma, essa carga afetiva que o complexo carrega vai se manifestando nas mais variadas situações da vida como os célebres atos falhos, os acontecimentos de cólera ou depressão, as posturas existenciais e as filosofias de vida. Para o autor, os complexos sempre estão presentes na relação profissional-paciente, sendo que a interação entre os complexos de ambos pode, muitas vezes, se dar de forma confusa (BENETTON, 2002).

A projeção e a introjeção podem ser entendidos como mecanismos de defesa. Nesse sentido, podem ser vivenciados com a perspectiva de proteger a pessoa de uma confrontação com seus próprios aspectos. Seja com aqueles que ela sente como negativos e ameaçadores ou com aqueles positivos que ela não consegue, por bloqueios e repressões, desenvolver em si. Embora se tratem de mecanismos involuntários, eles são passíveis de certo reconhecimento e administração no sentido de melhorar a qualidade das relações humanas (BENETTON, 2002, p. 80-1).

Em se tratando da relação paciente-profissional, aquele tende a jogar toda uma carga de poder e esperança no profissional. Aceitar a projeção do paciente, inicialmente, pode até ser necessário; entretanto, é preciso devolvê-la depois para que ele reintroje o que projetou. Ao elevá-lo à condição de sujeito, o profissional pode ajudá-lo a acionar o seu próprio poder de cura e a esperança em sua própria força, de modo que ele é solicitado a participar concretamente de seu processo saúde-doença (BENETTON, 2002, p. 86-87).

Portanto, ao compreender esses conceitos e tentar identificá-los e conduzi-los na prática profissional, individual ou coletivamente, estaremos exercitando a nossa competência profissional no sentido da humanização em Saúde. Trabalhar assim é incluir e aceitar a singularidade do “homem-dentista” e do “homem-paciente” como elemento sempre presente na relação paciente-profissional. A singularidade é constituída desde o início da vida, por características que são herdadas e vínculos processados em diferentes situações e com diferentes pessoas. Ela adquire significado e matizes variados nos diálogos com os outros, dependendo da cultura, da época, da sociedade e do meio social nos quais a pessoa está inserida (SEGUER, 1998, p. 50). Em se tratando do profissional, é interessante a abordagem de Benetton quando este afirma:

A constituição psíquica de cada um de nós comporta alguns pontos fracos (...). Essa é uma variável muito importante na relação transferencial. O profissional assim o é considerado não só pela sua formação técnica, mas também por ter desenvolvido reflexos próprios da sua função. O profissional de saúde (...) vai ser atingido muitas vezes em seu ponto fraco, e vai ser posto à prova se é mesmo “profissional” (...). Não se trata apenas de reprimir o primeiro reflexo espontâneo, quando atingido em seu ponto fraco (...), mas de se criar um outro caminho alternativo para a descarga da energia (...). A descaracterização da qualidade profissional pela atuação da ferida narcísea é um descuido que pode ser identificado e prevenido (BENETTON, 2002, p. 84-5).

Em relação ao paciente, Seguer (1998, p. 86) argumenta que a boca e os dentes ocupam um lugar privilegiado no imaginário das pessoas. É pela boca que as pessoas vivem as primeiras experiências de amor e satisfação associadas às de frustração e agressividade. Assim:

O tratamento odontológico, por ocorrer dentro de uma região tão importante do ponto de vista do desenvolvimento psico-sexual, remete-nos, em decorrência, às relações primordiais de nossa existência enquanto seres humanos, bem como aos sentimentos básicos e ambivalentes, que conjugam amor e ódio; satisfação e frustração; prazer e dor; criatividade e agressividade (SEGUER, 1998, p. 37).

Portanto, cada profissional, em sua singularidade, terá maior ou menor capacidade de compreender e conduzir a sua prática profissional tendo, além da racionalidade tecnocientífica, essas referências emocionais dos seres humanos. Ao considerá-los, a relação paciente-profissional tenderá a ser favorecida, uma vez que este último é capaz de compreender melhor as reações negativas manifestadas pelos pacientes em decorrência de sentimentos ambivalentes. Isso facilita a emergência de sentimentos contratransferenciais positivos como: acolhimento, paciência, continência, segurança e gratificação. Em contrapartida, a não compreensão da boca enquanto espaço emocional e do atendimento odontológico como um encontro “humano” pode fazer emergir sentimentos contratransferenciais negativos, citados por Benetton (2002), como: impaciência, pena, antipatia, aversão, desprezo, frustração, exaustão, indignação, rejeição, raiva, irritabilidade e impotência.

Ainda que os anos de experiência do dentista o conduzam a um maior desprendimento na relação paciente-profissional, a profissão comporta um relacionamento entre pessoas que se defrontam com situações imprevistas nas quais cada profissional irá lançar mão de diferentes recursos os quais estarão intimamente vinculados à sua singularidade. Assim, para alguns dentistas, as perguntas dos pacientes podem ser interpretadas como um teste de capacidade, enquanto para outros podem ser uma curiosidade a ser satisfeita. Um atraso justificado pode ser percebido como irresponsabilidade para uns e como imprevisto para outros (SEGUER,

1998). Dessa maneira:

Qualquer relacionamento entre pessoas é, em alguma medida, um encontro (mais ou menos harmônico) entre diferentes sistemas de valores e significados que cada uma delas atribui aos objetos, às ações, às palavras (...). Na relação médico-paciente, além de determinações mútuas, no nível da comunicação verbal, ocorre um inevitável encontro (desencontro) de dois sistemas de valores (PESSOTTI, 1996, p. 447).

Diante de um paciente que continua relatando sentir dor, mesmo que o dentista considere que ele esteja, tecnicamente, “bem anestesiado”, é necessária uma postura de continência⁶⁰ do profissional no sentido de investigar a possibilidade da dor ser real. É importante considerar o que o paciente está dizendo, prevalecendo a sua realidade emocional (medo, ansiedade, angústia) e não aquela concreta, considerada pelo dentista. Dessa maneira, é possível encontrar junto ao – e com o – paciente a resolução para o impasse (SEGUER, 1998, p. 49). Em muitas situações da prática odontológica fica difícil estabelecer-se uma relação paciente-profissional positiva, pela inabilidade do dentista em atentar para a realidade emocional experimentada pelo paciente.

É a partir, então, da compreensão das singularidades do “homem-dentista” e do “homem-paciente” que a relação paciente-profissional pode transcorrer de uma forma positiva ou negativa. É positiva quando proporciona ao paciente a sensação de satisfação de suas necessidades (físicas e emocionais) e ao profissional a sensação de tarefa cumprida, respeitando o seu “sentido de vida”. A partir dessas percepções, são vários os desdobramentos que podem emergir na relação, dentre eles: respeito, confiança e afeto.

⁶⁰ Ser continente é validar os sentimentos do outro, sem negar a realidade (SEGUER, 1998, p. 46).

5 METODOLOGIA

Não faz sentido buscar a cientificidade por ela mesma, porque método é instrumento. Faz sentido, isto sim, fazer ciência para conseguirmos condições objetivas e subjetivas mais favoráveis de uma história sempre mais humana (DEMO, 1995, p. 260).

Na concepção de Demo (1995, p. 11), metodologia significa, na origem do termo, estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência. Além disso, visa também problematizar criticamente os limites da ciência, adquirindo contornos de típica discussão teórica, que inquire sobre as maneiras de se fazer ciência. Portanto, a metodologia deve ser pensada enquanto abrangência de concepções de abordagem e enquanto conjunto de técnicas e instrumentos (claros, coerentes e elaborados) capazes de responder às questões da pesquisa (MINAYO, 1999). Nessa perspectiva, este capítulo é dividido em duas partes: teoria do método utilizado e seus aspectos operacionais.

5.1 TEORIA DO MÉTODO

O saber racional surgiu a partir da fragilidade do saber fundamentado na intuição, no senso comum e na tradição, tendo como precursores os filósofos gregos Platão e Aristóteles que desenvolveram os instrumentos da lógica (distinção entre sujeito e objeto, princípio da causalidade e raciocínio dedutivo). Na Idade Média a reflexão filosófica foi dominada pela religião, que lhe imputou os dogmas do Cristianismo e o Renascimento trouxe as marcas de uma brilhante renovação nas artes e nas letras. Entretanto, a explicação do real era também marcada por superstições, magias, alquimias e bruxarias (LAVILLE e DIONNE, 1999, p. 22-3).

Assim, a ciência moderna emergiu no século XVII em oposição ao senso comum ou qualquer forma de conhecimento “falso” e a reflexão epistemológica atingiu o seu auge no final do século XIX, período em que, também, emergiu e se consolidou a sociedade industrial e o desenvolvimento espetacular da tecnologia (SANTOS, 1989).

No pensamento científico moderno surgiu principalmente a preocupação em se proceder à observação empírica do real antes de interpretá-lo pela mente. Um saber racional no qual se pensa cada vez mais, constrói-se a partir da observação da realidade (empirismo), coloca-se essa compreensão à prova (experimentação) e recorre-se às ciências matemáticas para validá-las. Uma outra característica-chave do pensamento científico, conhecido como positivismo, é a objetividade, ou seja, respeitar integralmente o objeto do qual trata o estudo, não devendo, de modo algum, influenciá-lo, intervindo o menos possível sobre ele (LAVILLE e DIONNE, 1999). A partir da perspectiva formalizante clássica, Demo (1995) afirma:

Ciência caracteriza-se por ser instrumentação técnica, de teor formal, com vistas a dominar a realidade, sem, porém, discuti-la. O papel do cientista é estudar, pesquisar, sistematizar, teorizar, não intervir, influenciar, tomar posição. Retrata, descreve, dimensiona, mas não propõe, nem contrapõe, porque seria coisa de político (DEMO, 1995, p. 23).

Uma outra perspectiva crítica é que, a ciência trabalha com objetos construídos, ou muitas vezes inventados e a realidade, quando analisada, é sempre mais rica que a análise. Assim, a ciência não gera certezas cabais porque sempre existirá uma realidade que lhe escapa (DEMO, 1995, p. 36).

Tais reflexões se tornam particularmente importantes porque elas nos remetem a algumas questões cruciais: o que a ciência, de fato, tem feito pelos problemas essenciais da humanidade como a fome, as desigualdades sociais, a pobreza e a guerra? Quais problemas ela abarca e quais ela exclui por não caber em seu método, por não conferir status científico, poder; por não ter fins instrumentais, técnicos e de retorno financeiro para as indústrias? E os problemas éticos inerentes à pesquisa e às suas finalidades práticas têm conquistado os espaços científicos nas proporções merecidas, ou a cada qual cabe o seu quinhão? aos cientistas cabe pesquisar, enquanto aos políticos e empresários cabe decidir o destino do produto da ciência? Enfim, são questões que a epistemologia já não tem mais como adiar, elas suscitam reflexões imediatas no sentido de uma sociedade mais justa e humana.

Nesse sentido, a ciência moderna, em sua contradição, produziu um conhecimento que livrou-nos das amarras das instituições religiosas e das superstições; no entanto, no chamado século das luzes (Iluminismo), com o seu racionalismo cartesiano e newtoniano, ela criou outros dogmas e certezas de natureza racional, diametralmente opostos e restritivos para a compreensão do homem (GUERREIRO, 2003, p. 161). Produziu a atitude de afastamento do senso comum, do discurso estético, do discurso religioso e da compreensão do que se passa a nossa volta, encerrando o processo científico em um sistema de regras fixas e maximalistas,

impossíveis de se seguir na prática (SANTOS, 1989). Assim, de acordo com este autor:

O positivismo lógico representa [...] o apogeu da dogmatização da ciência, isto é, de uma concepção de ciência que vê nesta o aparelho privilegiado da representação do mundo, sem outros fundamentos que não as proposições básicas sobre a coincidência entre a linguagem unívoca da ciência e a experiência ou observação imediata, sem outros limites que não os que resultam do estágio do desenvolvimento dos instrumentos experimentais ou lógico-dedutivos (SANTOS, 1989, p. 22).

De fato, temos que reconhecer os feitos da ciência moderna, entretanto, segundo Demo (1995), o seu signo formalizante se evidencia na produção tecnológica, uma produção que demonstra uma extrema inventividade humana, mas descolada dos conteúdos históricos; de modo que a ciência tem um grande débito social porque não há a mínima relação entre o que se progride em conhecimento e as soluções que se dá aos problemas humanos.

Ao refletir sobre essa questão, Santos (1989) trás importantes contribuições para a sua compreensão crítica. Para este autor a aplicação técnica é a forma e a verdade social da ciência moderna. E por esta não se adequar a um conhecimento científico pautado na ciência pós-moderna, ele propõe, como modelo dominante de aplicação do conhecimento pós-moderno, a “aplicação edificante” e apresenta as suas características, dentre as quais se destacam: a) a aplicação edificante não prescinde de aplicações técnicas, mas submete-se às exigências do *know-how* ético, devendo este ter prioridade na argumentação; b) ampliar o espaço de comunicação e a distribuição equitativa das competências argumentativas entre os grupos que lutam pela decisão dos conflitos que emergem da aplicação; c) a aplicação edificante respeita as definições emergentes e alternativas da realidade buscando superar os limites de saberes locais no intuito de preservar o processo argumentativo; d) o cientista deve lutar pelo equilíbrio de poder nos vários contextos de aplicação, tomando sempre o partido daqueles que têm menos poder; e) os atores que promovem a aplicação edificante devem estar existencial, ética e socialmente comprometidos; e, por fim, f) a aplicação edificante objetiva transformar os saberes locais com a transformação do saber científico, de modo que, simultaneamente, também ocorra a transformação do sujeito epistêmico, do ser cientista.

Essa proposta, segundo o autor, traz embutida a utopia de uma sociedade mais justa e menos desigual, desaloja o poder instituído na sociedade moderna, seja este de ordem intelectual, econômica ou política. Em vista disso, apresenta-se não só como uma proposta desafiadora, mas também conflituosa. Um embate que espero se propague na própria comunidade científica e entre esta e a sociedade. Então, não podemos prescindir da noção de utopia descrita por Demo:

A utopia (...) engloba nossos desejos infinitos, nossas esperanças absolutas, nossas pretensões eternas, embora todos somente se realizem na relatividade histórica. Sem eles, porém, seríamos seres pobres, que não almejam nada além do dado. Sem utopia não há revolução, no campo das condições subjetivas (DEMO, 1995, p. 39).

Diante de todas essas reflexões, onde, então, situar os conhecimentos (atitudes, valores, comportamentos, sentimentos, realidade social etc.) que por sua natureza não se submetem à experimentação, à mensuração e à objetividade? Não se prestam a fins tecnológicos? Seriam eles exilados da ciência? Estariam fadados a viver no limbo, às margens da ciência? Nesse sentido, Demo afirma:

Métodos experimentais não “experimentam” valores. Estes não são constataáveis (...), valorar um fato seria uma questão, de fora, não da própria tessitura factual (DEMO, 1995, p. 178).

Nesse caso, se os valores e as outras formas de conhecimentos subjetivos não são experimentáveis e nem podem sofrer validação matemática, então não cabem no método, não são inerentes à ciência moderna. Tal constatação coloca em minha frente o desafio de pensar em qual paradigma de ciência caberia o meu objeto de pesquisa, que não negando a possibilidade de buscar algum aporte de natureza quantitativa é um objeto, predominantemente, de natureza qualitativa, visto que carrega em si as marcas da subjetividade. Então, invertendo a ordem típica da pergunta científica de como adequar o objeto de pesquisa ao método, eu pergunto: Quais abordagens de conhecimento cabem em meu objeto? Tentarei, a partir daqui, buscar respostas para essa questão.

Para Santos (1989, p. 11), o movimento de desdogmatização da ciência – fruto de reflexões de cientistas e filósofos – orientado para resolver crises, inconsistências e contradições produzidas na prática científica, acabou por produzir vários “rombos” no modelo de racionalidade do paradigma das ciências modernas. Com base nas críticas subjacentes a esse movimento, o autor assegura (p. 24) que a ciência moderna se encontra mergulhada numa profunda crise, de modo que esta é uma época de transição entre a ciência moderna e um novo paradigma que o autor designa de “ciência pós-moderna”.

Assim, a emergência da ciência pós-moderna se sustenta em uma dupla ruptura epistemológica. A primeira, a ruptura com o senso comum e a segunda, ainda em processo, a ruptura com a hegemonia incondicional da ciência moderna, ou seja, um paradigma que, progressivamente, foi conformando o mundo pela ciência e pela técnica que cobra um distanciamento, um estranhamento entre sujeito/objeto; que se orienta pelos princípios da racionalidade instrumental, mas que não se responsabiliza pela eventual irracionalidade das aplicações téc-

nicas que produz; um paradigma que marginaliza outros saberes (religioso, artístico, literário, mítico, poético, e político) vigentes na sociedade; que separa teoria e prática, ciência e ética; enfim, um paradigma que produz um discurso que se pretende rigoroso e objetivo, mas desencantado, triste e sem imaginação (SANTOS, 1989).

Desse modo, uma reconceitualização da ciência (uma ciência pós-moderna) exige que a epistemologia se submeta a uma reflexão hermenêutica⁶¹, cujo objetivo é democratizar e aprofundar a sabedoria prática. O princípio hermenêutico é, assim, a “compreensão do mundo da vida”, é a compreensão de que todas as suas partes são determinadas pelo todo, assim como o todo por suas partes (SANTOS, 1989). Para esse autor:

A reflexão hermenêutica visa transformar o distante em próximo, o estranho em familiar, através de um discurso racional [...] orientado pelo desejo de diálogo com o objeto da reflexão para que ele “nos fale” numa língua não necessariamente a nossa mas que nos seja compreensível. Um objeto que é capaz de nos comunicar as suas valências e os seus limites, os seus objetivos e o que realiza aquém e além deles, um objeto que, por falar, será mais adequadamente concebido numa relação eu-tu [...] do que numa relação eu-coisa [...] e que, nessa medida se transforma num parceiro de contemplação e da transformação do mundo (SANTOS, 1989, p. 12-3).

Na reflexão hermenêutica, busca-se fazer o saber científico romper com o seu “código de leitura” do real, congregando em um mesmo campo cognitivo outros saberes, inclusive o próprio senso comum, um conhecimento evidente cujos protagonistas pensam o que existe tal como existe, têm opinião e julgam conhecer o que a ciência se propõe a conhecer (SANTOS, 1989). Nessa perspectiva, Demo (1995, p. 18) adverte que a ciência está pervadida de senso comum porque jamais conseguiremos dominar de todo a realidade, ou discursar sobre ela com conhecimento especializado de todas as suas facetas. Compreende que o senso comum, apesar de ser marcado pela falta de profundidade, de rigor lógico, de espírito crítico, é também positivo porque é um saber que organiza o cotidiano das pessoas, e, apesar de simples, é inteligente e sensível ao óbvio.

Com base nessa compreensão de ciência, situarei, agora, algumas características da cientificidade na perspectiva de elaboração desse trabalho; dentre elas, a ideologia, a neutralidade e a objetividade. Estes conceitos são, na verdade, inseparáveis e são interpretados e assumidos de diferentes maneiras tendo como referência o paradigma de ciência no qual o pesquisador se coloca.

⁶¹ A hermenêutica é a metodologia da interpretação, ou seja, dirige-se a compreender formas e conteúdos da comunicação humana, em toda a sua complexidade e simplicidade (...) Na comunicação humana há magia, polarização, contradição, confronto, carinho e ódio (...), há signos quase imperceptíveis, que são insinuações estratégicas (DEMO, 1995, p. 248-9).

A ideologia se aproxima da postura de alguém que dá primazia ao processo de conhecimento apenas ao que interessa. É a posição a serviço de algum interesse pessoal e social. Entretanto, a ideologia discutível não faz mal porque a presença de juízos de valor não traz, em si, problema metodológico, visto que ela é componente integrante do diálogo com a realidade social. Podemos, em contrapartida, evitar a deturpação ideológica e uma das saídas para isso é revelar honestamente os valores pelos quais lutamos ou acreditamos. Portanto, o controle da ideologia é feito, primeiro, pelo reconhecimento crítico e, segundo, pela submissão de toda postura ideológica ao critério da discutibilidade⁶², impedindo que ela se torne fechada, fanática e ativista (DEMO, 1995, p. 81).

A neutralidade e a objetividade significam, ambas, a possibilidade de refletir a realidade assim como ela é, sendo que a neutralidade se dá na perspectiva do sujeito e a objetividade, na perspectiva do objeto (DEMO, 1995, p. 82). Para o autor, não existe sujeito objetivo, todo sujeito é necessariamente subjetivo na forma de captar os fenômenos sociais, portanto não há neutralidade. Diante dela pode-se assumir três posturas: primeiro, a neutralidade esperta ou ingênua, que não passa de truque de cientista que pretende viver tranquilamente à sombra do poder, “sem dor na consciência”; segundo, a adesão a ativismos baratos; e terceiro, assumindo uma posição histórico-estrutural, ou seja, uma busca de equilíbrio crítico e autocrítico entre condições objetivas e subjetivas e entre sujeito e objeto. Quanto à objetividade, do mesmo modo, Demo advoga que ela não existe porque nunca conhecemos a realidade assim como ela é. Reflete, entretanto, que é fundamental se manter o princípio da objetivação que é o esforço de conhecer a realidade naquilo que ela é (DEMO, 1995).

Nessa perspectiva, Laville e Dionne (1999, p. 33) compreendem que o pesquisador tem preferências, inclinações e interesses particulares que são considerados a partir do seu sistema de valores. Esse jogo de vontades dos atores sociais, que também inclui os sujeitos que são objetos de estudo, tem como consequência um saber que, embora seja construído com prudência e método, pode variar, produzindo, no máximo, tendências e não verdades cabais.

Ao explicitar, desde o primeiro capítulo desse trabalho, os valores que construí ao longo de minha formação, busquei evitar a deturpação ideológica, a crença cega na neutralidade e na objetividade. Cada leitor saberá a partir de que ângulo enxergo a formação do dentista (do seu perfil social, ético e humano). Isso fica claro, inclusive, na própria definição do meu objeto. Com esse olhar, por mais que eu buscasse uma aproximação da posição de “neutralidade”, tão aspirada pela ciência moderna, não conseguiria, porque a minha cultura e o

⁶² Somente pode ser científico, o que for discutível, ou seja, que recorra a argumentos, que seja competente em termos formais (DEMO, 1995).

meu sistema de valores de algum modo, interferem na interpretação da realidade estudada. Um professor-pesquisador especialista, provavelmente, ao se defrontar com o tema da formação profissional valorizaria outras dimensões, possivelmente as mais técnicas. Penso, então, que esta tomada de posição facilita a discutibilidade e a intersubjetividade⁶³, de modo que, Demo afirma:

O direito que assiste ao sujeito de valorar segundo seus interesses equivale na exata proporção ao direito do outro sujeito de contravalorar (DEMO, 1995, p. 81).

Em síntese, não é a minha pretensão, nesse trabalho, assumir uma postura de neutralidade diante do meu objeto de pesquisa, tampouco de enxergá-lo com base na objetividade, entretanto, também não pretendo dogmatizar o meu ponto de vista e nem eliminar a objetivação. O meu objeto se insere na idéia da humanização e da ética em saúde, exigindo, portanto, uma abordagem metodológica também humanizada, como nos propõe Santos e Demo. Dentro da perspectiva hermenêutica, buscarei, principalmente, compreendê-lo no contexto de onde os seus significados sociais – e, portanto, humanos – emergem. Ou seja, nos ambulatorios nos quais ocorrem as atividades clínicas das disciplinas profissionalizantes. Um campo social no qual se evidenciam diferentes níveis de relações humanas, como: aluno-professor, aluno-monitor, aluno-pessoal auxiliar, aluno-paciente e paciente-professor.

Assim, diante de um fenômeno tão humano, frágil e sensível como a formação ético-humanista de um profissional de saúde, é mister, como diz Demo (1995, p. 249), buscar um método adequado, dotado de humildade de quem se dispõe a escutar primeiro, para depois pronunciar-se, de quem se compromete a compreender sentidos, significações e valores. Para essa tarefa é preciso equilibrar capacidade formal com percepção política⁶⁴.

⁶³ A intersubjetividade significa a opinião dominante da comunidade científica, em determinada época e lugar, sobre a produção científica. Em vista disso, o científico será sempre a opinião dominante do clube dos grandes que avalia essa produção sempre sob as marcas de um paradigma dominante. A intersubjetividade é entendida como o critério externo da cientificidade (DEMO, 1995, p. 47).

⁶⁴ A qualidade política aponta para a dimensão do cientista social como cidadão, como ator político, que inevitavelmente influencia e é influenciado (DEMO, 1995, p. 25).

5.2 ASPECTOS OPERACIONAIS DO MÉTODO

O presente trabalho é um estudo de caso múltiplo, para o qual eu elegi como campo de pesquisa dois cursos de Odontologia. Estes foram selecionados dentre os seis cursos existentes no Estado da Bahia (três públicos e três privados)⁶⁵ com a intenção de garantir uma representação de cada instância administrativa, uma pública e uma privada.

As razões para seleção dos cursos foram: primeiro, o fato de que três deles são novos, e esta condição inviabilizaria a metodologia proposta porque a primeira turma ainda não se encontrava na fase de finalização do curso. Ademais, provavelmente, estes ainda devem estar passando por muitos ajustes na sua organização curricular; segundo, porque dentre os três cursos restantes, dois deles me possibilitavam uma maior facilidade de entrada em campo, com melhor acesso aos espaços físicos das instituições e aos sujeitos que direta ou indiretamente participaram da pesquisa. Contribuiu ainda para minha escolha o melhor acesso geográfico às sedes dos cursos, uma vez que, para viabilizar a coleta de dados, passei um semestre transitando entre os dois cursos.

O locus principal de coleta de dados foi o ambulatório onde ocorrem as atividades clínicas das disciplinas selecionadas, tendo em vista a compreensão do objeto em contexto, uma vez que é na dinâmica dos atendimentos ambulatoriais que mais se desvelam as atitudes dos alunos.

5.2.1 Caracterização dos cursos⁶⁶

Eu busquei na caracterização dos cursos propiciar um conhecimento, ainda que sucinto, das instituições nas quais a pesquisa foi conduzida.

Curso Público⁶⁷: trata-se de um dos mais antigos cursos de Odontologia da Bahia no qual ingressam sessenta alunos por semestre, contando com um quadro efetivo de sessenta e oito professores dos quais trinta e quatro estão em regime de dedicação exclusiva. Esses são

⁶⁵ Cursos públicos: Salvador – Universidade Federal da Bahia; Feira de Santana – Universidade Estadual de Feira de Santana; Jequié – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Cursos privados: Salvador – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Ciência e Faculdades de Tecnologia e Ciências; Lauro de Freitas – União Metropolitana de Educação e Cultura.

⁶⁶ Nas descrições da parte operacional do método e no capítulo de resultados e discussão, o curso público, quase sempre, precede o curso privado. Vale ressaltar que o único critério observado para essa escolha foi temporal, uma vez que o curso público é o mais antigo.

⁶⁷ Dados obtidos de três fontes documentais disponibilizadas pelo curso: O Estatuto e Regimento Geral da Universidade (1986); O Estatuto da Universidade, aprovado pela Portaria do MEC nº 597, de 03 de maio de 2000; e o Projeto Pedagógico do curso (2002).

auxiliados por professores de contrato temporário, cujo número varia de acordo com as necessidades da instituição. No semestre de coleta dos dados (2º semestre de 2005) existia um registro de quarenta e um professores com essa modalidade de contrato, totalizando cento e nove professores no curso.

Não existe uma proposta fechada de semestralização⁶⁸ dos alunos. Isso decorre, em parte, pela redução da cadeia de pré-requisitos e pelo desejo da instituição de propiciar uma maior autonomia ao aluno no sentido de fazer a sua própria programação. A depender desta, o curso pode ser concluído no período de nove ou dez semestres.

A Unidade de ensino é organizada de acordo com a seguinte estrutura administrativa: (1) a Congregação e a Diretoria: a Congregação é o órgão máximo do curso e compõe-se pelo(a) Diretor(a) (presidente), pelo(a) Vice-Diretor(a), por representantes do corpo docente de cada Departamento, e um do CONSEP, pelo Coordenador do Colegiado, pelo Coordenador da Pós-Graduação, por representantes do corpo discente e do corpo técnico-administrativo; (2) os três Departamentos (Propedêutica e Clínica integrada; Clínica Odontológica; Odontologia Social e Pediátrica) que se compõem de um chefe, um vice-chefe, docentes do quadro permanente e docentes visitantes lotados nas disciplinas a eles congregados, além de representação discente. De modo geral, cabe aos departamentos a elaboração, a organização e a implementação dos planos de ensino das disciplinas, bem como das atividades de extensão e pesquisa; (3) o Colegiado que é composto de um Coordenador e um Vice-Coordenador, além de representantes dos corpos docente e discente, possuindo como principais atribuições a organização do curso, a coordenação de todas as atividades que se refiram à organização do currículo, ao acompanhamento dos alunos no curso e à supervisão das atividades docentes.

O currículo pleno do curso compreende quatro mil e cinco horas/aula distribuídas em um total de cinquenta e uma disciplinas, sendo trinta e quatro obrigatórias, doze complementares obrigatórias, quatro optativas (selecionadas pelos alunos dentre um espectro de onze disciplinas) e uma de estágio. O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi introduzido recentemente (Projeto Pedagógico de 2002, p. 8) e está em fase de organização.

Dentre as quarenta e seis primeiras disciplinas, quinze (32,6%) são Básicas, sete (15,2%) são da área de Ciências Humanas e Saúde Coletiva e vinte e quatro (52,2%) são Pré-Clínicas e Clínicas. Dentre as onze disciplinas optativas oferecidas no curso, três são da área de Ciências Humanas e Saúde Coletiva e oito são Clínicas. A depender do planejamento dos

⁶⁸ O sentido de semestralização aqui é a forma de organização do curso na qual os alunos cursam, a cada semestre, blocos de disciplinas previamente definidas, seguindo uma lógica de pré-requisitos.

alunos, estas proporções podem sofrer alterações.

Curso Privado⁶⁹: Contando com setenta e dois professores, a maioria em regime de quarenta horas e lotados em mais de uma disciplina, esse curso foi iniciado no primeiro semestre de 1998, com ingresso anual de cento e vinte alunos (sessenta por semestre), tendo formado, até julho de 2006, seis turmas de profissionais. O curso é concluído em dez semestres e a maioria dos alunos é semestralizada.

A administração do curso se dá mediante as ações articuladas de três instâncias: (1) a Coordenação, exercida por um diretor, sendo o órgão executivo superior de coordenação e fiscalização de todas as atividades do curso; (2) o Conselho de Integração Curricular que é um órgão técnico de coordenação, assessoramento e consultivo em matéria didático-pedagógica, sendo constituído pelo seu presidente (diretor do curso), pelos chefes dos núcleos curriculares e por um representante estudantil; e (3) os Núcleos Curriculares, com atribuições administrativas e didático-pedagógicas, sendo constituídos por um chefe e um vice-chefe, pelos professores das disciplinas de cada núcleo (I, II, e III) e por um representante discente. Os dois primeiros e esse último são eleitos pelos seus pares e exercem um mandato de dois anos.

O currículo pleno do curso é composto por sessenta disciplinas que totalizam quatro mil e quinhentas horas, distribuídas em disciplinas do currículo mínimo, disciplinas complementares obrigatórias, estágios supervisionados, trabalho científico orientado e disciplinas optativas. Dessas, dezessete (28,3%) são Básicas não sociais, nove (15%) são das áreas de Ciências Sociais e Saúde Coletiva, trinta e uma (51,7%) são Pré-Clínicas e Clínicas e três (5,0%) são as de trabalho científico orientado – TCO.

5.2.2 Coleta dos dados

Para situar a análise da formação do dentista em sua dimensão ético-humanista, buscando uma coerência com a teoria do método discutida acima, busquei obter diferentes fontes de dados que viabilizassem uma melhor compreensão dessa “realidade”. Assim, foram empregadas as seguintes técnicas de coleta: análise documental; questionários com perguntas

⁶⁹ Dados obtidos a partir de três fontes: o projeto pedagógico do curso (1997); a listagem, atualizada no 2º semestre de 2005, dos professores lotados na instituição; e informações verbais obtidas na secretaria do curso acerca do número de turmas graduadas no curso.

abertas e fechadas, aplicados para os alunos do curso; entrevistas não-diretivas⁷⁰ conduzidas com os professores e usuários do serviço odontológico dos referidos cursos; e observação participante, conduzida nos ambulatorios.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para um comitê de ética em pesquisa, o qual foi julgado e aprovado de acordo com o parecer de nº 74/2005 (ANEXO). De acordo com o projeto aprovado, todos os sujeitos participantes (diretores, professores, alunos e usuários) assinaram um termo de consentimento informado (APÊNDICE A) autorizando a sua participação na pesquisa.

Para minimizar a ocorrência de informações e/ou comportamentos enviesados, evitei explicitar claramente que o foco principal do trabalho era a dimensão ético-humanista da formação. A ênfase era dada ao perfil profissional de uma forma geral, embora, quando, em raros momentos, alguns professores e alunos manifestavam o interesse de saber mais detalhes sobre o que estava sendo observado, a informação não foi negada.

5.2.2.1 Análise documental

Para avaliar se os cursos têm uma proposta de organização curricular que valorize a dimensão ético-humanista na formação dos alunos foi feita uma análise dos seus projetos pedagógicos, buscando identificar se essa dimensão é contemplada e de como se evidencia. A análise foi focada nos componentes descritos no corpo do projeto e nos programas das disciplinas. Para esta análise documental foi empregada a técnica de análise de conteúdo que será descrita adiante.

5.2.2.2 Questionário

A descrição e a análise do perfil profissional dos graduandos foram viabilizadas mediante a aplicação de um questionário para os alunos do curso (APÊNDICE B) contemplando perguntas abertas e fechadas que incluíram questões mais gerais sobre o perfil e outras mais

⁷⁰ A entrevista não-diretiva trata-se de um discurso dinâmico no qual emerge uma sucessão de transformações do pensamento. Ela apresenta, segundo Bardin (1970, p. 172-173), as seguintes características: (1) está relacionada a uma atitude centrada na pessoa, uma atitude de consideração positiva e incondicional, sem seleção, ou julgamento de valorização ou de desvalorização da parte do entrevistador, uma atitude de empatia (coloca-se no ponto de vista e no quadro de referência do entrevistado), empregando o recurso de reformulação (reenvios, respostas reflexos); (2) é desenvolvida segundo a lógica do entrevistado, ainda que as instruções temáticas sejam postas para centrar a entrevista no assunto de interesse; e (3) exige uma pré-formação mínima, mas destaca-se pela improvisação devido a uma relativa autonomia. Desta maneira, cada entrevista forma um todo original e singular, mas comparável em certa medida às outras em virtude das instruções temáticas estabelecidas.

ligadas à dimensão ético-humanista da formação.

Para essa avaliação foram trabalhadas as seguintes categorias analíticas com seus respectivos elementos de análise: (1) identificação (sexo, idade, instituição na qual faz o curso, atividade(s) regular(es) externa(s) ao curso); (2) formação profissional (razão pela qual optou pelo curso de Odontologia, disciplinas e temas que têm mais afinidade no curso, envolvimento com pesquisa, percepção⁷¹ sobre as habilidades adquiridas no curso e deficiências do curso); (3) percepção sobre o curso no que se refere ao valor atribuído à dimensão ético-humanista da formação (em que extensão o curso valoriza esses aspectos, valor atribuído às práticas que envolvem espaços sociais, relação professor-aluno, relação paciente-profissional); (4) percepção sobre o trabalho odontológico (como percebem o campo do trabalho em Odontologia, planos profissionais, perspectivas de remuneração, mecanismos concorrenciais).

O teste do instrumento foi feito mediante a sua aplicação envolvendo 10 alunos de um dos cursos participantes da pesquisa (o 2º curso encontrava-se em período de férias). Destes alunos, três estavam cursando o 5º semestre, cinco o 6º semestre e dois o 8º semestre, de modo que não haveria nenhuma possibilidade deles participarem posteriormente da pesquisa. Solicitei que, ao preencherem o questionário, eles registrassem o tempo dispensado, os erros de grafia, as dificuldades de compreensão das perguntas, as críticas e sugestões. Assim, o tempo de preenchimento variou de 20 a 30 min. e, com base nas informações solicitadas, procedi às alterações pertinentes.

Para facilitar a aplicação do questionário junto aos alunos elegi as disciplinas-chave que abrangessem a população de referência, a cujos critérios de delimitação me reportarei a seguir. Desse modo, solicitei a listagem dos mesmos nas secretarias/departamentos dos cursos, agendando com os professores das disciplinas uma data na qual pudessem ceder o tempo de, aproximadamente, 30 min. para a apresentação da pesquisa e aplicação coletiva do questionário. Ainda que a maioria dos alunos tenha aceito a proposta, alguns deles ofereceram resistências, preferindo responder em outro momento. Para os alunos que não se encontravam em sala na data agendada, os questionários foram disponibilizados posteriormente.

A definição da população de referência foi intencional, de modo a contemplar todos os alunos (matriculados no semestre de coleta dos dados), que estivessem cursando a primeira disciplina com prática clínico-ambulatorial (Grupo 1 – 4º ou 5º semestres); aqueles que esti-

⁷¹ Percepção é a forma simbólica através da qual os indivíduos representam a realidade objetiva que vivenciam. Essa representação simbólica – ou mundo subjetivo – não se cria no vazio e sim, como reflexo dessas realidades objetivas nas quais os indivíduos e os grupos humanos se inserem, permeados por um processo cultural e historicamente determinados. (BERND e outros, 1982, p. 34).

vessem cursando, aproximadamente, a metade dessas disciplinas e daquelas com práticas coletivas (Grupo 2 – 7º e/ou 8º semestres); e aqueles que estivessem cursando a última disciplina ambulatorial do curso (Grupo 3 – 9º ou 10º semestres). A seleção teve a intenção de analisar como se caracteriza o perfil dos alunos em diferentes momentos da formação.

Para acessar esses grupos, ambos os cursos disponibilizaram as listagens dos alunos matriculados no semestre de coleta dos dados (2º semestre de 2005), nas disciplinas previamente definidas. No curso público, como os alunos não são semestralizados, identifiquei o grupo 2 em duas disciplinas. Desse modo, o quadro 1 apresenta a composição da população de referência:

Curso	Público			Privado			Total	
Grupos	Total de alunos	Freq. de resp.	(%) de recusa	Total de alunos	Freq. de resp.	(%) de recusa	Total de resp.	(%) de recusa
Grupo I	56	50	(10,7)	48	39	(18,8)	89	(14,4)
Grupo II	58	29	(50,0)	61	57	(6,6)	86	(27,7)
Grupo III	58	54	(6,9)	56	54	(3,6)	108	(5,3)
Total	172	133	(22,7)	165	150	(9,1)	283	(16,0)

Quadro 1 – Composição da população de referência dos alunos respondentes do questionário, de acordo com o período de formação (Grupos 1, 2 e 3).

Dos 337 alunos que receberam o questionário, 283 (84,0%) fizeram a devolução, sendo que o curso público apresentou maior proporção de recusa (22,7%) quando comparado ao curso privado (9,1%). Em relação ao período de formação, o grupo 2 do curso público foi o que apresentou a maior proporção de recusa (50%), seguido do grupo 1 do curso privado (18,8%). Não considerei que a proporção total de perda da população (16%) pudesse afetar significativamente os resultados, porque as justificativas de recusa (quase sempre delicadas e atenciosas) não os configuravam como um grupo aparentemente diferenciado, uma vez que, na maioria dos casos, foi por esquecimento, perdas repetidas do questionário, falta de tempo e adiamentos na entrega.

A predominância dessa situação foi maior para os alunos que levaram o questionário para preencher fora do espaço de sala de aula. No caso do grupo 2 do curso público, as dificuldades foram grandes para agendar um horário com os professores das disciplinas nos quais pudessemos apresentar a pesquisa e aplicar coletivamente o questionário. Isso ocorreu porque o tempo de aula teórica era muito curto e nas práticas ambulatoriais os pacientes já aguarda-

vam pelo atendimento.

Em vista disso, os questionários foram distribuídos em sala e nos ambulatórios, com os devidos esclarecimentos, e preenchidos em intervalos de aula ou em casa. Como agravante, o grupo encontrava-se em período de avaliações e tratava-se de um grupo disperso em duas disciplinas. Após exaustivas tentativas (envelopes para devolução na secretaria da disciplina e na diretoria do curso, telefonemas para lembrar e agendar a entrega, plantões em salas de aula e ambulatórios, disponibilizações repetidas do questionário) para obter uma maior proporção de retorno; tive que aceitar a perda alta nesse grupo devido à finalização do semestre e por compreender que, por se tratar de uma participação livre, não caberia mais insistir.

A análise dos dados⁷² foi conduzida após categorização das questões abertas, com o intuito de deixar emergir do próprio campo novas variáveis. A análise quantitativa foi feita no programa estatístico Epi Info, versão 6.0, buscando estabelecer a estatística descritiva (frequência, porcentagem) das variáveis estabelecidas para identificar o perfil dos alunos e a sua percepção acerca da formação no curso. Por tratar-se de uma amostra populacional (ainda que tenha sido uma população de referência) e não de uma amostra probabilística, testes estatísticos comparativos não são aplicáveis.

Ao categorizar as questões abertas, compreendi que a análise quantitativa, ainda que relevante, era insuficiente para desvelar a riqueza das “falas”. Nesse sentido, Pereira (1999, p. 21) afirma que a adoção de símbolos numéricos e premissas aritméticas para representar eventos qualitativos, por mais versáteis que sejam as suas operações e possibilidades de análises, priva o pesquisador da oportunidade de reconhecer manifestações que excedem o escopo da representação quantitativa.

Adicionalmente, constatei que algumas das questões complementares (justificativas) de algumas respostas fechadas não possibilitaram, com base nas respostas encontradas, uma categorização tendo em vista uma análise quantitativa. Assim, todas as questões abertas foram transcritas em uma planilha do Excel, de modo a possibilitar uma leitura vertical e horizontal das respostas com o intuito de facilitar uma interpretação qualitativa das mesmas.

Não foi a minha pretensão proceder a uma análise qualitativa exaustiva, mas criar a possibilidade para enriquecer as interpretações das análises descritivas, a partir das “falas”, carregadas de sentido.

⁷² “O dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo [...], é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação” (PEREIRA, J. C. 1999, p. 21).

5.2.2.3 Entrevistas

A análise da percepção dos professores sobre a formação ético-humanista dos alunos e de como as suas disciplinas contribuem com esse processo foi feita mediante o emprego de entrevistas não-diretivas. A seleção da amostra foi intencional, de maneira que contemplasse um representante de cada disciplina com atendimento clínico-ambulatorial ou com práticas coletivas.

Essa escolha foi feita porque as categorias definidas no roteiro de entrevista não se aplicariam às disciplinas que não envolvessem atendimento a pacientes, uma vez que elas evidenciaram, destacadamente, a relação paciente-profissional. Para tanto, a secretaria ou os departamentos dos cursos disponibilizaram as listagens com os nomes e contatos dos professores, constando ainda as disciplinas nas quais eles estavam lotados.

A primeira seleção das disciplinas foi feita com base no Projeto Pedagógico dos cursos. Dentre aquelas caracterizadas como profissionalizantes, uma parte é identificada como pré-clínica, com práticas laboratoriais, outra parte envolve práticas ambulatoriais com atendimento individual nas próprias instalações do curso, e as demais envolvem práticas com atendimento individual ou coletivo em espaços sociais (creches, escolas públicas, Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios/consultórios de instituições públicas e associações de classe). Em algumas disciplinas havia dúvida se existia ou não contato com pacientes. Nesses casos, o esclarecimento era feito com base nos programas das mesmas ou com os próprios professores.

Foram selecionadas 21 disciplinas do curso público e 26 do curso privado, sendo excluídas as disciplinas de estágio porque os professores não estão diretamente envolvidos nas práticas. Cada professor lotado nas disciplinas recebeu uma numeração para sorteio, depois de eliminadas as superposições, uma vez que muitos deles estavam lotados em mais de uma disciplina. Procedido o sorteio, a amostra foi composta por 17 professores do curso público e 17 do curso privado. Entretanto, duas entrevistas foram perdidas, conforme descrito adiante.

O roteiro de entrevista, (APÊNDICE C), contemplou as seguintes categorias analíticas, com seus respectivos elementos de análise: (1) identificação (sexo, idade, tempo de formado, pós-graduação, instituições na qual exerce a docência, tempo de experiência docente e na referida instituição); (2) referencial docente (razões pela qual optou pela docência, percepção sobre a formação pedagógica no curso de pós-graduação, conhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia ou sobre o projeto pedagógico do curso onde é docente, conhecimento sobre o perfil profissional que o curso se propõe a formar, referenciais para a formação de um bom dentista); (3) percepção sobre a dimensão ético-

humanista na formação profissional (relação paciente-profissional, percepção sobre se – e como – trabalham essa dimensão com os alunos – acolhimento, cuidado, vínculo, autonomia, beneficência, não-maleficência).

Para a análise da percepção dos usuários sobre o atendimento recebido nos cursos, destacadamente em relação à dimensão ético-humanista da atenção, foi utilizada uma entrevista não-diretiva conduzida com aqueles usuários que estavam sendo atendidos nos ambulatorios da última disciplina de cada curso. A escolha se deu pelo fato de eu compreender que no momento de finalização do curso os alunos estão se aproximando do perfil profissional alcançado na graduação, de modo que os usuários por eles atendidos poderiam melhor contribuir com a análise desse perfil.

Em princípio, o critério de seleção dos usuários foi listar todos aqueles que estavam matriculados para atendimento nas referidas disciplinas, procedendo a um sorteio com base no número dos seus prontuários. Entretanto, essa estratégia foi descartada na medida em que, ao sortear os entrevistados e buscar identificá-los para um contato inicial, me deparei com um elevado número de situações que impossibilitavam as entrevistas, dentre elas: usuários que eram transferidos para outras disciplinas, suspensão daqueles que faltavam a partir de três consultas sem justificativa, daqueles que recebiam alta em poucas consultas, daqueles que só tinham serviços de prótese e a disciplina não tinha possibilidade de prestar tal atendimento, nem mesmo de encaminhá-los, ou, no caso do curso privado, quando o usuário, ao receber o orçamento dos valores referentes aos serviços laboratoriais, desistia, momentaneamente, por razões econômicas.

Adotei, então, a estratégia de acessar todos os prontuários dos usuários presentes para atendimento nos dias de prática da disciplina, fazia o registro do número dos mesmos e procedia a um sorteio de três usuários por dia. Por vezes, não era possível entrevistar todos os sorteados no mesmo dia, seja porque a dinâmica do atendimento ambulatorial não permitia ou por razões pessoais dos usuários. Nesse caso, era feito um agendamento. Assim, as entrevistas foram sendo conduzidas até que eu obtive a saturação dos dados (repetição das respostas, sem acréscimo de dados relevantes), de maneira que entrevistei um total de 36 usuários, sendo 18 do curso público e 18 do privado.

No roteiro de entrevista (APÊNDICE D) busquei analisar a percepção dos usuários acerca do atendimento em uma escola de Odontologia, de como eles se sentiam sendo atendidos por estudantes, da imagem que eles tinham do que é ser um bom dentista e de como eles avaliavam, em suas experiências no curso, a relação paciente-profissional, a atuação dos professores que orientam os alunos, a biossegurança e a autonomia.

A opção por analisar a dimensão ética da formação com base na perspectiva principialista e não na personalista, foi feita porque, segundo Neve (1996, p. 6), é o modelo de análise mais divulgado e, uma vez que propõe princípios norteadores, é mais favorável à investigação científica, ainda que não seja o modelo defendido pela autora.

Ao recorrer a esse modelo, foi possível estabelecer uma diferença, ainda que tênue, entre os referenciais ético e humano, conforme proposto nesse trabalho, uma vez que Neve (1996, p. 10) assume que, ao tratar da Bioética em sua perspectiva personalista, entende que esta se constitui a expressão de um novo humanismo.

Todas as entrevistas foram conduzidas nas instalações de cada curso, procurando atentar para escolher um local com pouco barulho e com a menor possibilidade de interferências de terceiros.

O registro das entrevistas foi feito por meio de gravação utilizando um *pendrive* com função de gravador, de modo que as entrevistas passaram por um processo de transferência de áudio, deste para o computador, sendo, então, gravadas em CD e, posteriormente, transcritas para análise. As vantagens de uso do *pendrive* são, além dessa possibilidade de transportar as entrevistas para o computador, a qualidade da gravação, a dispensa do uso de fitas, o tamanho pequeno facilitando o transporte e, por ter aparência mais discreta que os gravadores tradicionais, inibe menos os entrevistados, favorecendo a espontaneidade do diálogo. A desvantagem da sua utilização é a possibilidade de perda dos dados, fato que constatei com a perda de duas entrevistas conduzidas com os professores. Ao fazer a transferência para o computador, aparecia uma mensagem de “arquivo corrompido” ainda que, durante a entrevista, o tempo era normalmente registrado. Decidi, então, não repetir as entrevistas, uma vez que já havia ocorrido a saturação das informações (ambas as entrevistas não acrescentaram dados diferentes daqueles já registrados).

Todos os professores e usuários sorteados para entrevista se dispuseram a participar da pesquisa, não oferecendo qualquer resistência para colaborar. Apenas uma usuária mostrou-se relutante de início. Entretanto, participou com satisfação aparente ao receber todos os esclarecimentos da pesquisa e estabelecer um diálogo comigo que a ajudou a superar a vergonha da gravação e o seu temor de não saber responder às perguntas por ser analfabeta (fato que lhe causava imenso constrangimento e sensação de inferioridade). Com alguns professores eu tive apenas dificuldades de agendamento devido às suas rotinas de trabalho.

Com o esforço de buscar uma melhor interpretação das significações das informações contidas nas mensagens das entrevistas, escolhi como técnica, a análise de conteúdo. Para compreendê-la, tanto em sua dimensão conceitual como metodológica, tomei como referência

a obra "Análise de Conteúdo" de Laurence Bardin (1970), segundo a qual:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1970, p. 42).

Nesse caso, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor e/ou o seu meio-ambiente, procurando estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas⁷³ e as estruturas psicológicas ou sociológicas (condutas, ideologias, atitudes) dos enunciados (BARDIN, 1970, p. 39 e 41).

Bardin (1970, p. 43-44) chama a atenção para algumas características fundamentais da análise de conteúdo: (1) o seu objeto é a palavra, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem; (2) trata-se de um esforço de compreender os jogadores ou o ambiente do jogo em um momento determinado, tomando-se em consideração as significações (conteúdo); e (3) procura conhecer o que está por trás das palavras, as outras realidades através das mensagens.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo apresentadas por Bardin (1970), elegi a análise temática por compreendê-la como a mais coerente com as mensagens obtidas nas entrevistas, uma vez que o tema⁷⁴ é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças ou de tendências. A autora considera que esta é uma das técnicas de análise de conteúdo mais fácil, mais conhecida e mais útil numa primeira fase de abordagem.

Trata-se da contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada, cuja regra de recorte corresponde ao sentido e não à forma. Esse tipo de análise facilita a escolha da frase como unidade de codificação ou registro porque o tema se liberta facilmente de um texto analisado. Desta maneira, fazer uma análise temática é descobrir os “núcleos de sentido” que aparecem na comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, pode ter significado para o objeto avaliativo escolhido. Com esses referenciais, a análise foi desenvolvida seguindo a seqüência descrita a seguir:

⁷³ “[...] é o estudo do sentido das unidades lingüísticas, sendo portanto o material principal da análise de conteúdo”. Ao identificar os sentidos das unidades semânticas pode-se trabalhar com aproximações semânticas. (BARDIN, 1970, p. 44).

⁷⁴ Bardin (1970, p. 105), ao referir-se a idéia de tema em análise do conteúdo, toma emprestado o conceito apresentado por Berelson segundo o qual “tema é uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou na frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares”.

Preparação do material: nessa fase foi feita a transcrição integral das entrevistas com a produção de um texto digitado. Em seguida, os dados brutos do texto passaram por um processo de recortes das unidades de contexto⁷⁵ para distribuição dos elementos de registro⁷⁶ (temas) organizados mediante um processo de categorização⁷⁷. As dimensões que organizaram o sistema categorial emergiram do quadro teórico referenciado no estudo.

Por se tratarem de entrevistas não-diretivas, os temas nem sempre obedeciam a uma sequência uniforme em todas as entrevistas. Assim, a classificação das unidades de registros (temas) foi sendo procedida à medida que eram identificadas no texto. Os recortes foram transcritos para um novo documento e classificados dentro de cada categoria, de modo que cada tema registrado foi identificado de acordo com o curso de origem do entrevistado, a idade e a profissão/ocupação exercida no mercado de trabalho.

Tratamento dos resultados: nessa fase, procedi à enumeração dos temas tendo em vista a análise descritiva do conteúdo (frequência e porcentagem). Essa é uma forma de análise que tem o objetivo de facilitar uma apresentação condensada dos dados, bem como possibilitar uma leitura da fala do grupo. Entretanto, centrei também a análise na singularidade da elaboração individual, na análise qualitativa dos discursos, explorando, não de forma exaustiva, falas significativas dos entrevistados.

Interpretação dos resultados: nessa etapa, houve um esforço de interpretar os significados das mensagens com base no referencial teórico escolhido. Ainda que não tenha sido meu objetivo fazer uma análise paralinguística das mensagens, fiz uma nova escuta das entrevistas na tentativa de captar sentidos, além das palavras verbalizadas. Assim, algumas observações como tom de voz, emoções externadas (choro, risos, pausas) ou sinais que sugerissem dúvida nas respostas, incompreensão das perguntas, cuidado com a fala ou vergonha, contribuíram para uma melhor compreensão dos sujeitos e do objeto da pesquisa.

⁷⁵ A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem superior às unidades de registros (a frase para a palavra e o parágrafo para o tema). Permite compreender a significação das unidades de registro dentro de um contexto maior, de modo a favorecer a interpretação. (BARDIN, 1970, p. 107).

⁷⁶ A unidade de registro ou de codificação se refere ao segmento do conteúdo considerado como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. (BARDIN, 1970, p. 104).

⁷⁷ As categorias são espécies de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação (unidades de registro) constitutivas da mensagem que devem aparecer sob um título genérico (BARDIN, 1970, p. 36 e 117).

5.2.2.4 Observação Participante

Para avaliar como se caracterizam, no cotidiano dos ambulatorios, as relações sociais no que se refere à dimensão ético-humanista, elegi a técnica de observação participante⁷⁸ em uma disciplina de cada curso, sendo selecionadas aquelas que representavam as últimas disciplinas com práticas ambulatoriais. No curso público era cursada, predominantemente, por alunos concluintes; entretanto, alguns deles permaneceriam mais um semestre para cursar alguma disciplina pendente dentre as básicas, optativas, eletivas ou de estágio curricular com atividades externas. No curso privado, todos os alunos estavam no semestre de conclusão.

A seleção dessa disciplina deveu-se ao fato de que os alunos, nesse momento, já têm mais autonomia de atendimento ao paciente, já oferecem uma atenção mais integral e, de algum modo, eles já apresentam um perfil profissional mais delineado, compenetrando-se de já “serem quase profissionais”.

Antes de iniciar a observação, contatei todos os professores das disciplinas, apresentei a pesquisa, explicitando os seus objetivos e as diferentes técnicas de coleta de dados, garantindo a preservação da identidade de todos os sujeitos envolvidos (professores, alunos, usuários). Referente ao consentimento, apenas um aluno do curso privado se negou a ser observado em atendimento, participando apenas do preenchimento do questionário.

No caso dos usuários, dada à alta rotatividade dos atendimentos e de, nem sempre, todos estarem envolvidos na observação apenas aqueles que foram entrevistados assinaram o termo de consentimento. Ainda que eu entenda que essa foi uma falha, ela foi minimizada no curso privado porque todos os usuários já assinam um termo de consentimento e esclarecimento que inclui a possibilidade de participação em pesquisas conduzidas na instituição.

Já no curso público, não havia o consentimento nos prontuários examinados, embora já tenha sido uma prática da disciplina e do curso (nas consultas de triagem) e os professores compreendiam a sua importância, tanto por questões éticas, como pela proteção jurídica da instituição. Quando a observação culminava em uma aproximação maior dos usuários, eu me identificava e explicava a minha condição de pesquisadora naquela disciplina.

Em princípio, defini que faria a observação durante todo o semestre, em quatro turnos (dois no público e dois no privado) de quatro horas, de modo que possibilitasse, pelo menos, um contato semanal com cada aluno das disciplinas. No curso público, os alunos eram dividi-

⁷⁸ Na observação participante o pesquisador participa do cotidiano do grupo, através da observação de eventos do dia-a-dia. Existe um contato direto do observador com o fenômeno observado para obter informações sobre realidades em seus contextos. Nesse caso, podemos captar uma variedade de situações e fenômenos não só verbalizados, tais como: atitudes, comportamentos, valores, sentimentos (MINAYO, 1994, p. 59).

dos em dois grupos, cada um atendendo três turnos por semana e trabalhando sozinhos com o suporte de auxiliares de ambulatório que faziam cursos formais de Auxiliar de Consultório Dentário e tinham este espaço como campo de estágio. Como o número delas era menor do que o de alunos, elas ajudavam na medida em que eram solicitadas por eles. No curso privado, o meu contato com cada aluno era de duas vezes por semana, uma vez que eles trabalhavam em dupla, durante quatro turnos semanais, sendo que, na metade dos turnos, as duplas se revezavam na posição de dentista e de auxiliar.

Apesar de não ter previsto examinar os prontuários dos usuários, logo na primeira semana de observação percebi a necessidade de incluí-los como mais uma fonte de dados, uma vez que eles traziam elementos importantes de análise. Uma referência importante era como os alunos lidavam com os registros de dados, em tópicos da ficha clínica, que contemplavam informações sobre a dimensão ético-humanista. Desse modo, analisei cento e cinquenta e nove prontuários dos usuários que estavam sendo atendidos nas disciplinas em observação, sendo setenta e dois no curso público e oitenta e sete no curso privado. Priorizei na minha análise, os registros relativos à identificação dos usuários, aos problemas de saúde geral e àqueles que tivessem correlação com a dimensão ético-humanista.

Os registros das observações foram feitos em forma de notas de campo em folhas numeradas, datadas e identificadas em relação a qual curso eles estavam se referindo. Nestas, além de anotar ocorrências factuais e comportamentos emergentes, busquei também escrever comentários acerca dos meus sentimentos, impressões, angústias e reflexões que emergiam nessa interação. Em muitas ocasiões, sentia-me como uma investigadora ou repórter que confrontava registros escritos com evidências práticas e que, em algumas situações limite que envolviam questões ético-humanistas, buscava ouvir/observar a perspectiva do aluno, do professor e do usuário.

Seguindo a mesma orientação das entrevistas com os professores, também foram valorizadas as categorias: (1) relação professor-aluno (conduta de orientação); e (2) relação paciente-profissional. Em ambas as categorias foram enfatizados os seguintes elementos de análise: acolhimento, cuidado, vínculo, autonomia, beneficência e não-maleficência.

O primeiro mês de observação foi o mais rico em termos de registros, uma vez que este período envolvia os primeiros contatos dos alunos com os pacientes, nos quais os diálogos são mais freqüentes. Daí em diante, as práticas tornaram-se mais mecânicas, voltadas, basicamente, para a execução de procedimentos planejados. Na tentativa de produzir observações novas e relevantes, ainda busquei selecionar alguns prontuários de pacientes que apresentavam registros de problemas de saúde geral, informações de medo de dentista, insatisfação

com a aparência dos dentes, dentre outros que exigissem uma maior atenção do dentista em relação à dimensão ético-humanista. De posse das informações, busquei observar o atendimento dado aos pacientes, tentando captar a importância que os alunos conferiam a essas informações. Foi um *insight* interessante que permitiu observar um comportamento quase invariável entre os alunos.

Entretanto, após um mês de observação passei a sentir uma enorme sensação de perda de tempo dada a escassez de novas informações. Então, ainda que tenha sido uma escolha difícil, decidi sair da observação eminentemente ambulatorial e passei a conduzir as entrevistas dos usuários, de modo que eu transitava entre a sala de espera, a sala de entrevista e o próprio ambulatório.

Assim, além de ouvir os entrevistados, eu podia escutar comentários entre os usuários na sala de espera e ficar atenta às situações emergentes no ambulatório, que, muitas vezes, me eram relatadas pelos próprios professores. Para a análise, foi feita uma leitura das notas de campo, procedendo a uma limpeza das observações registradas, excluindo aquelas que considere não pertinentes. Após essa fase, os dados foram categorizados para apresentação e discussão de acordo com os elementos de análise definidos.

Durante todo o processo de análise, foram estabelecidas as articulações entre os dados coletados e o referencial teórico buscando proceder a uma triangulação dos dados, no sentido de compreender mais amplamente o perfil de profissional formado nos cursos, a partir das percepções e práticas dos diferentes sujeitos envolvidos no processo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está estruturado na mesma seqüência apresentada nos aspectos operacionais do método. Assim, os resultados são apresentados e discutidos na seguinte ordem: análise documental; a voz dos alunos; a voz dos professores, a voz dos usuários; e observação participante. O esforço de triangulação é feito em diferentes momentos da narrativa e evidencia-se um pouco mais nas considerações finais.

6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

O meu objetivo na análise do Projeto Pedagógico dos cursos foi registrar se esses documentos contemplam a dimensão ético-humanística na formação dos alunos. A seleção do Projeto Pedagógico⁷⁹ como documento de análise foi feita por eu entender que este é o documento que mais reflete a intencionalidade do “fazer educativo” dos sujeitos de uma instituição de ensino. Nesse sentido, é pertinente reconhecê-lo conceitualmente⁸⁰:

O Projeto Político Pedagógico é um plano global da instituição. Pode ser entendido como a sistematização, nunca definitiva, de um processo de planejamento participativo, que se aperfeiçoa e se objetiva na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar, a partir de um posicionamento quanto à sua intencionalidade e de uma leitura da realidade. Trata-se de um importante caminho para a construção da identidade da instituição como fruto de uma dada concepção de mundo, de epistemologia, de educação (VASCONCELLOS, 2002, p. 17).

Ao desenvolver um Projeto Político Pedagógico (PPP) as pessoas explicitam seus sonhos e utopias, demonstram seus saberes, refletem sobre as suas práticas, reafirmam e atualizam valores, ressignificam as suas experiências, dão sentido aos seus projetos individuais e

⁷⁹ Embora eu utilize o termo Projeto Pedagógico referindo-me ao documento analisado é preciso ficar claro, com base em Vasconcellos (2002, p. 18), que um Projeto Pedagógico não se esgota na elaboração de um texto ou documento, mais que isso, ele é um processo que implica na expressão das opções da instituição, do conhecimento e julgamento da realidade, assim como, das propostas de ação para caracterizar o que se propõe, a partir do que vem sendo. Supõe, desse modo, a colocação em prática daquilo que foi projetado, acompanhando a análise dos resultados. É um processo que implica na articulação constante entre ação-reflexão-ação.

⁸⁰ Quando Vasconcellos (2002, p. 19) utiliza a denominação projeto político pedagógico ele justifica que o termo “político” é para jamais descuidarmos desta dimensão tão decisiva do nosso trabalho, não nos esquecendo dos coeficientes de poder presentes nas práticas educativas e nas interfaces com a sociedade como um todo. Já Padi-lha (2003, p. 13) se refere à sua dimensão político-pedagógica por tratar-se de uma construção coletiva que envolve ativamente os diversos segmentos escolares.

coletivos, reafirmam as suas identidades e estabelecem novos caminhos, possibilidades e propostas de ação (PADILHA, 2003, p. 13). Deve ser, portanto, uma construção sempre coletiva e carente de atualização.

Com essa perspectiva, o Projeto Pedagógico do curso público foi reelaborado com a participação de representantes docentes e discentes na 1ª Oficina do Projeto Pedagógico do curso, realizada no dia 01/10/2002, sendo seu documento, posteriormente, redigido por uma comissão de relatoria. Para a sua elaboração foram tomados como referência dois documentos oficiais (LDB e DCNs do Curso de Odontologia), um esboço do Projeto Pedagógico previamente produzido e a análise dos problemas da instituição, bem como as linhas de ações com vista aos avanços desejados para o curso.

Assim, o documento é estruturado em quatro capítulos: (I) caracterização da instituição e atividades desenvolvidas no curso; (II) caracterização do curso, contemplando um histórico da profissão, o perfil esperado do egresso e as competências, habilidades e vivências trabalhadas no curso para compor o perfil; (III) organização da estrutura curricular em seus aspectos gerais, integralização curricular, atividades complementares (Trabalho de Conclusão do Curso – TCC, atividades de iniciação científica, atividades em comunidades, seminários e/ou sessões científicas, atividades de interesse individual, Serviço de Urgência, Central de Atenção ao Paciente – CAP, Clínicas de férias) e; (IV) Avaliação institucional docente e discente.

Os seguintes documentos foram anexados: relação dos professores efetivos, comissões de trabalho, instalações físicas, fluxograma das disciplinas, ajustes curriculares aprovados, proposta do TCC, listagem dos locais de estágio de férias e os programas das disciplinas do curso, alguns dos quais se encontram desatualizados.

O capítulo II faz referência a uma formação que evidencia os valores éticos, reafirmando a intenção de buscar estimular nos alunos o desenvolvimento de um comportamento que esteja em sintonia com esses valores. Propõe ainda, uma valorização da dimensão humana, na medida em que sugere como competências a serem adquiridas pelos alunos situarem-se como sujeitos de sua aprendizagem, compreendendo-se como um ser social, ativo e historicamente situado e que, além disso, reconheça a pessoa “em cuidado” como um ser bio-psico-social. Na proposta de avaliação, sugere que o aluno deve ser analisado de forma integral, em sua relação com o grupo, com os pacientes e com as disciplinas. Em relação ao perfil de profissional a ser formado no curso, a proposta é:

Formar um Cirurgião-Dentista generalista, com valores éticos, sensibilidade social, capaz de atender às necessidades mais prevalentes da população. Cientificamente preparado para realizar o diagnóstico, o planejamento e a execução de procedimentos preventivos e curativos, capacitado a utilizar tecnologias e a trabalhar em equipe (PROJETO PEDAGÓGICO, 2002, p. 3).

Essa dimensão é também contemplada quando o documento propõe a aquisição, por parte dos alunos, das seguintes habilidades: comunicação e interação com o paciente, trabalhadores da área de saúde, grupos de indivíduos e organizações; e aquisição de conhecimentos para solucionar problemas clínicos que sejam do interesse do indivíduo e da comunidade (p. 3-4). Propõe ainda que os indivíduos e/ou comunidade devem conhecer tais problemas, desejar resolvê-los e consentir com as soluções propostas. Isso implica que os conhecimentos mobilizados não devam ser apenas técnicos, mas também aqueles que envolvam a comunicação e os princípios da Bioética, nesse caso, o princípio da autonomia.

No capítulo III (p. 6) quando são apresentados os três tipos de conteúdos essenciais para a formação do perfil desejado, o documento se refere a “conteúdos complementares voltados para ampliar o leque de conhecimentos correlatos e permitir uma melhor formação ética, humanística e intelectual”. Ao se referir à abrangência dos três eixos teóricos e/ou práticos das diversas áreas é evidenciado que nas matérias de Ciências Sociais e Odontologia em Saúde Coletiva são trabalhados conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo-sociedade; isso no sentido de compreender os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, antropológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença (p. 6-7).

No TCC (anexo VII do projeto), que se encontra em fase de estruturação, a proposta contempla, além da monografia, a produção de um *portfólio* no qual o aluno deve organizar os conhecimentos adquiridos integrando teoria e prática, conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, buscando sintetizar as suas vivências de aprendizagem na graduação, representando o fechamento de um ciclo de crescimento. Como esta se trata de uma construção que deve ocorrer durante todo o curso, ela propicia uma auto-reflexão constante que abrange os domínios cognitivo, psico-motor e afetivo.

Essa é uma proposta que, se levada a termo, possibilitará um avanço na formação ético-humanística dos alunos por se tratar de um trabalho que valoriza a auto-reflexão, não apenas dos aprendizados técnico-científicos, mas também de atitudes e valores, podendo emergir como um importante instrumento para o autocrescimento dos alunos e reflexão crítica do corpo docente.

A CAP (p. 10-11), elemento chave na organização de um atendimento humanizado com base no acolhimento, informação, triagem, agendamento e acompanhamento dos usuários, a despeito de ter sido criado em 1996, é reconhecida, no próprio documento e referendada nesse trabalho, sobretudo nos depoimentos dos usuários e na observação participante, como um serviço que enfrenta dificuldades. Entretanto, ao reconhecer tal fragilidade, os participantes da 1ª Oficina do Projeto Pedagógico do curso, compuseram uma comissão para realizar um diagnóstico da situação e encaminhar propostas no sentido de sua reestruturação.

O documento se refere à criação de uma Comissão de Ética em Pesquisa do próprio curso que se encontra em processo de credenciamento. Esta é uma iniciativa importante para a formação ético-humanística dos alunos, visto que, ao submeter os seus projetos de pesquisa à análise da comissão, eles devem sempre estar atentos para a dimensão do cuidado com os sujeitos participantes. A existência de uma comissão no próprio curso referenda a importância que este atribui à Bioética.

Ainda que não tenha sido o meu objetivo analisar o Projeto Pedagógico dos cursos em sua estruturação, não posso me furtar a registrar algumas observações em relação ao Projeto Pedagógico do curso privado. Este já carece de uma atualização por se tratar de uma proposta construída em 1997 com vista à aprovação do curso pelo MEC e com raras contribuições dos sujeitos que vivem o cotidiano da escola. Isso implica na falta de uma leitura da realidade na qual o curso hoje se insere, após oito anos de implantação. Apresenta uma estrutura que necessita ser reorganizada com mais objetividade e, como dito, referendada na realidade atual, para se tornar um documento de uso acessível aos sujeitos que vivem essa realidade e que estes se sintam representados no documento.

Nesse sentido, Vasconcellos (2002, p. 17) afirma que cada instituição deve traçar o seu caminho e este pode ser tanto mais interessante quanto maior a oportunidade de diálogo entre sujeitos posicionados e comprometidos com a instituição. Tal perspectiva me remete a um exemplo concreto observado: o documento propõe uma abordagem pedagógica construtivista que nada tem a ver com a prática pedagógica vivenciada na instituição. Cita autores como Piaget e Vigotsky, cujos pressupostos teóricos, seguramente, a maioria dos professores do curso sequer ouviu falar. É possível que a referência ocorra em virtude da influência que essa abordagem exerce sobre o modelo de competências, entretanto, não reflete uma referência da abordagem pedagógica do curso.

Quando levanto essas críticas, me refiro ao registro documental e à necessidade de sua reelaboração, inclusive porque eu penso que o curso, na prática, tem feito um esforço de promover com regularidade discussões coletivas do Projeto Pedagógico enquanto processo.

Estruturalmente o Projeto Pedagógico do curso privado tem uma apresentação inicial onde traz uma perspectiva mais ampla da instituição na qual o curso de Odontologia está inserido. Esta é seguida de uma apresentação específica do curso que contempla; (1) a introdução na qual descreve um histórico da profissão; (2) a justificativa da necessidade social de implantação do curso na Bahia a qual se remete a um extenso marco teórico; (3) a proposição de trabalhar com ensino (graduação e pós-graduação), pesquisa e extensão; (4) os objetivos do curso, tendo como base as DCNs; (5) os aspectos gerais de organização do curso; e (6) o sistema de avaliação (institucional, docente e discente). Os programas das disciplinas disponibilizados para análise foram atualizados no segundo semestre de 2004.

Ao referenciar a visão que a instituição tem de educação e a sua missão dentro de um contexto social, o Projeto Pedagógico do curso se apóia, dentre outros conceitos, na idéia de educação voltada para o desenvolvimento do ser humano, conceitos estes coerentes com uma visão holística e integral (p. 5). Confirma essa tendência quando, na fundamentação teórica, toma como referência a perspectiva humanista, destacando uma preocupação com o homem individual e coletivo (p. 6). Assim, ao descrever a estrutura curricular (p. 38), o documento evidencia que os aspectos relativos “**à promoção de saúde e formação humanística**” serão estruturados nas diversas disciplinas e constituir-se-ão no referencial filosófico de ensino-aprendizagem do curso (grifos do documento).

O perfil de profissional a ser formado pelo curso aparece diluído em vários tópicos (proposição, objetivos gerais e objetivos específicos) do Projeto Pedagógico. Dada a grande extensão dos enunciados, selecionei alguns que dão conta de elucidar o perfil:

(...) formar um clínico geral estomatologista, com fundamentados conhecimentos biológicos e humanísticos, de elevado nível técnico, integrado à sociedade, à realidade e ao mercado de trabalho, voltado para o exercício da profissão com amplitude social (PROJETO PEDAGÓGICO, 1997, p. 23).

(...) formar profissionais Cirurgiões-Dentistas com sólidos conhecimentos técnico-científicos e da realidade objetiva e concreta do meio social, econômico e cultural onde irão exercer a sua profissão, plenamente conscientizados das suas responsabilidades e do seu papel como agentes de saúde, onde as reflexões éticas deverão ser as determinantes dos seus comportamentos e das suas decisões (PROJETO PEDAGÓGICO, 1997, p. 25); Além da visão social, científica e técnica da profissão, o Curso deverá estimular a formação humanista do aluno para melhor complementar o seu relacionamento com o paciente e a sociedade (PROJETO PEDAGÓGICO, 1997, p. 26).

O documento evidencia que o curso dispõe de um apoio pedagógico que propõe um acompanhamento discente constituído por professores orientadores que, através de um trabalho tutorial, farão o papel de elementos facilitadores da atividade académica. Esta conta com a assessoria de professores de pedagogia e psicologia, visando também prover sustentação técnico-pedagógica ao seu corpo docente. Esta é uma iniciativa que valoriza a dimensão ético-humanística da formação por viabilizar um acompanhamento mais individualizado do aluno, possibilitando a emergência dos determinantes pessoais (emocionais e familiares) que interferem na formação do aluno (p. 30).

A proposta de avaliação da aprendizagem referencia que esta deve se apoiar em uma postura humanista, tomando a avaliação como um instrumento de crescimento e aperfeiçoamento do ato educativo, deixando de ter um carácter punitivo e discriminatório (p. 33).

Em relação ao corpo docente, o documento propõe que este deve considerar o aluno como sujeito, com individualidade e senso crítico, ajudando-o a superar eventuais dificuldades e preocupando-se com a formação geral e humanística dos alunos, dando ênfase ao bem-estar das pessoas (p. 174). Propõe, ainda, dentro dos princípios das atividades docentes (p. 175), a criação de um ambiente propício ao relacionamento interpessoal e o respeito às diferenças individuais, considerando que cada pessoa é única e que, desse modo, o ritmo pelo qual cada aluno aprende deve ser respeitado.

Na análise dos programas das disciplinas eu busquei verificar em todos os itens da sua estruturação (ementa, objetivos, conteúdos e avaliação), se existem unidades de registros (palavras, frases) que explicitam a intenção dos professores de trabalharem a dimensão ético-humanística, confirmando, assim, a possibilidade de estarem formando o perfil profissional proposto pelo curso. Desse modo, o quadro 2 sintetiza os resultados encontrados para ambos os cursos, explicitando que, dos 113 programas analisados, 38,1% contemplam essa dimensão, sendo que esta proporção é menor para o curso público (32,1%) quando este é comparado ao curso privado (43,3%).

Disciplinas por curso Dim. Ético-hum.	Curso Público		Curso Privado		Total	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Contemplam	17	32,1	26	43,3	43	(38,1)
Não contemplam	36	67,9	34	56,7	70	(61,9)
Total	53	100.0	60	100.0	113	(100.0)

Quadro 2 – Frequência e percentagem de disciplinas dos cursos público e privado que explicitam ou não a intenção de trabalhar a dimensão ético-humanística

As disciplinas básicas (biológicas) e pré-clínicas foram as que menos registraram essa intenção, que é mais explicitada pelas disciplinas das áreas de Ciências Humanas e Saúde Coletiva e algumas disciplinas clínicas, com destaque a Odontopediatria e a Dentística, aparecendo em mais de um item do programa.

A maioria dos alunos referencia que esse estímulo acontece na maioria das disciplinas, embora este não esteja explícito na maioria dos programas, conforme os resultados do quadro 2. Por outro lado, a percepção dos alunos, quando eles justificam sua resposta, coincide com a análise dos programas, uma vez que eles apontam que são essas as áreas e as disciplinas que dão mais ênfase à dimensão ético-humanística.

Com base nos registros, eu considero que os Projetos Pedagógicos de ambos os cursos têm uma intencionalidade em contemplar a dimensão ético-humanista da formação, sendo que o curso privado a explicita mais freqüentemente, tanto na estruturação do projeto, como nos programas das disciplinas, ocorrendo, inclusive, de uma forma repetitiva.

No Projeto Pedagógico do curso público a menor evidência pode ser explicada por duas razões: primeiro, porque é um documento mais sucinto (objetivo); segundo, pelo fato de que alguns dos programas das disciplinas encontram-se desatualizados, podendo não estar reproduzindo o que, de fato, vem sendo trabalhado; uma vez que nos discursos dos sujeitos envolvidos no estudo fica bem evidente que essa dimensão está sendo valorizada. Ao discutir a humanização da educação em Odontologia, Moysés afirma:

(...) embora alguns projetos pedagógicos, recentemente, incorporem essa dimensão legal, política e social, isso não corresponde automaticamente à prática das instituições, no que se refere, tanto à sua programação curricular, quanto à sua reprodução ideológica subjacente, que continua privilegiando a formação de um profissional para a prática liberal tradicional e para o atendimento de elites econômicas (MOYSÉS, 2003, p. 93).

Essa valorização da dimensão ético-humanista, ainda que possa parecer uma novidade proclamada pelas DCNs e recentemente pelos Projetos Pedagógicos dos cursos, de fato, não o é, uma vez que essas “inovações” já vêm sendo propostas há décadas. Paixão (1979, p. 5), ao descrever os objetivos da FOUFG, formulados em 1968, cita que uma das características do curso pretendia formar era que este tivesse o paciente como uma unidade bio-psico-social, de modo a praticar uma odontologia humanística.

O que tenho observado, entretanto, é que as propostas têm sido mais discutidas e capitalizadas no âmbito dos cursos de Odontologia, seja por meio de oficinas que vêm sendo realizadas em vários cursos públicos e privados do país, em uma parceria da ABENO com o MEC, ou mediante iniciativas das próprias instituições que têm buscado atualizar-se em aten-

ção às DCNs para organizarem-se com vista às avaliações institucionais.

É bom, entretanto, estar ciente dos limites do instituído porque, segundo Vasconcellos (2002, p. 16), entre o sistema educacional – normalmente propulsor de reformas – e a prática das escolas nas quais se esperam que as reformas aconteçam, existe sempre a dimensão intermediária (meso) da escola. Ainda assim, eu penso que iniciativas como essas são positivas porque, nos processos de reflexão, alguns sujeitos podem ser sensibilizados a promover mudanças em direção a uma formação que equilibre as dimensões técnica e ético-humanística. É a possibilidade de que pequenas brechas possam ir se abrindo, mudando paulatinamente o discurso e ressignificando as práticas, dentro das possibilidades de cada contexto histórico, institucional e pessoal dos sujeitos que fazem o cotidiano dos cursos.

6.2 A VOZ DOS ALUNOS

Dado o grande número de tabelas/gráficos que a análise dos questionários geraria (população total, curso público (Pb), curso privado (Pv), Grupo 1 (G 1), Grupo 2 (G 2), Grupo 3 (G 3), PbG1, PbG2, PbG3, PvG1, PvG2, PvG3) e pelo fato de não ter observado muitas diferenças entre os seis últimos grupos, optei por apresentar um quadro completo dos resultados (APÊNDICE F) para o leitor que desejar um maior aprofundamento da análise ou para me remeter a ela quando julgar haver uma diferença significativa nos sub-grupos. Em vista disso, os gráficos apresentados no corpo do trabalho e as tabelas (APÊNDICE E) se referem aos seis primeiros grupos. Em alguns casos, eu suprimi na apresentação variáveis com baixas proporções de respostas, considerando-as como “outros”.

6.2.1 Identificação

Dos 283 alunos que responderam ao questionário, 181 (64%) foram do sexo feminino e 102 (36%) do sexo masculino (APÊNDICE F). Os dados confirmam a crescente feminilização da profissão já observada em outros trabalhos como o de Costa e outros (1999, p. 41), com uma proporção de 58%; o de Gushi e outros, (2004, p. 21) com 52,7%; o do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais – CROMG (2000) com 51,4%; e o estudo, com uma amostragem nacional, desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas (INBRAPE) acerca do perfil do cirurgião-dentista brasileiro (2003), que registrou uma proporção de 57,5% para o sexo feminino.

No estudo conduzido pelo CROMG foi observado que os dentistas que tinham mais de dez anos de exercício profissional, em sua maioria, eram do sexo masculino, confirmando que o número de mulheres que estão ingressando no mercado de trabalho vêm aumentando gradativamente. Essa projeção de crescimento é confirmada neste estudo, uma vez que a proporção de mulheres foi maior quando comparada a todos os estudos citados.

Em relação à idade (APÊNDICE F), esta variou entre 19 e 38 anos, com idade média de 23,1 anos e um desvio padrão de 2,57, o que revela uma baixa variabilidade na composição da população de referência em relação a essa variável. A idade que mais representou o grupo (moda) foi a de 22 anos e a composição por faixa etária mostrou que 131 alunos (47,6%) tinham entre 19 e 22 anos; 124 (45,1%) tinham entre 23 e 26 anos; e 20 (7,3%) tinham entre 27 e 38 anos. Considerando que os alunos respondentes já se encontravam, no mínimo, há dois anos matriculados no curso, grande parte deles (47,6%) ingressou na faculdade ainda adolescentes (entre 17 e 20 anos).

A análise do gráfico 1 revela que dentre os motivos que os conduziram a escolher a Odontologia como profissão, 81,3% dos alunos consideram o gosto pela área de saúde como o principal motivo, não havendo diferença entre as respostas quando foi considerado o curso de origem (81% - Pb e 81,7% - Pv). Para 9,9% dos alunos a escolha foi feita pela possibilidade de tornar-se um profissional autônomo. Os 8,8% restantes assinalaram outras razões como: influência da família, perspectiva de boa remuneração, perspectiva de crescimento profissional, dentre outras.

Reportando-me à afirmação de Carvalho (2001), de que nas décadas de 1980 e 1990 o curso de Odontologia era um dos mais concorridos das universidades, é possível inferir que a profissão gozava de status elevado nesse período. Portanto, foi curioso constatar que a opção “status” como motivo de escolha do curso foi preterida por todos os alunos (APÊNDICE F).

Isso revela que, de fato, eles já percebem que a profissão vive um momento de crise de valorização social cujas razões já foram amplamente discutidas, dentre elas: o crescente processo de assalariamento da profissão (PAIXÃO, 1979, p. 131); a expansão dos planos de saúde de caráter explorador; a terceirização da mão-de-obra profissional (PINTO, 2000, p. 56; PAIXÃO, 1979, p. 79; ZANETTI, 2004b, p. 18); a baixa remuneração e o trabalho precarizado (PAIXÃO, 1979; COSTA e outros, 1999; MOLINOS, 2004, p. 8; VIANNA, 2004, p. 11; 3ª CNSB, 2004, p. 36).

Em sua pesquisa envolvendo 78 egressos do curso de Odontologia da PUCMG e da UFMG, Lucas (1995, p. 199) verificou que o principal motivo para a escolha do curso foi o gosto pela área biológica/saúde para ambas as instituições (45,7% e 40%, respectivamente),

seguido do fato de a Odontologia ser uma profissão ligada à Medicina e por caracterizar-se como profissão liberal.

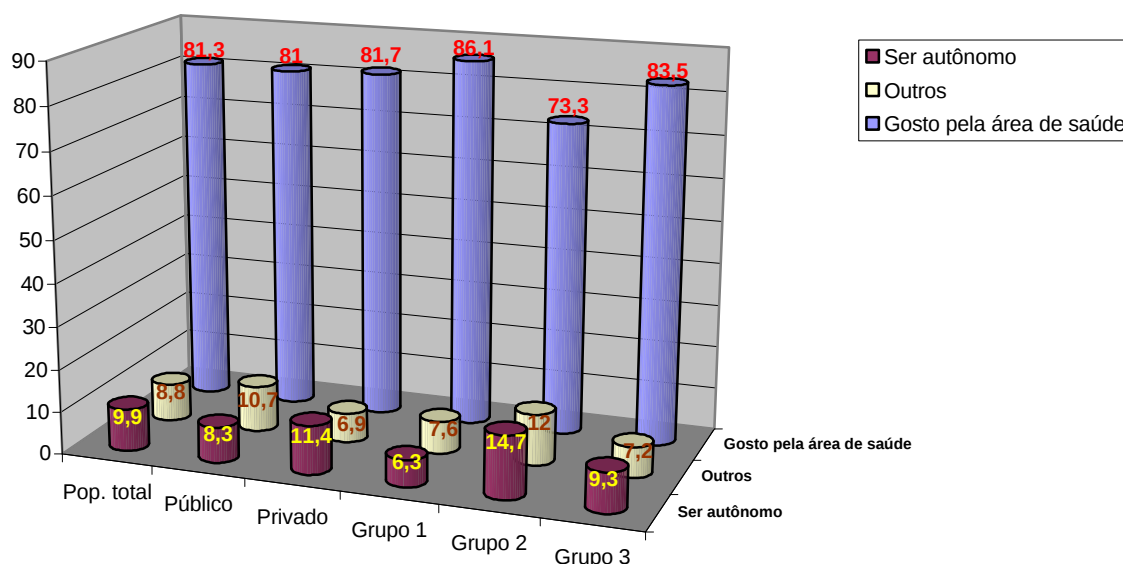


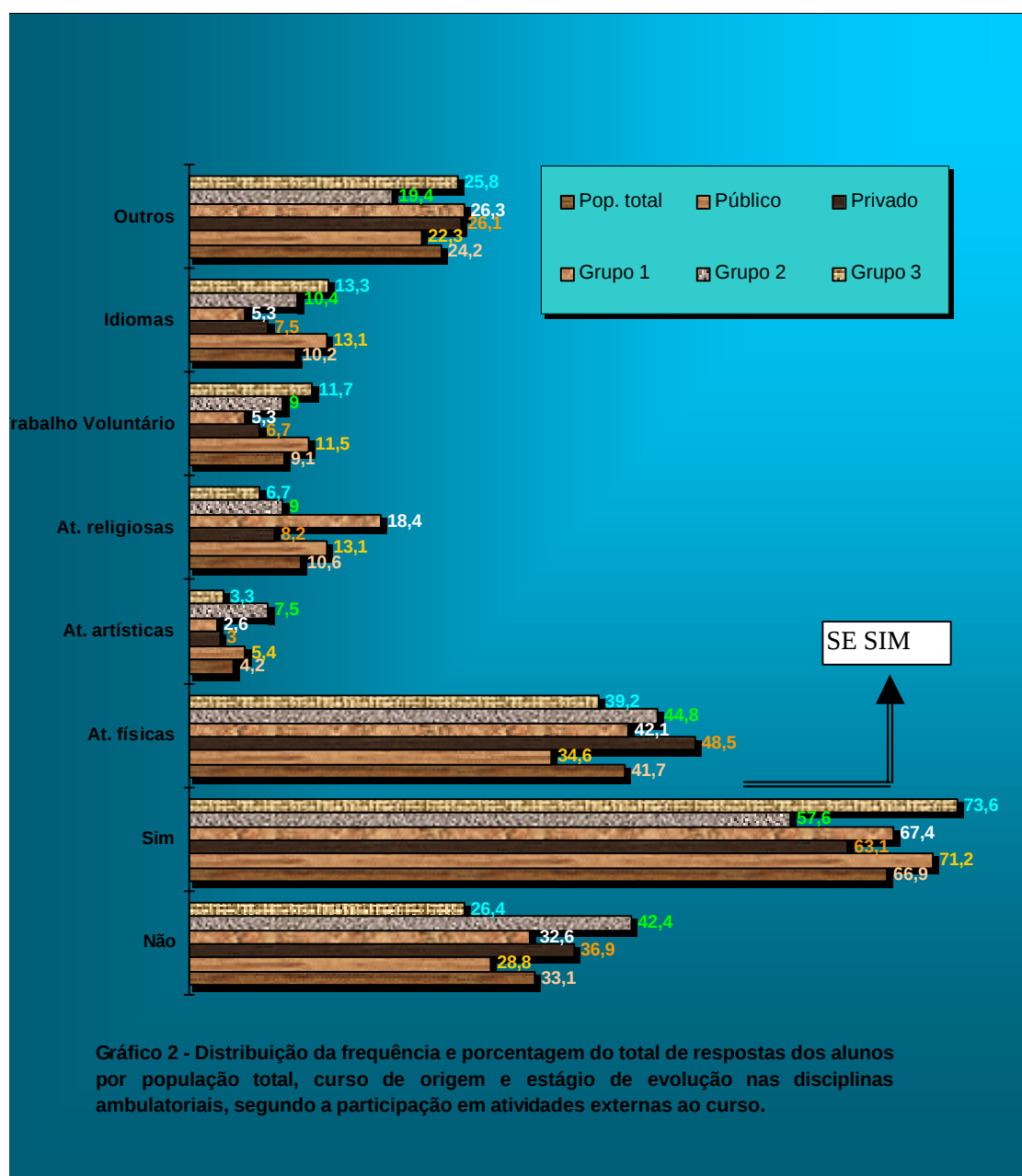
Gráfico 1 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo o motivo de escolha do curso.

Analisando essa mesma variável com egressos da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, Bastos e outros (2003, p. 284) descrevem que 24,5% dos respondentes escolheram a profissão por afinidade, não existindo, entretanto, uma clareza sobre a resposta (afinidade com o que?). A segunda resposta mais freqüente foi o fato da Odontologia ser uma profissão da área de saúde (15,3%). O resultado foi bem inferior ao que eu obtive nesse trabalho (81,3%). Ser um profissional autônomo representou 11% das respostas, dado próximo ao alcançado nesse trabalho (9,9%).

Já Costa e outros (1999, p. 41), analisando as expectativas que uma amostra de 152 alunos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP tem sobre a profissão e o mercado de trabalho, verificaram uma elevada proporção de respostas dos alunos (46,1%) que escolheram a Odontologia por ser esta uma profissão liberal. Outras razões citadas pela autora foram: ser útil à sociedade (28,3%), por vocação (27,6%), ascensão econômica (8,6%), influência da família (5,3%) e prestígio social (1,97%).

Pelo fato dos alunos terem atividades curriculares em ambos os turnos (matutino e vespertino) vários dias na semana e a exigência contemporânea de se formar profissionais flexíveis, com um portfólio de competências mais diversificado, busquei verificar se os alunos exercem atividades regulares externas ao curso tendo em vista o desenvolvimento de novas habilidades (comunicação, relações interpessoais, estudo de idiomas, entre outros). Em caso afirmativo, busquei registrar quais eram essas atividades.

Os resultados do gráfico 2 revelam que os alunos, em sua maioria (66,9%), exercem atividades externas ao curso, sendo que os alunos do curso Pb apresentam uma proporção um pouco maior (71,2%) do que os alunos do curso Pv (69,1%).



Quando os três grupos são comparados, os alunos do G3 (concluintes) revelam uma maior participação nessas atividades (73,6%), seguidos do G1 (69,4%) e G2 (57,6%). Os alunos do sub-grupo PbG3 (APÊNDICE F) são os que apresentam a maior proporção de participação nessas atividades (77,8%) e o PvG2, a menor participação (56,1%).

É possível que essas diferenças ocorram porque os alunos concluintes têm uma menor carga de conteúdos teóricos e avaliações teóricas, fazendo com que eles se sintam mais livres para exercerem atividades externas. Dentre as atividades registradas (físicas, artísticas, religiosas, trabalhos voluntários, idiomas, entre outros), a mais freqüente foi atividade física (41,7%), sendo a proporção desta maior no curso Pv (48,5%) do que no curso Pb (34,6%). Além destas, as mais freqüentes foram: atividades religiosas (10,6%) e cursos de idiomas (10,2%). O sub-grupo PbG3 (28,6%) representa os alunos que menos exercem atividades físicas e o PvG3 (50,9%) os que mais exercem essas atividades (APÊNDICE F). Em relação às atividades religiosas e os cursos de idiomas, os alunos do curso Pb apresentam uma maior proporção de participação (13,1% em ambos os casos) quando comparados aos alunos do curso Pv (8,2% e 7,5%, respectivamente).

A sociedade brasileira, em tempos de globalização, tem suscitado uma maior necessidade do aprendizado de um segundo idioma. Desse modo, o artigo 4º (III) das DCNs do Curso de graduação em Odontologia (Brasil, 2002, p. 1) recomenda que o aluno desenvolva “o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira”, tanto para melhorar a sua habilidade comunicativa, como para possibilitar o maior acesso ao conhecimento técnico-científico. Por isso, considero baixa a proporção de alunos que freqüentam cursos de idiomas, mesmo no curso público onde esta foi maior.

Uma aluna, ao se referir às deficiências do curso, trás a seguinte reflexão:

(...) temos uma sobrecarga de atividades, nos tirando oportunidades de realizar atividades extra-curriculares e não profissionais. Hoje me queixo de alienação, pois vivo apenas para a Odontologia (aluna do curso privado, nº 259, 22 anos, 10º semestre).

Durante a observação participante, uma outra aluna se interessa pelo resultado desta pesquisa e faz o seguinte comentário:

Eu fazia o curso de turismo paralelo ao curso de Odontologia, mas tive que deixar pela falta de tempo para estudar. Aqui o curso é muito pesado e eu acho que algumas disciplinas como prótese buco-maxilo-facial e implanto-dontia seriam dispensáveis e que os seus conteúdos poderiam ser diluídos em outras disciplinas, para a gente ter mais tempo para estudar e fazer outras atividades. Eu acho que essa carga faz o aluno de Odontologia ser bitolado, ate quando saem para um espaço de lazer só falam em Odontologia.

Eu gostava de fazer turismo porque lá os colegas falavam de tudo, política, economia, cultura. Lá eu ficava atualizada (aluna do curso privado, 10º semestre).

A Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC, de acordo com Carvalho (2001, p. 51-2), já havia acenado para essa questão quando concluíram que o modelo de ensino odontológico dá ênfase às especialidades que requerem alta tecnologia para a sua execução. Em algumas instituições, a falta de distinção de limites de conteúdos entre o que é necessário para o exercício da Odontologia como clínico geral e como especialista, gera uma saturação da grade curricular, com autênticos inchaços nos programas e nos créditos das disciplinas.

Esses depoimentos e essa conclusão da comissão revelam o que, de fato, considero um problema na formação profissional da área de saúde, uma vez que, segundo Grant (2002, p. 47), os estudantes utilizam a maior parte do tempo envolvidos com a tarefa de adquirir vocabulário da área médica e competências técnicas.

Penso que apenas essa referência de formação, associada à sobrecarga de atividades, limita o aluno no sentido de valorizar e se envolver com atividades que os ajudariam a desenvolver outras dimensões importantes, não só para a sua vida profissional, mas também para o seu crescimento pessoal, como por exemplo: o senso crítico, a criatividade, a sensibilidade, a cultura, a responsabilidade social, dentre outras.

A formação centrada apenas nos referenciais técnico-científicos tende a ser conservada ao longo da vida dos profissionais de saúde, não só pela elevada carga horária de trabalho, envolvendo, geralmente, atividades técnicas; mas também pelo aumento acelerado de novos conhecimentos e novas tecnologias incorporadas à prática profissional e cujo acesso é considerado como um forte mecanismo concorrencial no mercado de trabalho, impondo aos profissionais a necessidade de uma educação continuada centrada nos mesmos referenciais.

6.2.2 Percepção sobre a formação profissional no curso de graduação

Guardando uma relação muito próxima com a análise anterior, busquei identificar quais as disciplinas e os temas estudados no curso que tenham despertado maior interesse nos alunos (GRÁFICO 3). Pedi que eles selecionassem seis disciplinas e seis temas de maior interesse que, em princípio, seriam analisados em ordem de prioridade, de acordo com o questionário (APÊNDICE B). Entretanto, pelo fato de vários alunos terem feito a observação de que não obedeceram a uma ordem hierárquica ao responder essa questão, decidi considerar os seis

itens sem hierarquizá-los.

As disciplinas e os temas registrados foram categorizados em quatro áreas: Básicas, Humanas, Saúde Coletiva e Clínica. Assim, os resultados apresentados no Gráfico 3 chamam a atenção para o elevado nível de interesse dos alunos por disciplinas e temas da área Clínica (74,8% e 74,4%, respectivamente) e o baixo nível de interesse pelas disciplinas e temas das áreas de Ciências Humanas (0,8%) e Saúde Coletiva (8,4%). O interesse por disciplinas e temas da área Clínica é similar em ambos os cursos (75,1% e 75% para o curso Pb e 74,5% e 74% para o curso Pv). Os alunos do curso público apresentam um nível maior de interesse pelas disciplinas e temas da área de Saúde Coletiva (10,0% e 9,1% respectivamente) em relação aos do curso privado (7,0% e 6,7%, respectivamente).

A diferença mais significativa ocorre quando a análise é feita por grupos. Nesse caso, fica evidenciado que quando eles estão em estágios mais avançados no curso, o interesse recai quase que exclusivamente sobre as disciplinas e temas da área Clínica (86,9% e 84,1% para o G2 e 90,6% e 88,9% para o G3, respectivamente).

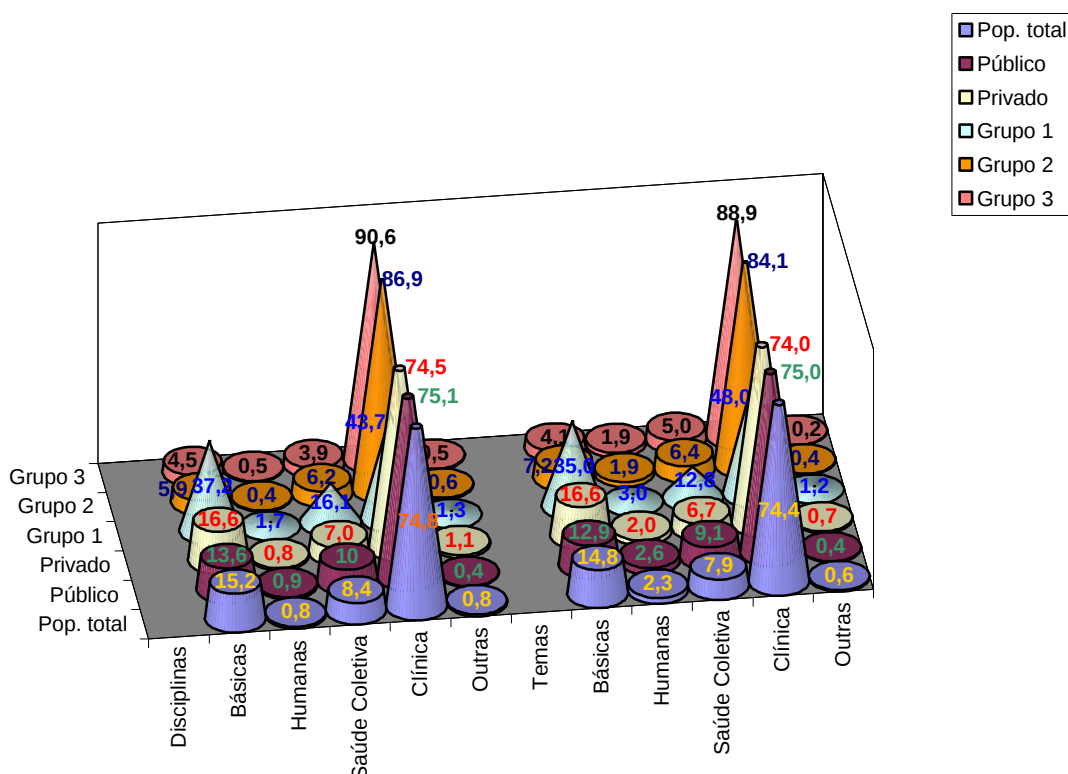


Gráfico 3 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as disciplinas e temas de maior interesse no curso

O G1 apresenta uma proporção mais baixa (43,7% e 48%, para disciplinas e temas da área clínica, respectivamente) porque, nessa fase, eles estão cursando a sua primeira disciplina clínica, de modo que é nesse grupo que ocorre o maior interesse por disciplinas e temas da área Básica (37,2% e 35,9%, respectivamente).

Mesmo sem terem cursado as disciplinas clínicas, os alunos dos sub-grupos PbG1 (APÊNDICE F) já tendem a demonstrar o seu interesse pelas disciplinas e temas dessa área (50,5% e 57,6%, respectivamente) mais do que os alunos do sub-grupo PvG1 (35,0% e 35,15%, respectivamente). Nesse último caso, o interesse foi mais direcionado para as disciplinas e temas da área Básica (47,9% e 49,3%, respectivamente). Este resultado pode estar indicando que os professores da área Básica do curso privado estejam conseguindo, de fato, despertar maior interesse dos alunos.

Obviamente que esses resultados, além de refletirem a própria organização curricular dos cursos, uma vez que estes apresentam uma maior proporção de disciplinas clínicas (52,2% no Pb e 51,7% no Pv) – condição necessária para uma boa formação técnica dos alunos – também refletem o que o currículo oculto⁸¹ vai inculcando nos alunos durante quase todo o processo de formação, ou seja, o foco da atenção, o valor que se atribui à “formação competente” está fundamentado no componente técnico-científico e todo conhecimento ou prática que esteja inserida fora desse contexto é considerado aprendizado marginal.

Com essa perspectiva, Grant (2002, p. 47) afirma que quase todas as grandes áreas como Direito, Ciências Sociais, entre outras, já desenvolveram um setor que toca a Medicina, entretanto, grande parte delas é percebida como desnecessária. A própria tentativa de introdução da Odontologia Preventiva nos anos 1960 por alguns setores das universidades sofreu muitas resistências, sendo reconhecida como uma proposta excêntrica (NARVAI, 1994, p. 40).

Do mesmo modo, ao se referir à introdução de conhecimentos das áreas de Psicologia, Antropologia e Sociologia no currículo mínimo dos cursos de Odontologia em 1982, Carvalho (2001, p. 19-20) chama a atenção para os questionamentos do corpo docente, os quais as consideravam como “perfumarias” ante as necessidades de formação técnica do aluno.

Atualmente, o que observo é uma aceitação que se manifesta como uma atitude “politicamente correta”, uma vez que as reformas educacionais mais recentes têm enfatizado esses saberes e a necessidade de incorporá-los no currículo têm sido cada vez mais divulgada no

⁸¹ É um conceito usado para descrever as coisas muitas vezes não expressas e não reconhecidas que se ensinam a estudantes nas escolas. Difere do currículo divulgado que define o que se espera que eles estudem e aprendam. (JOHNSON, Allan. **Dicionário de Sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Trad por Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 300p. ISBN: 85-7110-393-3).

interior dos cursos. Tal necessidade tem sido reforçada pelas políticas públicas de saúde bucal, pela crise do mercado e pela compreensão mais recente do processo saúde-doença bucal, conforme discutido no capítulo de problematização nesse trabalho. A despeito disso, existe um currículo oculto que permeia a formação do aluno, reforçando, na maioria deles, o pouco caso com esses saberes. A manifestação transcrita abaixo evidencia essa afirmação:

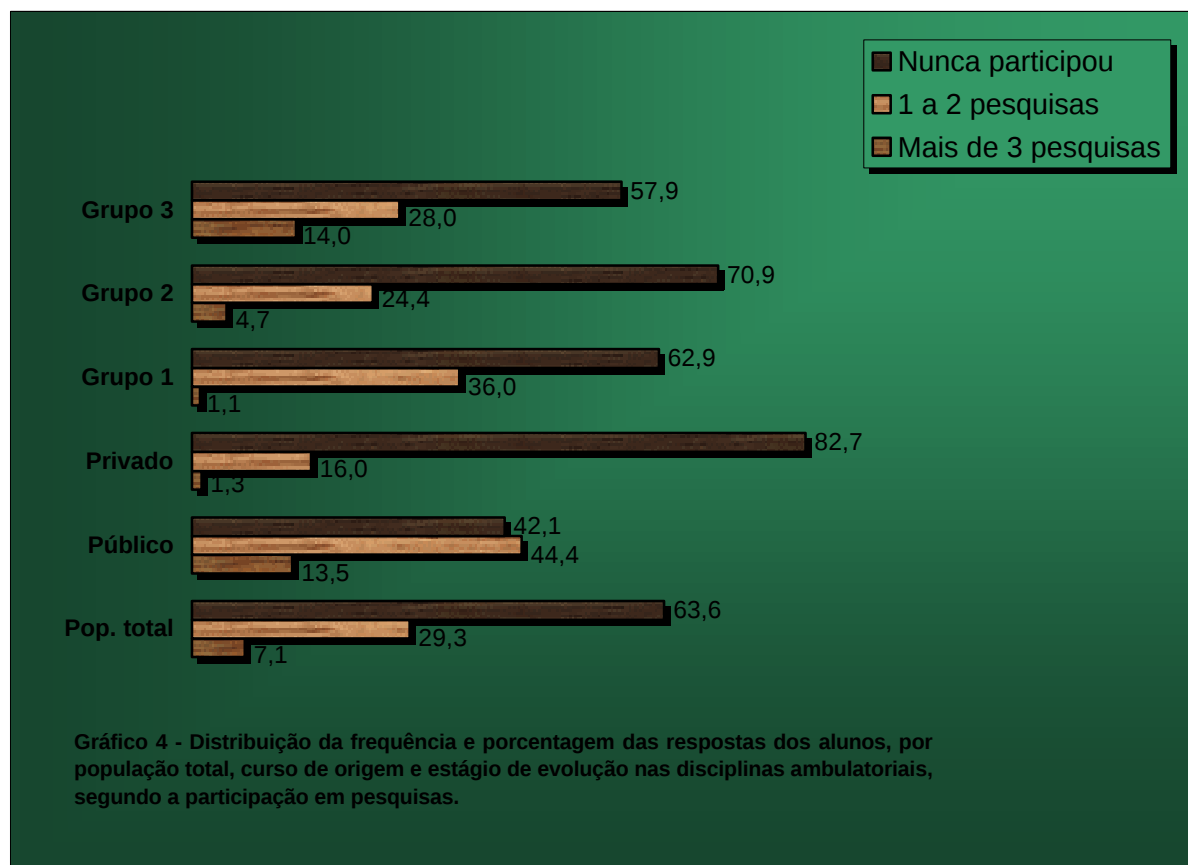
Uma grande deficiência que eu acho é, por exemplo, termos apenas uma matéria de clínica, de dentística, endodontia e periodontia e ter quatro matérias de Saúde Coletiva (ISC, OSC I, II, III), com todo respeito a essas matérias, acho que seria muito mais produtivo termos mais uma dentística, periodontia e endodontia do que estas. Acho que contribuem muito mais para a minha formação porque afinal, no meu consultório, eu vou fazer canal, restauração e cirurgia periodontal e não ficar debatendo sobre SUS. Acho que as matérias de saúde coletiva são mais importantes para quem vai ser ministro da saúde ou coordenador do setor saúde de alguma cidade. Acredito que seja minoria (aluno do curso público, n° 28, 24 anos, 8° semestre).

Os resultados dessa questão e a manifestação acima confirmam o que grande parte dos professores das áreas de Ciências Humanas e Saúde Coletiva dos cursos de Odontologia vivenciam: uma luta diária e, muitas vezes, frustrante, no sentido de conseguirem despertar o interesse dos alunos para alcançarem um envolvimento e um aprendizado significativos quanto aos conhecimentos e às atitudes próprias dessas áreas.

As recomendações das DCNs dos cursos de Odontologia (Brasil, 1998, p. 1) apontam para a necessidade de formar dentistas, não apenas aptos a intervir diretamente na saúde bucal dos indivíduos com referencial técnico-científico, mas também estimular neles o desenvolvimento do interesse pela investigação científica e pelo trabalho em comunidades; desenvolvendo a habilidade comunicativa, a capacidade de liderança, e a habilidade em administração e gestão.

Dessa maneira, com as quatro questões analisadas a seguir, busquei compreender qual a percepção dos alunos acerca da sua formação, considerando os aspectos referidos.

Em relação à participação em pesquisas, os resultados (GRÁFICO 4) evidenciam que é elevada a proporção de alunos que nunca participou de uma pesquisa (63,6%). Dentre os que participaram (36,4%), a maioria (29,3%) se envolveu, no máximo, em duas pesquisas, sendo que os alunos do curso público apresentam proporções maiores de participação (57,9%) quando comparados aos do curso privado (17,3%). Esse dado é significativo do ponto de vista do perfil do aluno, uma vez que esse tipo de experiência pode possibilitar o desenvolvimento de uma maior autonomia na busca do conhecimento, além de despertar o senso crítico e o gosto pela investigação científica.



A análise por grupo esclarece que os alunos dos grupos 1 e 3 respondem pela maior participação (37,1% e 42%, respectivamente). Os alunos do sub-grupo PbG3 mostraram a maior proporção de participação em pesquisa (64,8%) e os do sub-grupo PvG1 a menor proporção (12,8%).

Quanto à percepção das habilidades mais estimuladas no curso (gráfico 5), apenas 20,9% dos alunos acreditam haver um equilíbrio entre a formação técnico-científica (I), o senso crítico e a criatividade (II) e a habilidade em gestão, comunicação e atuação em equipes multiprofissionais (III). Essa compreensão é comum para ambos os cursos e apresenta pequenas diferenças quando os grupos 1, 2 e 3 são comparados.

Contraditoriamente, foi baixa a proporção de alunos de todos os grupos e sub-grupos que consideram que os cursos, embora estimulem todas as dimensões, enfatizam a I. A contradição é percebida quando o resultado é confrontado com outras questões cujas respostas apontam para o destaque dessa dimensão, conforme analisado nos gráficos 3 e 12.

O estímulo a todas as dimensões, com ênfase na II, é reconhecido como a referência de formação do curso para 24,4% dos alunos, sendo a maior proporção encontrada no curso público (30,1%) e no G1, independente do curso (27%).

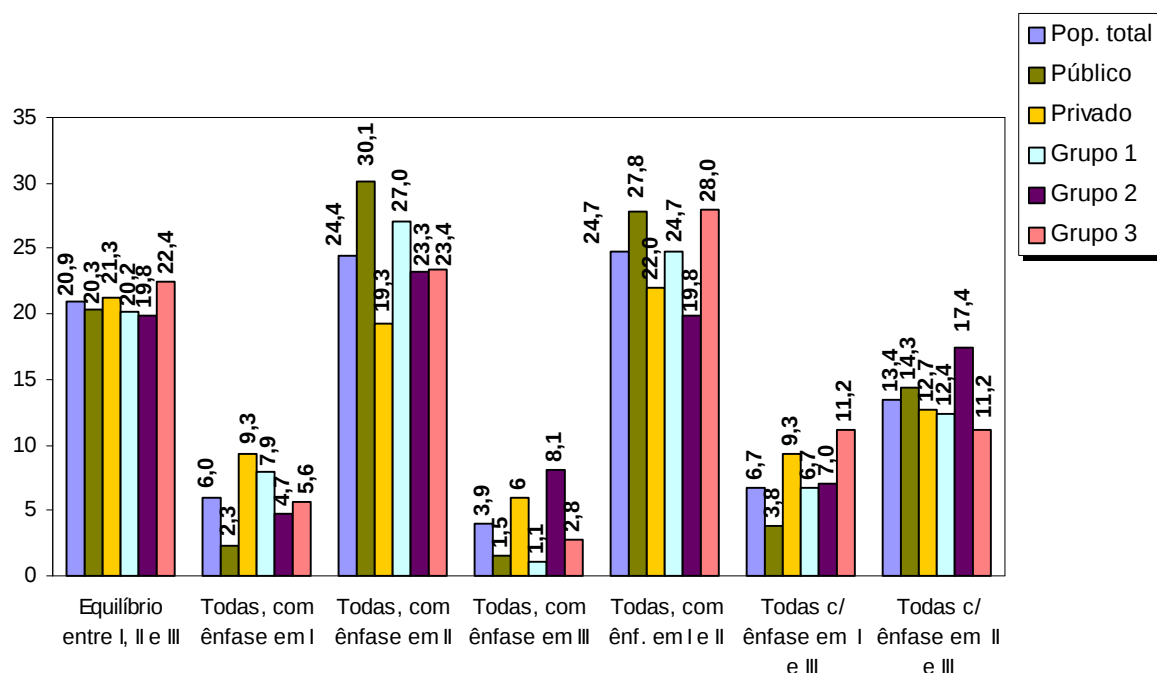


Gráfico 5 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção das habilidades mais estimuladas no curso.

Ao analisar as diferentes composições das respostas, fica evidenciado que as duas primeiras dimensões são as que recebem a maior ênfase nos cursos, haja vista que a dimensão III, isoladamente ou pareada com as demais, revela quase sempre as mais baixas proporções de respostas. Esse resultado está de acordo com as respostas do gráfico 3, uma vez que essas dimensões são mais trabalhadas nas disciplinas das áreas de Ciências Humanas e Saúde Bucal Coletiva, as quais despertam menos interesse dos alunos.

Quando os alunos foram questionados acerca da importância que eles atribuem às práticas em espaços sociais, o gráfico 6 demonstra que eles, em ambos os cursos e nos três grupos, valorizam esse tipo de prática, de modo que apenas 3,6% deles as consideram pouco importantes na formação.

Mais da metade dos alunos (56,9%) considera que tais práticas são ricas e importantes na formação e em número suficiente no curso. Enquanto 39,5% acham que elas são importantes e em número insuficiente. A análise por curso mostra que no privado os alunos tendem a considerar que essas práticas ocorrem em número suficiente (67,6%) quando comparado aos alunos do curso público (45,1%). Quando a comparação foi feita entre os grupos a tendência foi maior no grupo 3 (62,6%), provavelmente porque eles já cursaram ou estão concluindo

todas as disciplinas que envolvem práticas sociais.

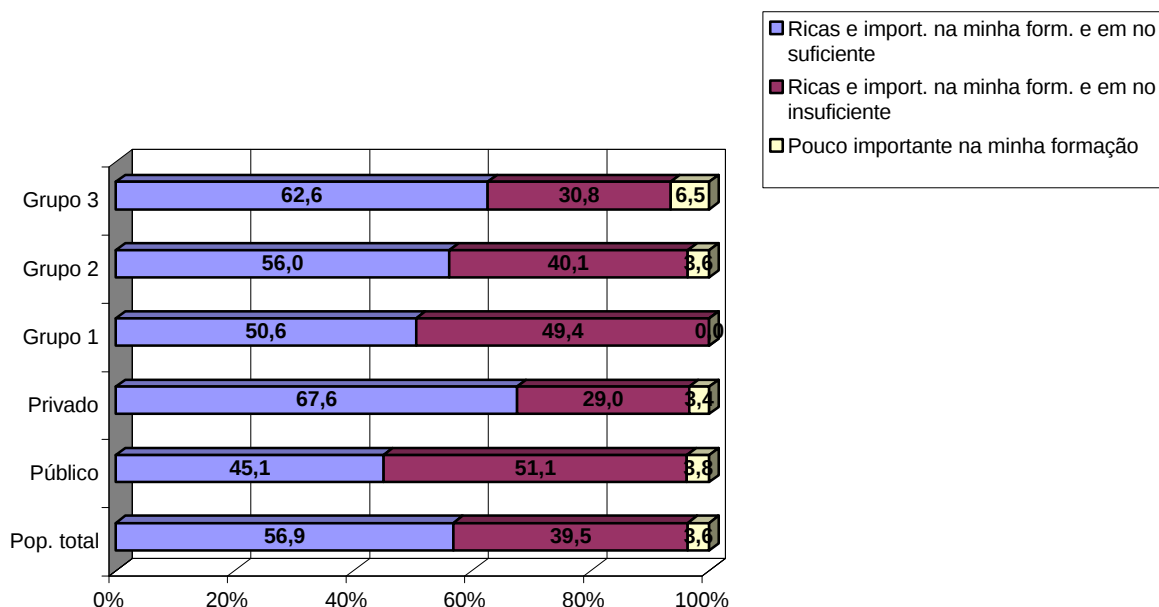


Gráfico 6 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a importância atribuída às práticas em espaços sociais

De acordo com o apêndice F, o sub-grupo PvG3 foi o que mais considerou essas práticas em número suficiente (71,7%), enquanto o PbG2 foi o que apresentou a mais baixa proporção (31,0%). Embora eu não tenha a informação exata da quantidade de práticas dessa natureza que cada curso desenvolve, suponho, com base nos programas das disciplinas, que a diferença não seja tão grande.

Com base nessa suposição e na observação de que uma maior proporção dos alunos do curso público (51,1%) consideram essas práticas insuficientes quando comparados aos alunos do curso privado (29%), é possível inferir que os alunos do curso público valorizam-nas mais, desejando realizá-las com maior frequência. Essa interpretação pode ser reforçada pelas críticas que alguns alunos do curso privado fazem quando expressam uma referência elitista da formação:

Acredito que conhecemos pouco da realidade fora da Universidade [...], onde utilizamos todos os procedimentos com isolamento absoluto, resina fotopolimerizável etc. (aluna do curso privado, 23 anos, 7º semestre - 137).

[...] curso muito elitista (aluno do curso privado, 33 anos, 10º semestre - 278).

Acho que o curso poderia ter um maior enfoque nos tratamentos que estão mais de acordo com a realidade da população (aluna do curso privado, idade não informada, 7º semestre - 145).

Demonstrar a verdadeira realidade para futuros profissionais que vai atender em postos de saúde pública (aluno do curso privado, 22 anos, 7º semestre - 150).

Não temos visão de ser generalistas, conhecemos pouco a realidade fora da faculdade, não aprendemos a ter praticidade, a realidade acadêmica não condiz com a realidade depois (aluna do curso privado, 28 anos, 10º semestre - 282).

A faculdade apresenta a Odontologia muito "utópica", sendo difícil de pô-la em prática nos consultórios (aluna do curso privado, 23 anos, 10º semestre - 275).

Ainda que alguns alunos manifestem essas críticas, elas revelam uma formação que, de fato, tem conduzido a maioria dos alunos a não vislumbrar a necessidade de vivenciar essas práticas com mais intensidade, visto que elas são percebidas como atividades ou aprendizados inferiores dentro da hierarquia de valores construídos no processo de formação.

Os depoimentos dos alunos confirmam as conclusões da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC (CARVALHO, 2001, p. 51-2), quando esta sugere que, ao longo dos últimos anos, os cursos não foram muito alterados, embora algumas faculdades tenham elaborado currículos diferenciados e que o discurso preventivo convive com uma prática controversa desde um certo elitismo no currículo e na formação, até a falta de soluções objetivas para o recém-formado que vai atuar em centros menos sofisticados.

Isso é lamentável uma vez que os profissionais ao ingressarem no serviço público se defrontam com inúmeras dificuldades como aquelas detectadas por Unfer (2000, p. 134), ao entrevistar dentistas trabalhadores do setor. Com base nessas dificuldades, os profissionais relatam que não se sentem preparados para os desafios que enfrentam no serviço, sentindo-se incapazes de atuar diante de uma realidade totalmente diversa de sua formação e sem preparo para abordarem alternativamente as situações que encontram (p. 138). Portanto, sugerem que haja um preparo na faculdade para o enfrentamento da realidade das condições de trabalho do serviço público.

Conforme relata a autora (p. 166), as principais deficiências em nível de graduação, se referem ao distanciamento entre o ensino e a realidade social, econômica e cultural da população, indicando que o processo educativo é concentrado em atividades clínicas e conduzidas, em sua maioria, nos espaços intramurais, sendo necessário que as universidades saiam do seu enclausuramento e realizem atividades de ensino-aprendizagem nos espaços do sistema de

saúde.

Outra questão levantada nesse bloco de análise, foi a percepção dos alunos acerca das deficiências observadas no curso. As respostas abertas foram categorizadas de acordo com o gráfico 7, possibilitando mais de uma resposta por aluno. Com base nos resultados, 68,9% dos alunos consideram que os cursos apresentam deficiências, sendo que no curso público a proporção de respostas afirmativas foi maior (91%) do que no curso privado (49,3%).

Não houve diferença significativa nas respostas quando a análise foi feita por grupo. Para os alunos que responderam positivamente, as deficiências mais frequentes foram as de ordem pedagógica (32,3%) e as de instalações e recursos materiais (29,4%). Ambos os cursos apresentaram quase a mesma proporção de respostas para as deficiências pedagógicas.

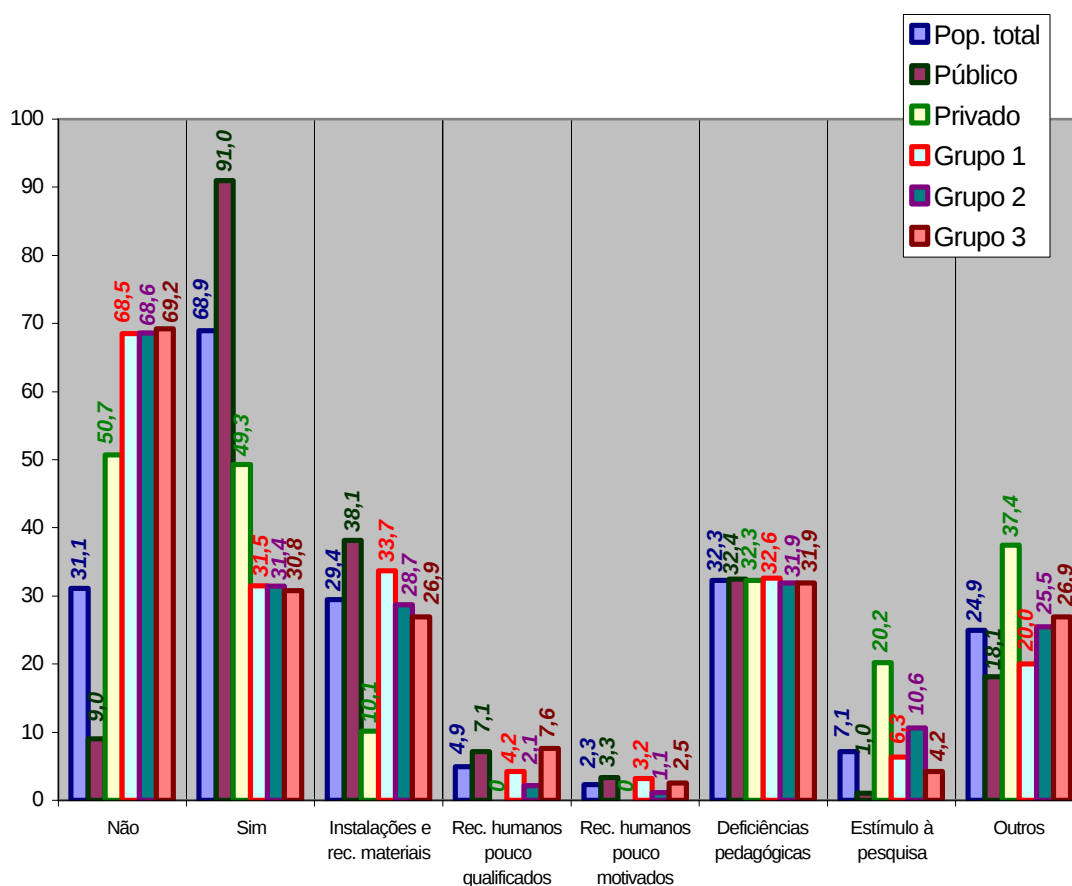


Gráfico 7 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre as deficiências do curso.

A diferença entre os cursos se evidencia: primeiro, quando são comparadas as deficiências de instalações e recursos materiais (38,1% - Pb e 10,1% - Pv), evidentemente, um dos maiores problemas das instituições públicas do país; segundo, o estímulo à pesquisa que é uma deficiência basicamente reconhecida pelos alunos do curso privado (20,2%). As manifestações transcritas abaixo, ilustram esses resultados:

Deficiência na estrutura física, laboratórios; deficiência de alguns professores que não passam o assunto de forma adequada; necessidade de alguns professores olharem os alunos com mais respeito, com uma visão como pessoas, seres humanos e não apenas como indivíduo que tem que aprender técnicas (aluna do curso público, nº 66, idade não informada, 4º semestre).

Não existe incentivo nem divulgação, por parte dos professores, de projetos de pesquisa e extensão (aluna do curso privado, nº 201, 19 anos, 4º semestre).

Do total de respostas do curso público, 10,4% se refere aos recursos humanos pouco qualificados e pouco motivados. O destaque à qualificação pode estar relacionado ao elevado número de professores com contratos temporários, muitos deles recém-formados ou sem experiência docente. Condição esta, que vem sendo debatida nas instituições públicas, entre outras razões, porque no momento em que aqueles professores começam a adquirir um pouco de experiência, expiram os seus contratos; determinando uma renovação freqüente no quadro de professores, que, como evidenciado na caracterização do curso público, representavam mais de um terço do total de docentes no semestre de coleta dos dados.

6.2.3 Campo de trabalho e perspectiva profissional

A seguir analisarei os resultados de um bloco de questões, mediante as quais busquei compreender como os alunos percebem o campo de trabalho odontológico e quais as suas perspectivas de inserção. A percepção sobre o campo de trabalho foi registrada com base em respostas abertas e categorizadas de acordo com o gráfico 8.

Os resultados indicam que os alunos, em sua maioria (72%), reconhecem que o campo de trabalho é ruim, evidenciando uma diferença pequena quando os alunos de ambos os cursos são comparados a partir dessa perspectiva (73,6 – Pb e 70,6% - Pv). O G2 é o que mais percebe o campo como ruim (76%). Dos alunos que percebem o campo como ruim, muitos expressam que, a despeito disso, o sucesso depende de uma melhor qualificação profissional (26,2%). Entre os que consideram o campo de trabalho bom (21,1%), alguns justificam que é bom, a depender da qualificação do profissional, outros expressam que é bom apenas em al-

guns setores (ex.: público) ou a depender do local onde se vai trabalhar (interior, periferia). Ou seja, um número relativamente alto de respostas dos alunos (33%) evidencia que apenas investindo em uma boa qualificação se garante sucesso no mercado de trabalho.

Os alunos concluintes do curso privado (PvG3) expressam mais essa dificuldade do campo de trabalho (73,1%) do que os concluintes do curso público (62,2%).

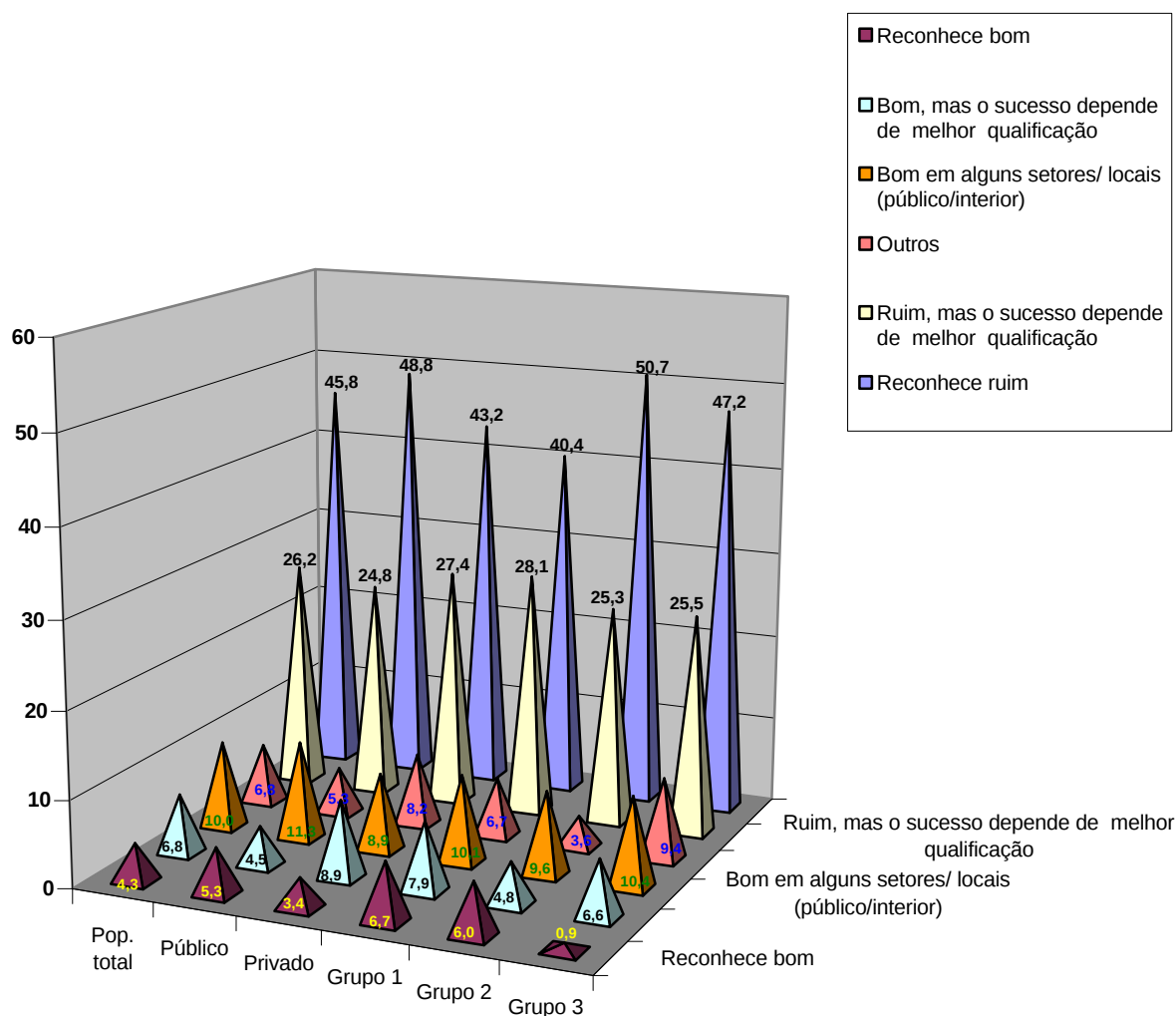


Gráfico 8- Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção sobre o campo de trabalho para o dentista.

Estas são algumas manifestações dos alunos, ao refletirem sobre a questão:

O campo de trabalho está duro; os planos odontológicos tomaram conta do mercado praticando preços aviltantes e vexatórios. Existem muitos CDs no mercado, quase todos nas grandes capitais submetendo-se às políticas dos planos (aluno do curso público, n° 22, 22 anos, 7° semestre).

Existe um bom campo de trabalho para aquele cirurgião-dentista capacitado e que procura sempre atualizar seus conhecimentos e acompanhar as evoluções que acontecem nesta área (aluna do curso privado, nº 210, 19 anos, 4º semestre).

Está cada vez mais saturado, porém, o que abrirá as portas para o CD é a especialização, a constante atualização de seus conhecimentos (aluna do curso privado, 19 anos, nº 221, 4º semestre).

Ainda tem um grande campo. É necessário descentralizar, buscar trabalho em locais mais afastados que necessitam de dentistas (aluna do curso privado, nº 260, 22 anos, 10º semestre).

Acho o mercado de trabalho muito saturado, a saída para muitos tem sido o interior do estado e o PSF (aluna do curso público, nº 97, 24 anos, 9º semestre).

Numa interpretação qualitativa da maioria das respostas fica bem claro que os alunos têm discutido as questões relativas ao campo de trabalho odontológico durante a formação. As explicações manifestadas por eles, relativas às dificuldades existentes e às possibilidades de encontrarem saídas para os desafios do trabalho odontológico, retratam um saber acumulado nesse campo de conhecimento.

Quando os alunos são questionados acerca dos seus planos profissionais a curto, médio e longo prazo, a grande maioria deu mais de uma resposta, de maneira que procedi dois tipos de descrição dos resultados: no gráfico 9, cuja consolidação é baseada no total de respostas e no gráfico 10 a consolidação é feita por aluno.

No gráfico 9 fica evidenciado que, em curto prazo, a alta proporção de respostas pessoais (ser feliz, se realizar profissionalmente, trabalhar, ter emprego fixo, ganhar experiência, entre outras) revela, possivelmente, as dificuldades que eles já sabem que vão encontrar no início da carreira. Nesse aspecto, a diferença entre os cursos é baixa (26,4% - Pb e 28,7% - PV) e quando a comparação é feita entre os três grupos, os alunos do G2 e G3 focam mais os seus planos.

Ao se expressarem mais especificamente, os planos que mais se destacam são: o desejo de fazer especialização/mestrado/doutorado (26,8%) e ir para o serviço público, destacadamente, o PSF (25,5%) e, em menor proporção, trabalhar como autônomo (11,2%) e em clínicas privadas, terceirizando a sua mão de obra (8,5%). Nesse caso, as diferenças foram baixas, tanto nas comparações entre os cursos, quanto entre os grupos. Koide e outros (2004, p. 21) afirmam que os recém-formados têm receio em abrir a sua própria clínica e estão incertos se conseguirão arcar com todos os encargos e despesas que possuirão. Em sua pesquisa, dos profissionais que tinham até dois anos de formados, 50% exerciam suas atividades clínicas

como empregados de outro profissional ou instituição.

Nos sub-grupos (APÊNDICE F), aquele que mais planeja ir para o serviço público/PSF é o PvG3 (29,4%) e o que menos planeja é o PbG1 (21,4%). Os alunos que mais planejam fazer pós-graduação em curto prazo são os do sub-grupo PbG2 (35,0%) e os que menos expressam essas intenções, são os dos sub-grupos PvG2 e PbG3 (23% e 23,1%, respectivamente).

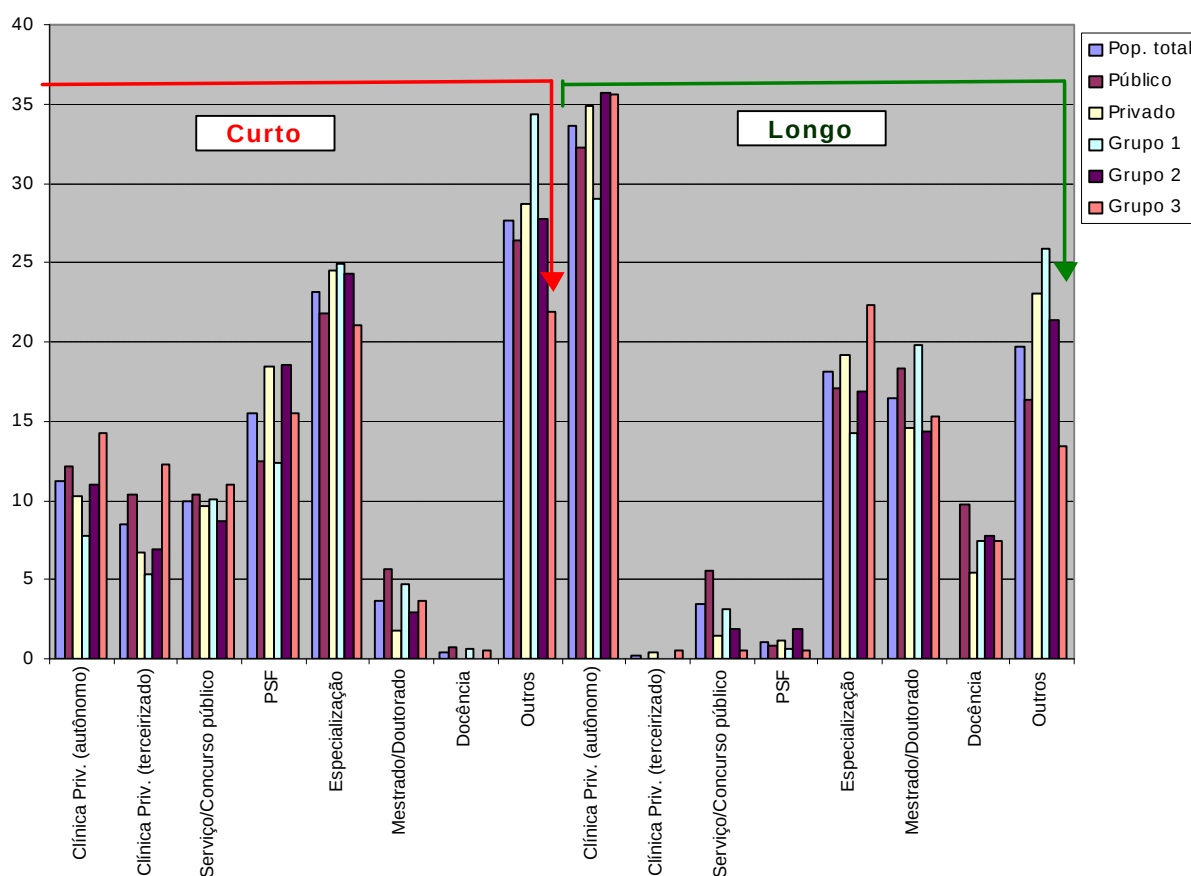


Gráfico 9 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo

Os planos profissionais em longo prazo sofrem importantes mudanças. Se antes os alunos quase não tinham planos de trabalhar como autônomos (11,2%), agora essa proporção de respostas aumenta para 33,6%. A médio e longo prazos, os planos de pós-graduação se mantêm, mas caem vertiginosamente os planos de ingresso no serviço público/PSF e de terceirização de sua mão de obra. A expectativa de “ascensão” é bem expressa no depoimento de uma aluna, que diz:

Curto: pós-graduação/especialização, participar de muitos cursos e congressos e tentar montar um consultório. Longo: consultório bem equipado com muitos pacientes e ganhando bem. (aluna do curso privado, n° 158, 22 anos, 7º semestre).

A valorização da especialização como possibilidade de melhorar o acesso ao setor privado e expectativa de migração do setor público para o setor privado, percebido como ascensão profissional, foi bem evidenciada neste estudo, quando os planos a curto e médio/longo prazos são analisados. Esta parece ser uma perspectiva que se mantém na vida profissional conforme observado por Chaves (2005), ao analisar os meios e processos de trabalho de cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia. Segundo a autora:

Há, na verdade, todo um movimento no sentido de migrar do sub-campo público para o sub-campo privado. Isso corresponde a idéia de progresso profissional, de qualificação constante através do acesso a especializações ou atualizações, idéia hegemônica na área odontológica que o prepararia para estar apto à livre concorrência no mundo do trabalho, marcado pela alta competitividade e baixa demanda na prática liberal (CHAVES, 2005, p. 107).

Para Chaves (2002, p. 108), as dificuldades de ingresso no mercado privado têm evidenciado o trabalho no setor público como uma boa alternativa, ainda que provisória, como expresso nas narrativas de seus entrevistados. A mesma percepção é destacada nesse trabalho, conforme manifestações abaixo:

Curto: tentar atuar na área para guardar algum dinheiro, como, por exemplo, o PSF. Longo: tentar fazer uma especialização com o dinheiro do trabalho e posteriormente ter um consultório próprio (aluna do curso privado, 24 anos, 10º semestre - 280).

Curto: A princípio trabalhar em consultórios, PSF ou empresas de plano de saúde. Fazer uma especialização. Longo: Quando estiver mais estruturada financeiramente obter meu próprio consultório (aluna do curso público, n° 18, 22 anos, 7º semestre).

Tais manifestações evidenciam como os alunos vêem no PSF uma possibilidade de obtenção de recursos para viabilizar o investimento em uma especialização e/ou montagem do seu consultório próprio e não como uma possibilidade concreta de continuar com esse vínculo e desenvolver um trabalho comprometido socialmente. Entretanto, na prática, a sua concretização tem sido adiada e isso foi evidenciado por Chaves (2005, p. 107), quando destaca que a permanência no setor público parece estar associada a uma maior segurança laboral, mais estável e previsível, apesar da renda menor do que aquela esperada no setor privado.

É interessante fazer um esforço de interpretação dessas duas últimas questões conjuntamente, uma vez que, a despeito dos alunos, em sua maioria, reconhecerem as dificuldades do campo de trabalho odontológico, eles “negam” os determinantes macroestruturais que deflagram e sustentam essas dificuldades, conforme discutido no capítulo de problematização.

Bastos e outros (2003, p. 286), ao questionar cirurgiões-dentistas sobre quais as dificuldades que eles vêm encontrando no exercício da profissão registraram as seguintes respostas: mercado de trabalho competitivo (35,7%); os pacientes não conseguem pagar o tratamento (17,3%); falta de ética e união da classe odontológica (14,3%); mercantilização e banalização da Odontologia (14,3%); e convênios e credenciamentos populares (13,3%).

A “negação” dessas dificuldades é evidenciada de duas formas nesse trabalho: primeiro, quando muitos deles acreditam que o sucesso só depende de uma boa qualificação e do esforço pessoal; segundo, quando, mesmo reconhecendo a falta de perspectivas no mercado odontológico, a maioria dos alunos (74,5%) desejam ser autônomos (gráfico 10).

Paixão (1979, p. 131), já havia detectado essa “tendência de negação” afirmando que os profissionais percebiam as características do trabalho sob o capital; sentiam que a sua força de trabalho era apropriada por terceiros, mas reagiam a essas condições. Percebiam o assalariamento, mas queriam ser liberais.

Assim, Guishi (2004, p. 21-22) registrou que 63% dos profissionais pesquisados trabalham como autônomos, entretanto, demonstrou uma tendência de queda nessa modalidade de trabalho quando verificou que a proporção de dentistas que adquiriram o seu consultório próprio foi maior no grupo de profissionais com mais de dez anos de formados do que entre os que tinham menos de dez anos de formados.

Chaves (2005) evidenciou que, mesmo vivenciando as dificuldades do sub-setor privado, os dentistas entrevistados vislumbram na especialização a possibilidade de ascensão econômica no setor. Tal negação pode ter uma forte relação com a conclusão da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da SESu/MEC (CARVALHO, 2001, p. 51-2), a qual afirma que, em geral, nota-se um currículo oculto que, contrariando a realidade e as tendências do mercado de trabalho, insiste apenas na imagem e na preparação do futuro cirurgião-dentista, como profissional liberal.

Quando a análise é feita por aluno, associando as aspirações a curto e médio/longo prazos (gráfico 10), os dados revelam que 74,5% dos alunos desejam trabalhar como autônomos e 74,8% planejam fazer uma especialização. Não existem diferenças significativas nessa análise quando a comparação é feita entre os cursos e os grupos.

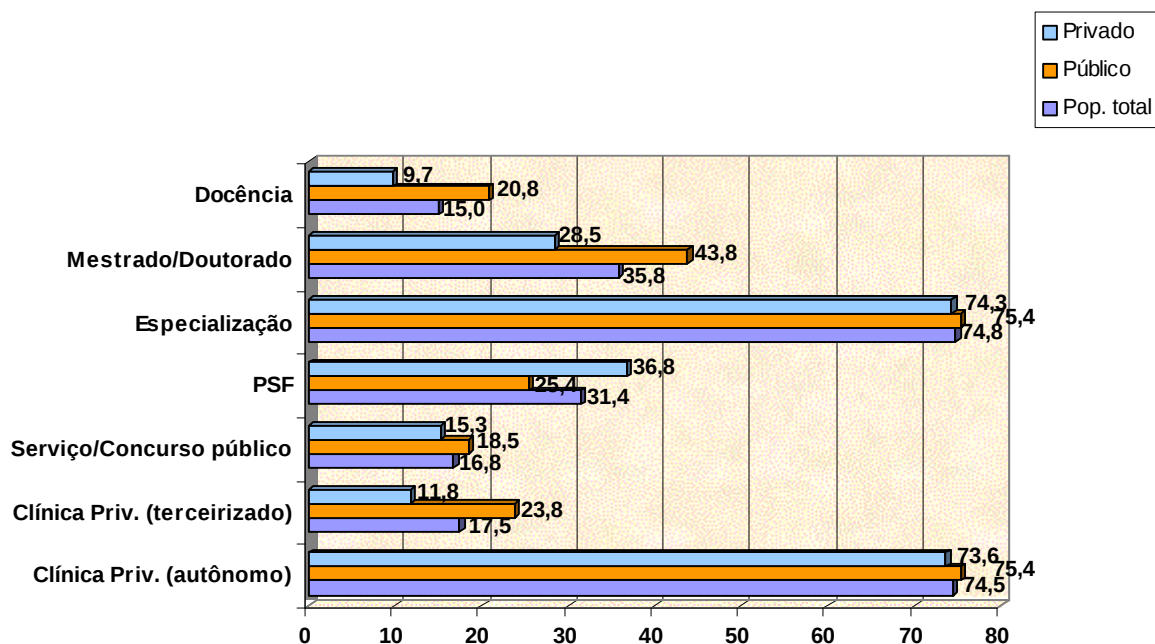


Gráfico 10 - Distribuição da frequência e porcentagem de alunos (n = 274), por população total e curso de origem (Pb: n-130 / Pv: n-144), de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo.

A tendência de valorização da especialização pode ser observada quando os dados são comparados aos resultados de Paixão (1979, p. 25), que registrou uma proporção de apenas 4% dos profissionais com o título de especialista e os resultados obtidos por outros autores: Costa e outros (1999, p. 42), analisando uma amostra de alunos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), registraram que 47% dos alunos desejam fazer uma especialização e, dentre os profissionais participantes (formados entre 1960 e 1997) do trabalho de Guishi (2004, p. 22), 44% já cursaram especializações.

No estudo desenvolvido pelo CROMG (2000, p. 11), com uma amostra representativa dos dentistas de Minas Gerais, 22,7% dos dentistas cursaram uma especialização. Enquanto na amostra nacional, 42% dos dentistas têm o título de especialista dentre os 57,3% que cursaram uma pós-graduação (INBRAPE, 2003).

Bastos e outros (2003, p. 284), ao desenvolverem um trabalho com dentistas graduados entre 1996 e 2000 da Faculdade de Odontologia de Bauru registraram que a maioria dos profissionais (69,4%) considerou indispensável cursarem uma pós-graduação, justificando essa necessidade com duas razões principais: tendência do mercado e aperfeiçoamento técnico-científico. Assim, 66,3% dos profissionais cursaram ou estavam cursando uma pós-graduação, sendo 52,3% em nível de aperfeiçoamento e especialização; 47,7% em nível de

mestrado e 7,7% em nível de doutorado.

Uma diferença importante nos planos profissionais dos alunos dos dois cursos é a perspectiva de ingresso na carreira docente, ou seja, 20,8% dos alunos do curso público revelam esse desejo. Já no curso privado ele é expresso por apenas 9,7% dos alunos (gráfico 10). Os planos dos alunos são reforçados quando os do curso público informam que planejam cursar mestrado ou doutorado em maior proporção do que os alunos do curso privado (43,8% e 28,5%, respectivamente) e quando se destacam por uma maior participação em pesquisa (GRÁFICO 4).

Essa perspectiva de acesso à carreira docente por uma proporção relativamente alta de alunos parece ser uma tendência mais recente. Provavelmente isso tem sido motivado por ser esta mais uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho, em virtude do aumento do número de cursos nos últimos anos.

Ainda com relação aos planos profissionais, os alunos foram questionados acerca de quais mecanismos concorrenciais eles pretendem investir para se tornarem profissionais competitivos. As respostas foram fechadas e os mecanismos foram definidos com base em Zanetti (2004b). A análise foi feita tendo como referência os principais mecanismos selecionados pelos alunos. Como apenas dois deles se destacaram, correspondendo a mais de 85 % das respostas, as demais opções foram agrupadas em um único item (outros).

Assim, o gráfico 11 mostra que o aperfeiçoamento técnico-científico é destacado como o principal mecanismo concorrencial (73,7%). Esse resultado não é muito diferente quando os cursos são comparados (75,8% - Pb e 71,7% - Pv). Os alunos que se encontram em estágios mais avançados no curso tendem a valorizar mais esse mecanismo (60,8%, 75,9%, 81,6% para os grupos 1, 2 e 3, respectivamente). Uma tendência similar é também observada quando a análise é feita nos sub-grupos (APÊNDICE F). Nesse caso, apenas entre os sub-grupos PbG2 e PbG3 isso não ocorreu.

O outro principal mecanismo concorrencial que aparece destacado pelos alunos é a busca pelo estabelecimento de boas relações interpessoais. Essa escolha foi feita por 14,7% dos alunos, havendo uma pequena diferença entre os cursos, de modo que os alunos do curso privado reconhecem mais esse mecanismo como referência (12,5% - Pb e 16,7% - Pv). A análise por grupo revela um comportamento inverso ao anterior, ou seja, os alunos em estágio menos avançado no curso tendem a valorizar mais as relações interpessoais como principal mecanismo concorrencial (20,3%, 14,5% e 10,7% para os G1, G2 e G3, respectivamente).

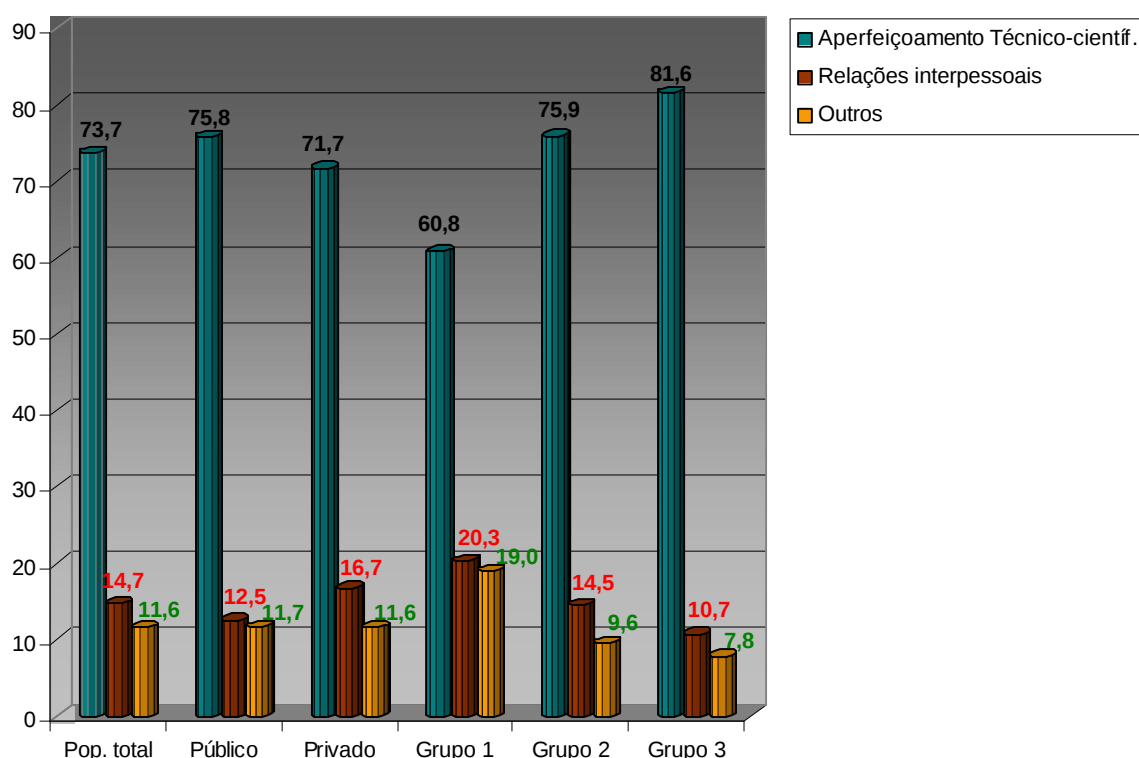


Gráfico 11 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a escolha do principal mecanismo concorrencial que eles pretendem investir para tornar-se um profissional competitivo.

Esses resultados confirmam a hegemonia da tecnociência na formação profissional, aspecto este, já discutido na análise do gráfico 3. Entretanto, o fato das relações interpessoais aparecerem como a segunda opção de primeiro mecanismo concorrencial diante de outros mecanismos atrativos para o mercado (instalações físicas do consultório, novas tecnologias e marketing); já nos acena para mudanças que possivelmente estão ocorrendo na formação dos alunos, uma vez que a “boa tradição” nas relações médico-paciente era orientada no sentido de manter um distanciamento, evitar conhecer os pacientes e não se “envolver” com os seus problemas emocionais e sociais.

Essa discussão já foi evidenciada no capítulo de Fundamentação Teórica quando foi feita uma reflexão sobre humanização no campo da saúde. Outra razão que provavelmente tem contribuído para fazer emergir as relações interpessoais como um mecanismo concorrencial importante é a necessidade de mobilização dessa habilidade no trabalho em equipe, seja na própria profissão, com colegas de diferentes especialidades, seja em atividades multiprofissionais.

Um dado que chama a atenção (APÊNDICE F) é o fato de nenhum aluno ter assinalado a flexibilização de honorários como principal mecanismo concorrencial, negando os problemas inerentes à remuneração profissional que têm sido evidenciados com muita frequência na atualidade, conforme análise que se segue.

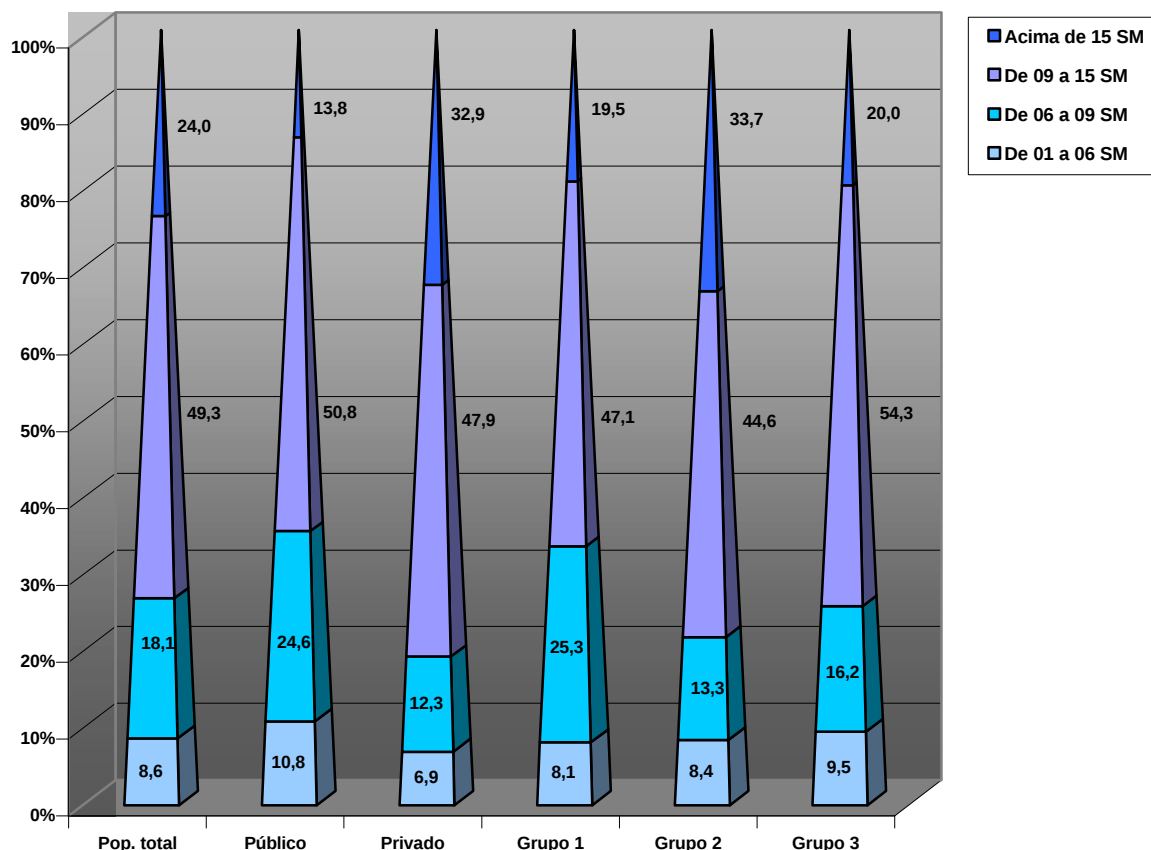


Gráfico 12 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as perspectivas de remuneração nos primeiros cinco anos de exercício profissional.

Sobre a perspectiva de remuneração mensal nos primeiros cinco anos de exercício profissional, os resultados (GRÁFICO 12) mostram que a maioria dos alunos (73,3%) espera receber acima de nove salários mínimos (R\$ 2.700,00). Para 24,0% dos alunos, a remuneração almejada está acima de quinze salários mínimos (R\$ 4.500,00). Ainda que eu considere essas expectativas justas, elas são irreais, sobretudo no início da carreira.

Isso foi constatado por Koide e outros (2004, p. 20) quando eles analisaram as atividades profissionais exercidas por professores e estagiários de uma Faculdade de Odontologia da USP e verificaram que entre os professores que exerciam atividades clínicas com mais de dez anos de graduados, 80,3% recebem acima de R\$2.500,00. Os autores chamam a atenção que isso ocorreu quando o mercado de trabalho ainda não apresentava a conjuntura atual, caracte-

rizada pelo excesso de dentistas. Afirmam, ainda, que a melhoria da renda dos professores (proveniente apenas da clínica privada) melhorou relativamente após cinco anos de graduados e, de forma mais consistente, após dez anos de graduados. Entre os profissionais recém-graduados (estagiários), 73,1% têm renda até R\$1.000,00, demonstrando a dificuldade do início da carreira.

Estes dados são confirmados pelo estudo desenvolvido pelo CROMG (2000, p. 14), no qual os menores extratos de renda concentram-se no grupo de profissionais com menos de cinco anos de exercício profissional, onde 79,8% percebem salários de até R\$1.500,00.

O estudo do INBRAPE (2003), com amostragem nacional, revela que 48,4% dos dentistas têm uma renda familiar informada que varia entre R\$1.001,00 e R\$3.600,00. Apenas 27,4% dos profissionais revelaram uma renda familiar acima de R\$5.201,00. Nesse caso, a informação é de renda familiar, o que pode significar uma outra fonte de renda associada, proveniente de outro membro da família, uma vez que, destes profissionais, a maioria é casada.

Gushi e outros (2004, p. 21), analisando profissionais formados no período de 1966 a 1997 pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba verificaram que 34% deles ganham até dez salários mínimos e 53% ganham acima de vinte e um salários mínimos. Vale ressaltar que a maioria dos profissionais (71,6%), neste estudo, tinha mais de dez anos de formada.

Confirmando as mudanças ocorridas nos últimos anos, Zanetti (2004b, p. 16) afirma que a drástica queda do preço unitário dos procedimentos odontológicos pode ser demonstrada com a implantação e vigência da Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos (TNCC), criada em 1987 e hoje denominada Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos (VRCC). Segundo esse autor, no início da sua vigência, os dentistas se negavam a adotá-la na cobrança dos seus honorários. Ao longo dos anos 1990, os dentistas começaram a praticar os preços sugeridos e, atualmente, a maior parte dos profissionais realiza descontos significativos sobre os valores de referência.

O estudo do INBRAPE (2003) não apresenta a mesma perspectiva de Zanetti, uma vez que foi registrada uma proporção de 39,2% dos profissionais que utilizam preços iguais ao da tabela e apenas 19,4% que praticam preços abaixo da tabela. Os demais profissionais, ou não a utilizam (26,8%) ou trabalham com valores acima da tabela (14,6%).

Com base nesses estudos, os alunos do curso público tendem a ter expectativa de remuneração mais realista do que os alunos do curso privado, ou seja, 35,4% dos alunos do curso público esperam receber até nove salários mínimos. Nesse patamar, apenas 19,2% dos alunos do curso privado têm expectativa de remuneração. A tendência se confirma quando 13,8%

dos alunos do curso público esperam uma remuneração acima de quinze salários mínimos, enquanto 32,9% dos alunos do curso privado têm essa expectativa.

A análise por grupo evidencia que os alunos do G2 são os que têm a maior expectativa salarial nos cinco primeiros anos de formados, ou seja, 78,3% deles esperam uma remuneração acima de nove salários mínimos. Os alunos do sub-grupo PvG2 são os menos realistas nesse sentido, visto que 40,7% deles esperam uma remuneração acima de quinze salários mínimos nos cinco primeiros anos de formados.

Quando me refiro ao ser mais realista é porque, de fato, as mudanças no campo de trabalho odontológico têm demonstrado uma tendência de redução na renda dos profissionais. Carvalho e Simone (2001, p. 37) afirmam que os custos do processo de trabalho são maiores, os pacientes são mais exigentes, as formas de pagamento mudaram, os valores dos procedimentos caíram e a concorrência exige que os dentistas estejam mais atentos às estratégias de marketing e à habilidade administrativa.

Além desses fatores, os planos de saúde odontológicos e as clínicas populares, febre dos anos 1990, conduziram ao barateamento do tratamento odontológico. Bastos e outros (2003, p. 286), confirmando tal tendência, registraram que 63,3% dos profissionais da sua pesquisa se sentem realizados profissionalmente, entretanto, 80,6% relataram insatisfação financeira, uma vez que a renda mensal (proveniente da clínica) informada pela maioria dos profissionais foi de R\$1.000,00.

6.2.4 Percepção ético-humanística da formação

Para tentar identificar como tem se configurado a dimensão ético-humanista na formação dos alunos busquei registrar as suas percepções acerca dos seguintes aspectos: as qualificações de um bom dentista; a relação paciente-profissional; a autopercepção sobre a habilidade relacional; o estímulo à dimensão ética no curso; o estímulo à autonomia dos pacientes; a noção de beneficência e a autopercepção do seu exercício; e o estímulo à dimensão humana no curso.

Nesse bloco de análise, a primeira questão foi como os alunos percebem a relação professor-aluno. Assim, os depoimentos transcritos a seguir revelam a importância que a figura do professor tem na formação dos alunos e de como as suas atitudes e exemplos podem ajudá-los a desenvolver as suas próprias atitudes na profissão.

O aluno tem no professor um exemplo e um guia para o ajudar em seu processo de desenvolvimento profissional. (aluno do curso privado, nº 209, 22 anos, 5º semestre).

Os professores são o nosso espelho, são aquelas pessoas que vemos no dia a dia e que buscamos ser iguais ou parecidos a eles no futuro (aluna do curso privado, nº 173, 30 anos, 7º semestre).

Por se tratar de uma questão aberta, as respostas possibilitaram uma categorização que contemplou as seguintes referências: pedagógica positiva, pedagógica negativa, ético-humanista positiva, ético-humanista negativa, entre outras. Muitos alunos evidenciaram mais de uma referência, portanto, a consolidação dos dados (GRÁFICO 13) foi por frequência de respostas.

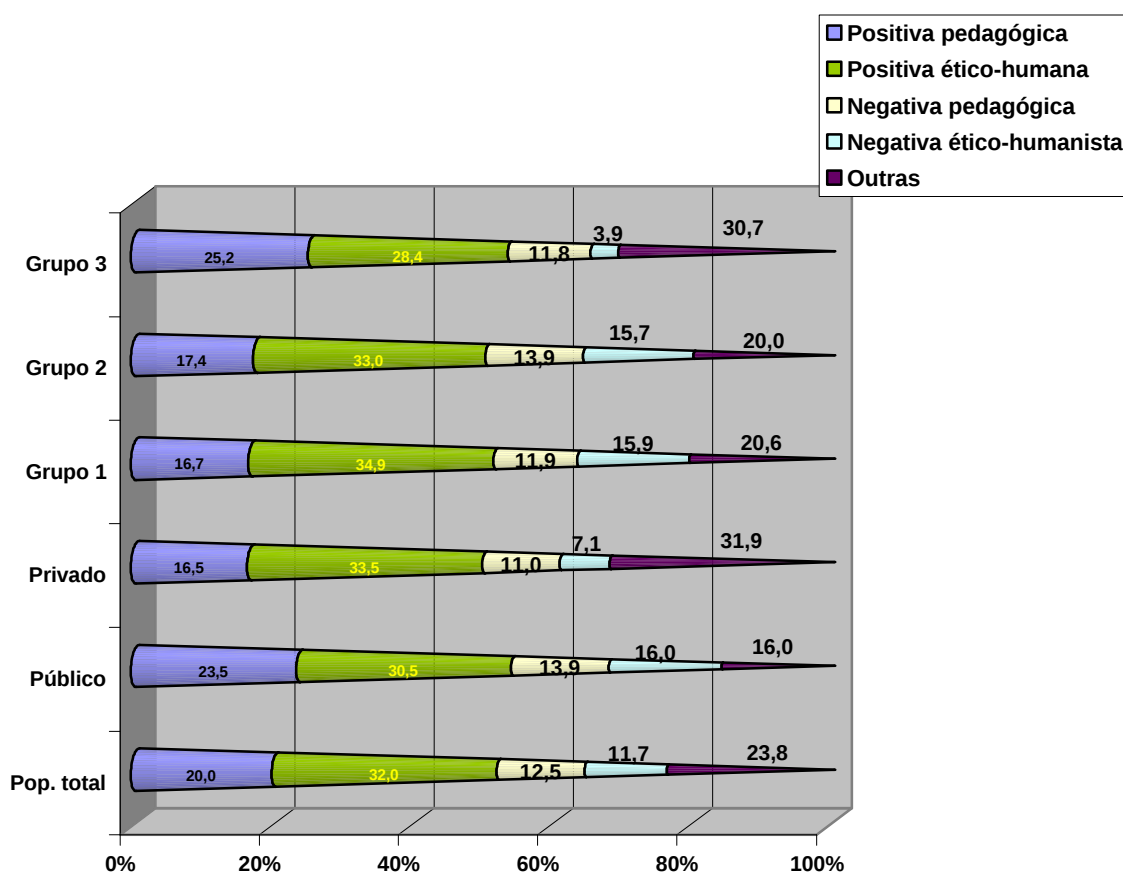


Gráfico 13 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação professor/aluno no curso

A relação professor-aluno é expressa, na maior parte das vezes, por qualificações positivas (compromisso, responsabilidade, construtiva, respeito, amizade, companheirismo, interesse, harmônica, de confiança, entre outras), embora apareçam também as qualificações negativas (distantes, transmissão de conteúdos, falta de flexibilidade, superioridade, grossura, professores donos da verdade, brutalidade, falta de respeito, fechados, autoritarismo, entre outras), mas estas últimas quase sempre estão relacionadas a alguns poucos ou raros professores.

Foi identificado que a maioria dos alunos (52%) atribui qualificações positivas à relação, seja destacando a dimensão pedagógica (20%) ou a dimensão ético-humanista (32%). Uma proporção menor dos alunos considera a relação negativa (24,2%) e os demais (23,8%) responderam de forma ampla, sem caracterizá-la no curso ou davam respostas evasivas.

Com referência às qualificações positivas, não existe uma diferença significativa entre os dois cursos (Pb-54% e Pv- 50%), mas os alunos do curso público tenderam, tanto a dar respostas mais claras e objetivas (84% - Pb e 68,1% - Pv), quanto a expressar um olhar mais negativo sobre essa relação quando comparado aos alunos do curso privado (29,9% - Pb e 18,1% - Pv).

Essa diferença pode significar uma tendência dos alunos do curso público a viverem em uma realidade que desperta mais o seu senso crítico mas, por outro lado, pode estar, de fato, revelando que, muitos professores do curso privado evidenciam um “entusiasmo” maior na relação com o ensino.

Dois fatores podem contribuir para esse comportamento: primeiro, a instabilidade do vínculo empregatício nos cursos privados que, indiretamente, funciona como instrumento de pressão para que os professores respondam positivamente às exigências da instituição e se esforcem para serem aceitos pelo corpo discente e por “mostrarem serviço”; segundo, pelo menor tempo de carreira docente de grande parte dos professores do curso privado que, deste modo, podem estar expressando mais entusiasmo nas atividades de ensino, numa fase de “construção da carreira”.

Imagino que essas possibilidades de explicação possam incomodar professores do curso público, que, a despeito de terem estabilidade e independente do tempo de carreira, são verdadeiros entusiastas da educação superior pública e de qualidade, conseguindo, desse modo, expressar esses valores em seu cotidiano escolar. Entretanto, penso que essas explicações podem ser válidas porque em muitas conversas informais com os professores do curso público, foi comum ouvir de alguns deles expressões que revelam uma certa apatia e aceitação passiva dos problemas, justificadas pelo cansaço, pela falta de perspectivas de mudança ou pela

proximidade da aposentadoria.

As seguintes manifestações dos alunos podem ilustrar essa interpretação:

Esta relação é amplamente variável em meu curso, na dependência dos sujeitos envolvidos. Houve relações dinâmicas e muito frutíferas, assim como outras apáticas, mantidas pela necessidade de cumprimento do dever somente (aluno do curso público, nº 109, 22 anos, 9º semestre).

Depende muito do professor e da disciplina, mas os professores que são concursados, muitas vezes, não se interessam pela qualidade do curso (aluna do curso público, nº 121, 23 anos, 9º semestre).

Os alunos que estão em fase de finalização do curso (G3) tendem a atribuir menos qualificações negativas a essa relação (15,7%) do que os dos grupos 2 (29,6%) e 1 (27,8%). Nos sub-grupos, os alunos do PvG3 são os que atribuem a mais baixa proporção (3,6%) de qualificações negativas a essa relação. Enquanto os alunos do PbG2 atribuem a mais alta proporção (35,9%) de qualificações negativas.

Os depoimentos dos alunos, de um modo geral, evidenciam que essa relação não é percebida de uma forma generalizada:

Essa relação se mostra bastante variável, enquanto alguns professores se mostram além de professores "amigos", outros se mantêm em maior distância. Mas no geral, ela é bastante satisfatória quanto à respeito, dedicação (aluna do curso privado, nº 134, 21 anos, 7º semestre).

De forma variada. Alguns professores realmente não sabem exercer o seu papel de "professor" e tratam seus alunos como ditadores. Outros, já apresentam o papel importante na formação de seus alunos (aluna do curso privado, nº 167, 21 anos, 7º semestre).

A relação professor/aluno depende da disciplina que se está cursando. Em algumas é expressa pelo carinho, amizade, troca de conhecimento; já em outras é baseado no autoritarismo e postura radical dos professores (aluna do curso público, nº 73, 24 anos, 5º semestre).

Não é linear. Algumas matérias possuem excelentes professores e professores muito ruins. Os bons são os que se preocupam com o aprendizado do aluno que está sempre próximo, que auxilia diretamente. Os ruins são caracterizados pela completa falta de zelo com o aluno e com o paciente (aluna do curso público, nº 82, 23 anos, 10º semestre).

É muito relativa. Às vezes não é muito ética, muitas vezes, até autoritária. Depende do profissional e da sua conduta. Alguns profissionais, usam a sua posição, o seu "poder" de forma a desestimular o aluno, que está numa posição mais vulnerável (aluna do curso público, nº 84, 30 anos, 10º semestre).

Considerando que os professores são referências afetivas e exemplos importantes para os alunos, esses depoimentos revelam a necessidade de uma reavaliação das posturas relacionais negativas por duas razões fundamentais: primeiro, porque para o aluno exercer o papel de cuidador, ele precisa ser cuidado; para acolher, precisa se sentir acolhido, é como sugere Seguer (1998, p. 35), precisa ser “maternado” antes de “maternar”.

Portanto, do mesmo modo que na relação paciente-profissional (BENETTON, 2002, p. 75), é preciso que o professor, ainda que mantendo a equidistância necessária, crie vínculos com os seus alunos, aprenda a expressar uma postura de apoio, compreensão e carinho. Segundo, porque essa percepção de poder do professor e vulnerabilidade do aluno pode ser transferida para a relação paciente-profissional, uma vez que, pelo nível hierárquico semelhante, ambas possibilitam a expressão dessas posturas relacionais indesejáveis.

Como afirma Seguer (1998, p. 34), somos co-responsáveis pelo que acontece na relação interpessoal. Em sua maioria, as falas dos alunos expressam mais um julgamento do comportamento do professor do que uma análise de uma relação que envolve dois ou mais sujeitos do processo educativo, como se apenas os professores fossem os responsáveis pela relação. Tal interpretação pode ser evidenciada nas falas que se seguem:

Alguns agem como profissionais de educação oferecendo seu conteúdo da forma mais autêntica possível contribuindo não só para a formação técnico-científica mas também do indivíduo em formação. Outros têm a postura de professores de escola primária (aluna do curso privado, nº 208, 31 anos, 4º semestre).

No geral, há uma boa relação, fazendo com que aumente nosso interesse pela matéria. Há algumas exceções de professores autoritários que nos afastam, interferindo no nosso desempenho (aluna do curso público, nº 47, 22 anos, 5º semestre).

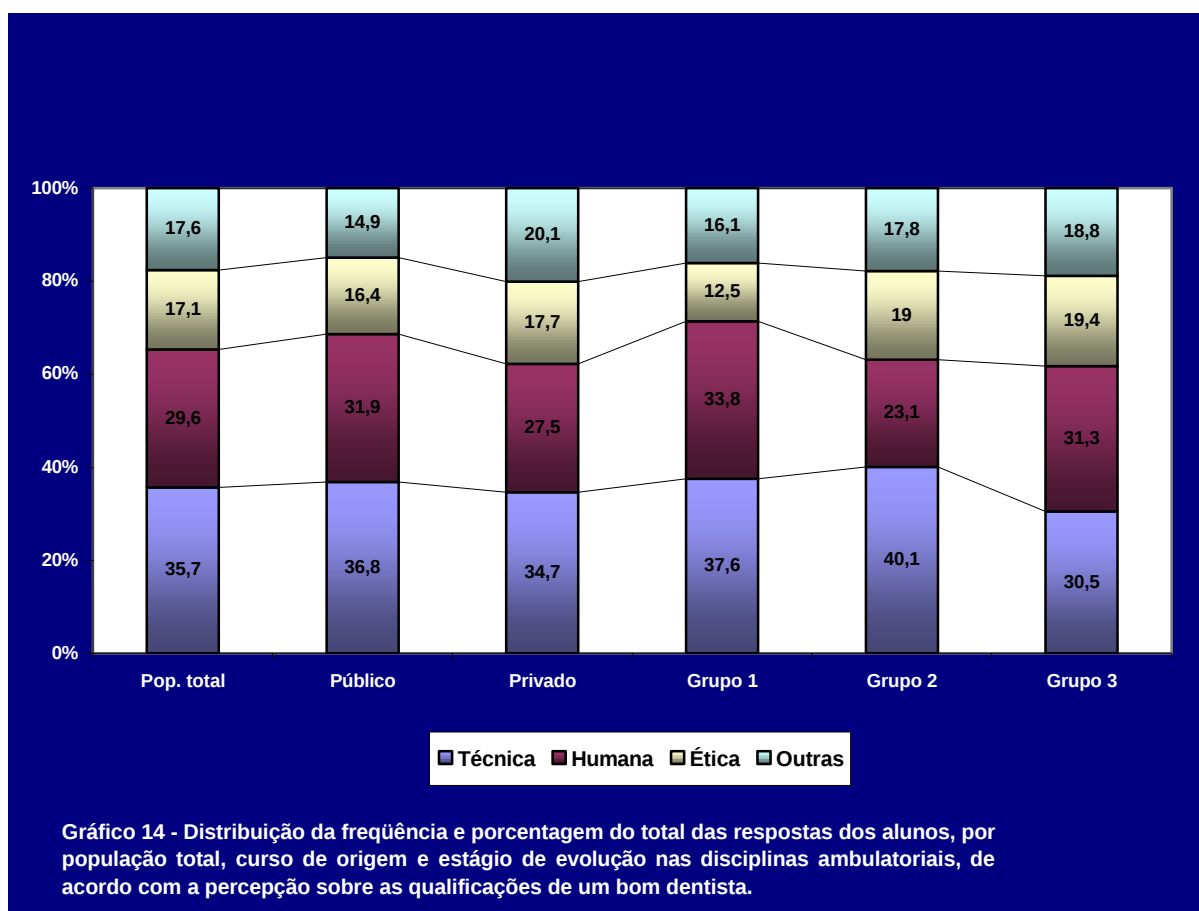
Essa confusão pode ser entendida como um reflexo defensivo, uma vez que é difícil para o ser humano aceitar os seus limites e responsabilidades em situações avaliadas negativamente. Assim, o ideal seria criar espaços pedagógicos nos quais alunos e professores pudessem diagnosticar o outro e a si mesmo, buscando nessa compreensão melhorar, inclusive, o desempenho dos alunos conforme expresso na última fala acima.

A segunda questão levantada nesse bloco de análise foi acerca da compreensão que os alunos têm sobre as qualificações de um bom dentista, sendo possibilitado a estes listar mais de uma resposta. Portanto, as respostas foram categorizadas em três dimensões: **técnica** (conhecimento técnico-científico, adestramento/habilidade manual, preocupação em orientar higiene bucal, agilidade, atualizado, destreza, fazer o trabalho bem feito, ser meticoloso...);

humana (ser atencioso, se preocupar com o bem-estar do paciente, humanismo, calmo, paciente, bom humor, saber ouvir, ter respeito pelo ser humano, humildade, simpatia, ver o paciente como um todo...); e **ética** (honestidade, ética, ser justo, responsável, satisfazer o paciente, ter bom caráter, não causar dano ao paciente, sinceridade...).

As respostas que não se aproximavam dessas dimensões foram consideradas como **outras** (compromisso, dedicação, aptidão, bom senso, criatividade, senso crítico, perseverança, determinação, disciplina, valorizar o seu trabalho...).

O gráfico 14 apresenta a totalização das respostas evidenciando que o dentista bem qualificado, para os alunos, é aquele que apresenta, além de outras características ou comportamentos, um equilíbrio entre os atributos técnicos (35,7%) e as atitudes/características ético-humanistas (36,7%). Essa percepção não sofre grandes alterações quando os dois cursos são comparados.



Já na análise entre os grupos pode ser identificado que os alunos no final do curso (G3) atribuem um valor maior à dimensão ético-humanista (50,7%) do que à dimensão técnica (30,5%). A mesma tendência é observada quando a análise é feita por sub-grupo (APÊN-

DICE F), sendo que o PbG3 é o que mais valoriza a dimensão ético-humanista (52,5%).

Já a dimensão técnica é mais valorizada (46,2%) pelos alunos do sub-grupo PbG2. Bastos e outros (2003, p. 287) evidenciam um menor destaque à dimensão ético-humanística quando registram que as principais características atribuídas aos dentistas são: atualizar-se e estudar constantemente (32, 7%) e ter conhecimento técnico-científico (22,4%), além de saber administrar, gerenciar e ter conhecimentos de marketing (23,5%); multidisciplinaridade e integração com as especialidades (17, 3%); ter habilidade social/boa relação interpessoal (19,4%); amor à profissão (10,2%); paciência (10,2%), ser bom comerciante (10,2%); ter caráter e honestidade (9,2%) e boa formação universitária (8,2%). Esses resultados podem significar que, diferentemente do passado, quando a única preocupação do corpo docente era valorizar a formação técnica do aluno, hoje, já se enfatiza a dimensão ético-humanista como uma referência importante da formação.

Algumas das razões para tal perspectiva de mudança podem ser: as recomendações presentes nos documentos oficiais que norteiam as políticas públicas de educação e de saúde; a emergência da Bioética na década de 1980 que vem produzindo mudanças importantes no comportamento dos profissionais de saúde; a compreensão de que o desenvolvimento da dimensão ético-humanista pode ser um instrumento de marketing para fidelização da clientela, conforme anuncia Zanetti (2004a); e, por fim, o entendimento de que para atuar no processo saúde-doença, como hoje este é entendido, é necessário conhecer, cada vez mais, o paciente em sua dimensão bio-psico-social. Um exercício de comunicação assim exige muito mais a mobilização de atributos pessoais do que de habilidades técnico-científicas.

Quanto à relação paciente-profissional (GRÁFICO 15), as respostas abertas também possibilitaram uma categorização igual à questão anterior, ainda que muitos alunos tenham dado respostas vagas ou que não se aproximavam da categorização. Assim, 29% dos alunos, ao se referirem a esta relação, atribuem um valor à dimensão humana, sendo que os alunos do curso público (34,1%) evidenciam mais o humano na relação do que os alunos do curso privado (24,4%) e os alunos do G1 (37,1%) e do G3 (30,2%) mais do que os do G2 (19,3%). Este último, em compensação, é o grupo que mais destaca a dimensão ética (19,3%). Do total de respostas, 38,6% explicitam apenas as dimensões ético-humanistas (II, III e II-III) As proporções de respostas que evidenciam exclusivamente as dimensões técnica (9,7%) e ética (5,7%) são consideradas baixas.

Dentre as respostas que valorizam mais de uma dimensão, em geral, a que tem a mais elevada proporção de respostas é a associação das dimensões técnica e humana. Já as respostas que explicitam o valor às três dimensões são muito baixas para ambos os cursos e para

todos os grupos e sub-grupos. Este resultado reflete, de alguma forma, o teor da pergunta uma vez que, ao usar a frase “relação paciente-profissional” ela remete as pessoas a pensarem muito mais nas relações pessoais do que nas habilidades técnicas dos profissionais que possam influenciar nessa relação, ainda que essa percepção tenha aparecido com certa frequência.

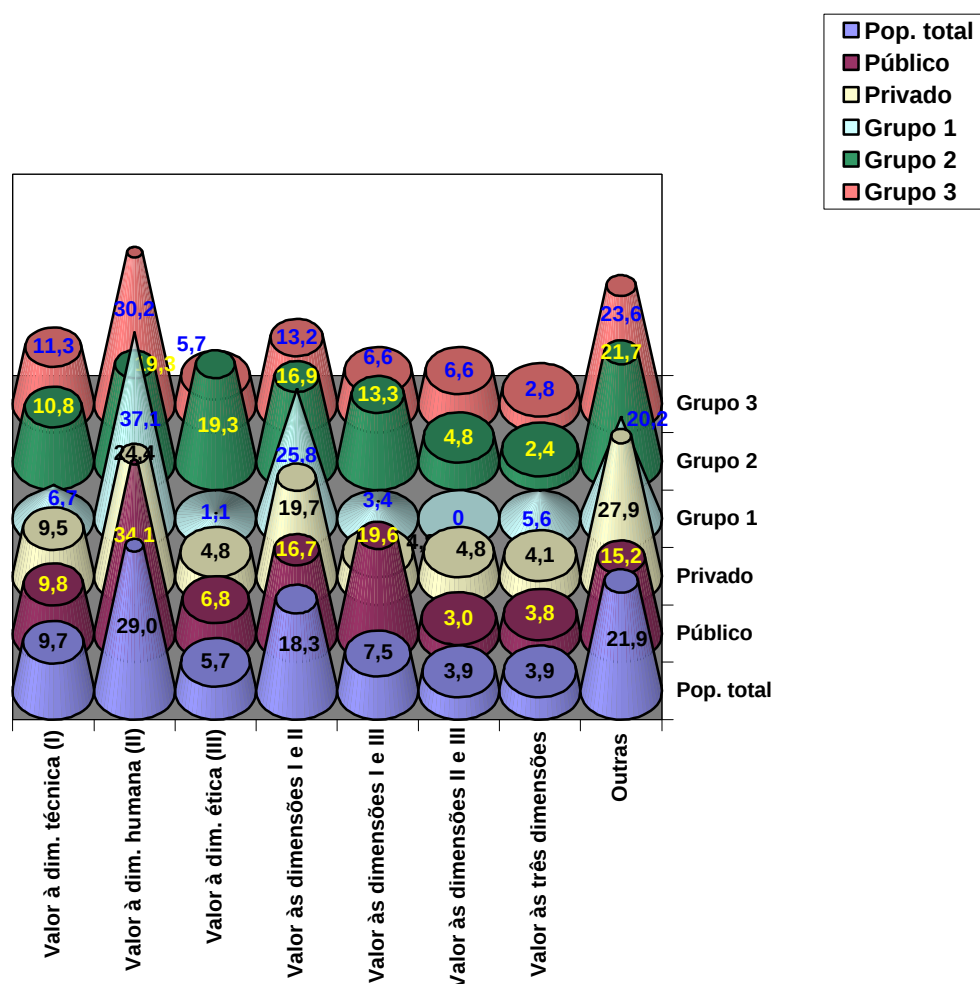


Gráfico 15 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação paciente/profissional.

Na análise qualitativa das respostas identifiquei que os alunos interpretam a relação paciente-profissional a partir de quatro referências: (1) como um instrumento de marketing para o êxito profissional compreendendo que, ao estabelecer uma relação paciente-profissional com bases éticas e/ou humanas, possibilitará uma fidelização da clientela; (2) com um olhar humanístico, por si só, valorizando o ser humano e as relações humanas; (3) por se tratar de uma cobrança social na atualidade, com base nos princípios da Bioética e assim, os profissionais com essas habilidades se protegem de possíveis penalidades jurídicas; e

(4) com uma visão instrumental, uma vez que ela é importante para que o profissional adquira a confiança do paciente, favorecendo a realização dos procedimentos e o compromisso com o tratamento. Os seguintes depoimentos esclarecem essa interpretação:

É um dos fatores principais da profissão quem souber administrar essa relação de forma sempre harmoniosa e interessante terá uma facilidade maior em obter êxito (aluno do curso privado, nº 203, 21 anos, 4º semestre).

Um tema importantíssimo. O profissional deve ter em mente que o seu paciente não é um objeto de trabalho, mas um ser vivo com sentimentos, angústias etc. Além disso, o profissional deve acolher o paciente e criar vínculo com ele para que essa relação seja fiel e bem sucedida. (aluno do curso público, nº 119, 25 anos, 9º semestre).

Deve ser uma relação amigável, respeitando, sem muita formalidade e sem muita intimidade. Deve buscar conhecer o paciente como "um todo" observando seus problemas, medos, anseios e não esquecer que ele não é apenas uma boca e sim um ser humano. (aluna do curso privado, nº 176, 21 anos, 7º semestre).

É essencial que seja discutida pois cada paciente é único e por isso deve ter atenção individualizada, personalizada. Deve ser a melhor, mais respeitosa e afável possível pois já seguimos uma profissão cheia de medos e estigmas criados pela sociedade e devemos nos esforçar para reverter esse quadro. (aluna do curso público, nº 39, 21 anos, 5º semestre).

Dentro da realidade atual da odontologia, onde os pacientes aproveitam-se dos recursos legais para extorquir os profissionais cirurgiões-dentistas, esta relação é fundamental até mesmo como defesa. (aluno do curso público, nº 29, 22 anos, 7º semestre).

Acredito que deva ter não só o vínculo paciente/profissional, mas também o vínculo da amizade, respeito, responsabilidade, pois com isto o número de processos seria diminuído. (aluno do curso público, nº 114, 31 anos, 10º semestre).

Muito importante para o desenvolvimento e conclusão de um trabalho dentário (aluno do curso privado, nº 247, 24 anos, 10º semestre).

É muito importante para adquirir o respeito do paciente e ter a certeza que o tratamento terá sucesso porque teremos a ajuda deles (aluna do curso privado, nº 163, 21 anos, 7º semestre).

Essas percepções dos alunos sustentam a ideia de que tais referências estão sendo as principais justificativas ou estratégias de que os professores vêm lançando mão para convencer os alunos a pensarem na relação paciente-profissional como uma abordagem fundamental para o exercício da profissão.

Quando solicitados a avaliarem se o curso estimula a dimensão ética (GRÁFICO 16) quase 100% dos alunos respondem que sim e mais da metade deles (52,7%) identificam esse estímulo na maioria das disciplinas. No curso público uma maior proporção de alunos (66,1%) percebem este estímulo na maioria das disciplinas quando comparados aos do curso privado (49,7%). Em contrapartida, uma maior proporção desses últimos, percebem que a dimensão ética é valorizada em todas as disciplinas (45,5%) quando eles são comparados aos alunos do curso público (34,8%). A análise por grupo revela uma certa homogeneidade nas respostas, não se evidenciando diferenças significativas entre os três grupos.

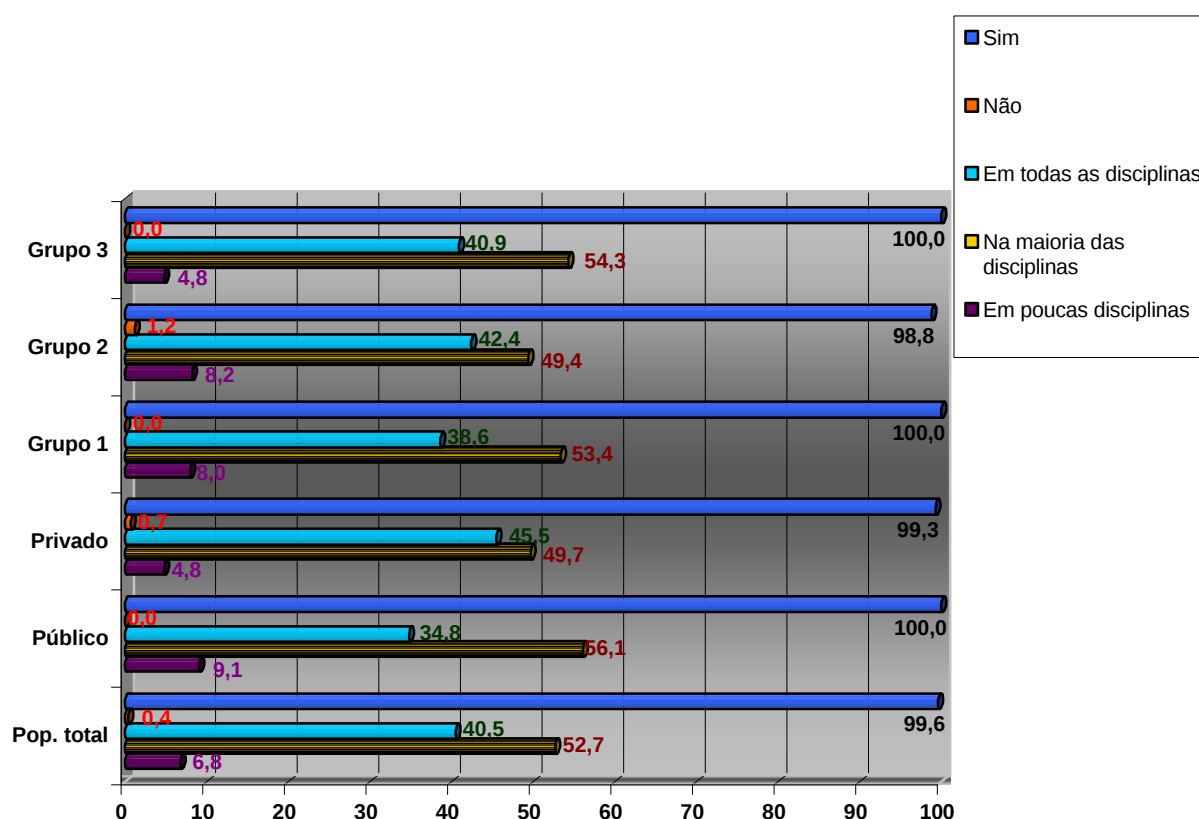


Gráfico 16 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à dimensão ética no curso

Na análise por sub-grupos (APÊNDICE F) é observado que quando os alunos do curso privado estão em estágios mais avançados no curso eles tendem a perceber mais essa dimensão sendo trabalhada em todas as disciplinas (PvG1 – 36,8%; PvG2 – 48,2%; PvG3 – 50%). Nos mesmos sub-grupos, em ambos os cursos, as proporções de alunos que percebem esse estímulo na maioria das disciplinas são bem próximas. Já no curso público, curiosamente, uma proporção maior de alunos (40%) do G1 percebe esse estímulo em todas as disciplinas quando comparados ao G2 (31%) e G3 (32,1%). A curiosidade está no fato de que nessa fase

do curso (4º/5º semestres) a maioria das disciplinas cursadas foi da área Básica, a qual, tradicionalmente, aborda pouco a questão.

Uma possível explicação é a emergência da Bioética, uma vez que: primeiro, as discussões acadêmicas e científicas evidenciam, cada vez mais, a ética na pesquisa científica envolvendo seres vivos; e segundo, pelo fato da área Básica desenvolver um grande volume desse tipo de pesquisa. Desse modo, é possível que os alunos, de fato, possam estar entrando em contato com as questões éticas desde o início do curso. Assim, os alunos entendem que:

O tema por assim dizer, ética, vem sendo muito abordado na faculdade ultimamente, mas essa parece ser uma resposta a situação global atual (aluna do curso público, nº 117, 23 anos, 9º semestre).

Ouvimos falar em ética desde o primeiro semestre até hoje. Isso nos incentiva muito (aluna do curso privado, nº 159, 21 anos, 7º semestre).

Temos uma grade curricular matérias que nos informam claramente os princípios éticos a serem seguidos e em outras sendo a maioria das matérias clínicas é demonstrado na prática estes princípios usados pelos professores e cobrados a nós alunos (aluna do curso privado, nº 283, 28 anos, 10º semestre).

O enfoque dado à beneficência e não maleficência, à ética e ao bem estar está consolidado pois desde o início do curso o assunto vem sendo abordado (aluna do curso privado, nº 171, 21 anos, 7º semestre).

Muitos estão preocupados em mostrar que independente do conteúdo científico, a autonomia do paciente na escolha do tratamento (quando há esta possibilidade) é um fator muito importante (aluna do curso privado, nº 208, 31 anos, 4º semestre).

Somos orientados a ouvir o paciente, observar suas maiores necessidades o que podemos e somos capazes de resolver, propiciar um conforto, alívio da dor, orientá-los quanto à saúde bucal e geral. Quando for atender na clínica, respeitar os princípios da biossegurança, aplicar o saber da melhor maneira e realizar procedimentos conforme a nossa capacidade, tendo o cuidado de não causar danos aos pacientes (aluna do curso público, nº 113, 23 anos, 9º semestre).

A disciplina de SBC I é a primeira que abre essa questão, a ética é de extrema importância nesse meio que é a área de saúde; outras como Antropologia, Microbiologia, SBC II, entre outras abordam esse tema (aluna do curso privado, nº 197, 19 anos, 4º semestre).

Além das matérias voltadas para essa questão como: OSC, ISC, Ética, por exemplo, as demais matérias também demonstram interesse nesses assuntos e preocupação com o entendimento desses princípios (aluna do curso público, nº 33, 21 anos, 5º semestre).

Em quase todas as disciplinas os professores passam essas características, mas o que ocorre muitas vezes é que na prática alguns professores agiam diferente do que era dito na teoria (aluna do curso público, nº 124, 23 anos, 9º semestre).

A maioria dos professores ensinam-nos a ter ética, embora outros, além de não ensinar, não nos servem como exemplo, pois vemos na prática que os mesmos não têm (aluna do curso privado, nº 212, 23 anos, 4º semestre).

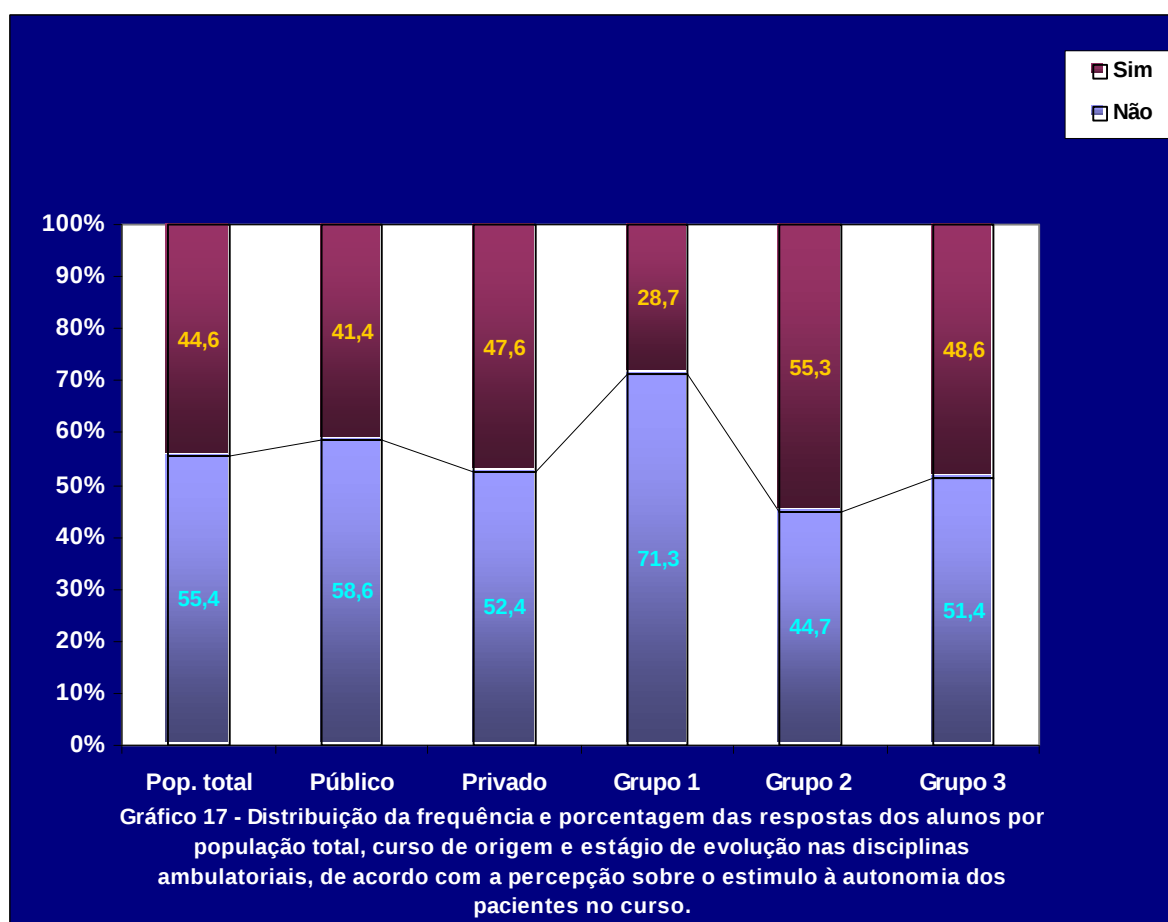
Algumas frisam muito a questão de olhar o outro, do respeito e também da gratidão ao paciente pela paciência e colaboração na construção do seu conhecimento, da importância que o mesmo representa para nós. Outras disciplinas são meramente técnicas, científicas, só! (aluna do curso público, nº 55, 21 anos, 5º semestre).

Os depoimentos acima são representativos da interpretação das justificativas que eles deram para as suas respostas sobre o estímulo à dimensão ética no curso. A partir das justificativas é possível reconhecer quatro abordagens feitas pelo grupo: (1) eles percebem a importância dessa dimensão na formação acadêmica e reconhecem que o curso a valoriza; (2) eles evidenciam em suas falas conhecimentos acerca dos princípios da Bioética; (3) eles reconhecem que a maioria das disciplinas e dos professores se preocupa com essa dimensão da formação e aborda temas relativos à ética, tanto na teoria, como na prática, entretanto, muitos alunos destacam que determinadas disciplinas e professores têm um compromisso maior com esses temas, como as disciplinas citadas nos depoimentos; e (4) ainda que a maioria dos alunos reconheça que estes são temas evidenciados pelos professores, muitos alunos chamam a atenção para o fato de que existem professores que não aparentam se importar com essas questões e, o que é mais grave, denunciam a falta de ética por parte de alguns.

Numa tentativa de desdobramento da dimensão ética, busquei identificar: (1) se a autonomia dos pacientes é respeitada nas práticas ambulatoriais quando uma proposta de tratamento é planejada; (2) qual a percepção que eles têm de beneficência (o que significa para eles fazer bem ao paciente?) uma vez que esse é um princípio geral que pode suscitar várias interpretações; e (3) uma auto-avaliação sobre a prática da beneficência.

Sobre a prática do princípio da autonomia (GRÁFICO 17), os alunos tiveram três opções de como eles agem ao planejarem e executarem os tratamentos dos pacientes e uma opção aberta, caso as suas condutas fossem diferentes. As quatro opções foram categorizadas em afirmação ou negação de uma prática do princípio da autonomia. Assim, embora as diferenças tenham sido baixas, a maioria dos alunos não se percebe cumprindo esse princípio (55,4%). Os que têm a percepção de estarem cumprindo o princípio perfazem 44,6%.

Quando a comparação é feita entre os cursos, os alunos do curso público têm essa percepção de não cumprimento (58,6%) maior do que os alunos do curso privado (52,4%). Na análise por grupos, o G1 é o que tem mais essa percepção (71,3%) quando comparado ao G2 (44,7%) e o G3 (51,4%). Isso pode ser explicado pelo fato de que os alunos nessa fase do curso estão cursando a primeira disciplina ambulatorial, executando procedimentos de baixa complexidade (profilaxia, aplicação de flúor, selamento de fósulas e fissuras, orientação de higiene bucal e dieta...) e, predominantemente, atendendo crianças e adolescentes, que, de um modo geral, aderem aos tratamentos com boa aceitação. Ambas as condições exigem pouco a mobilização do princípio da autonomia.



Quando os alunos concluintes (G3) dos cursos são comparados (APÊNDICE F), as diferenças de proporções indicam que no curso público os alunos se percebem cumprindo o princípio da autonomia (59,3%) mais do que os alunos do curso privado (37,7%). Entretanto, as diferenças são mais evidenciadas no sub-grupo PbG1, no qual 80% dos alunos consideram que não cumprem esse princípio. Esse resultado é maior do que aquele encontrado no PvG1

(59,5%), cuja diferença pode ser explicada porque no curso público a primeira disciplina ambulatorial envolve, em sua maior parte, o atendimento a crianças institucionalizadas (creches) que são conduzidas ao ambulatório por funcionárias das instituições. Fica mais difícil, então, trabalhar esse princípio, uma vez que os responsáveis não estão presentes para necessidades eventuais de autorização. No curso privado, essa primeira disciplina tem práticas similares, mas é um atendimento de livre procura e as crianças, de um modo geral, são acompanhadas por um responsável.

O princípio da beneficência, do ponto de vista conceitual é altamente subjetivo. Fazer bem ao paciente pode ser percebido sob múltiplos olhares, seja do ponto de vista individual (como cada profissional se insere na profissão) ou coletivo (valores instituídos no histórico das profissões de saúde).

Para Tristram (1998, p. 144), a variedade de bens que pode ser alcançada e de males que podem ser evitados para os seres humanos é bastante ampla e complexa, sendo que, em comunidades particulares, é possível descobrir quais são, de fato, os vínculos de beneficência estabelecidos explícita ou implicitamente. Desse modo, ao buscar compreender qual a percepção que os alunos têm de beneficência, as perspectivas por eles assinaladas puderam ser agrupadas nas dimensões técnica, humana e ética por serem estas, frequentemente, mobilizadas para referenciar esse princípio.

Com base nessa categorização (GRÁFICO 18), 32,4% dos alunos consideram que fazer bem ao paciente é fazer intervenções técnicas de boa qualidade, sendo que os alunos do curso público atribuem a essa qualificação (36,4%) mais importância do que os do curso privado (28,9%). Essa tendência é mantida quando os alunos concluintes de ambos os cursos são comparados (38,9% - Pb e 24,5% - Pv).

Ainda que eu considere essa visão de beneficência limitada, tenho que concordar com Tristram (1998, p. 155), quando este afirma que nenhuma visão particular pode ser estabelecida como moralmente canônica; não existe autoridade moral para impedir que pessoas persigam pacificamente a sua própria visão do que é bom.

A análise por grupo é bem interessante porque retrata, de fato, o que eles estão vivendo naquele momento da formação para atribuírem esse referencial técnico à noção de beneficência, ou seja, os alunos do G1 (22,5%) nessa primeira disciplina ambulatorial são mais estimulados a trabalharem a educação e as relações interpessoais do que os procedimentos técnicos, até porque, nesse momento do curso, eles estão começando a desenvolver essas habilidades.

Os alunos do G2 (42,9%) estão no auge do aprendizado das técnicas, cursando, ou já tendo cursado, em geral disciplinas que envolvem as especialidades. Já os concluintes dos cursos (G3 – 31,8%) passam a flexibilizar essa noção pela expectativa da proximidade de inserção no campo de trabalho, buscando, nesse momento, uma compreensão de beneficência que contemple outras dimensões, também fundamentais para o cumprimento desse princípio. A percepção de beneficência baseada exclusivamente na dimensão humana (5,7%) ou ética (3,2%) são, compreensivelmente, baixas.

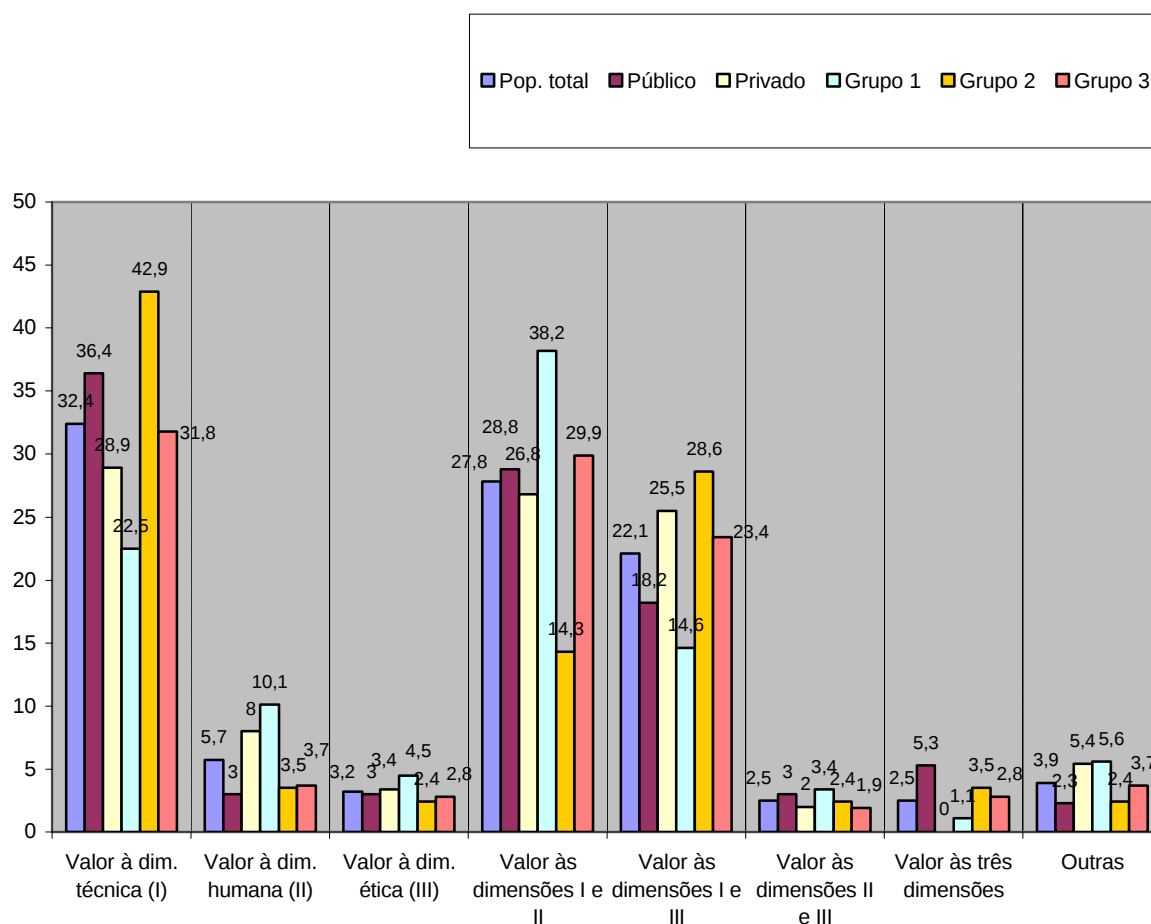


Gráfico 18 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre beneficência (o que é fazer bem ao paciente?)

De um modo geral, as associações entre as dimensões técnica e humana e técnica e ética são bem evidenciadas nas falas dos alunos, principalmente nos alunos do G1 (38,2%) e G3 (29,9%) para a primeira associação. A segunda (técnica e ética) é maior no G2 (28,6%). Poucos alunos (7,4%) expressam a noção de beneficência associando as três dimensões simultaneamente; desses, todos são do curso público. Quando os alunos concluintes são compara-

dos nas respostas que associam essas duas dimensões não existe quase diferença entre os cursos (Pb – 48,2% e Pv – 48,5%).

Segundo Tristram (1998, p. 145), os vínculos de beneficência que unem os indivíduos que desempenham papel de paciente e médico são em parte contratuais, não necessariamente um contrato explícito, mas uma teia de interpretações normalmente implícitas, os quais dão forma a um nexo de compromissos e interpretações. Esse trabalho esclarece (também na voz dos professores e usuários) que esse nexo vai além da noção de se realizar tratamentos clínicos com qualidade, conforme as expressões abaixo revelam:

É tratá-lo com respeito; proporcionar cuidados especiais não só no procedimento mas também no modo de falar e de escutar. Ter paciência e procurar deixar o paciente relaxado (aluno do curso privado, nº 198, 21 anos, 4º semestre).

Respeitar o paciente segundo a sua visão diante do mundo, promover o bem ao mesmo, nunca causar danos a ele, entre outros (aluna do curso privado, nº 213, 26 anos, 4º semestre).

Orientá-lo para que ele tenha uma boa saúde em geral. O paciente para mim é um ser humano com problemas, dúvidas, medos e também conhecimento (aluna do curso privado, nº 225, 19 anos, 4º semestre).

É ter a percepção da sua questão psicológica, seus anseios, medos; propiciar o melhor tratamento dentro das condições do caso e das condições favoráveis ou não do paciente, educá-lo, motivá-lo e acompanhá-lo regularmente (aluna do curso privado, nº 145, idade não informada, 7º semestre).

Fazer o possível para ajudar o paciente, proporcionando um tratamento de qualidade, assegurando biossegurança e respeitando a autonomia do paciente (aluna do curso público, nº 83, 24 anos, 9º semestre).

É de alguma forma satisfazer uma necessidade, mesmo que seja ouvi-lo, confortá-lo, dizer uma palavra ou dentro das possibilidades resolver seu problema ou encaminhá-lo a alguém que possa (aluna do curso público, nº 113, 23 anos, 9º semestre).

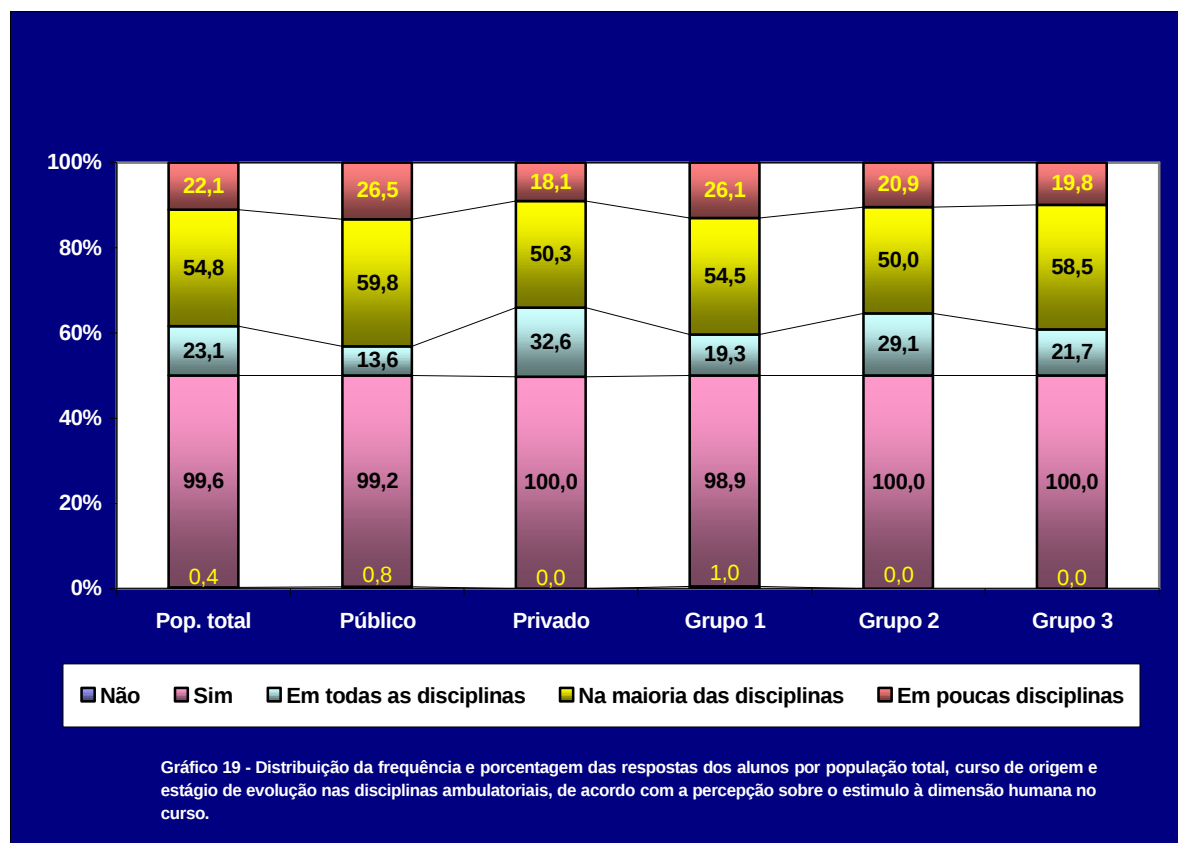
Ao buscar elucidar qual a autopercepção que os alunos têm em relação ao cumprimento da beneficência, foi observado que quase a totalidade deles (APÊNDICE F) se percebe cumprindo esse princípio. Para entender a razão de um resultado tão elevado, foi necessário fazer uma leitura simultânea do conceito que eles têm acerca do princípio da beneficência e como eles se percebem no cumprimento do mesmo. Assim, foi observado que em muitas das respostas existe uma correlação, conforme esclarecem os depoimentos a seguir:

É apresentar tratamento adequado ao caso do paciente, que irá provavelmente trazer resultados favoráveis (aluna do curso público, nº 121, 23 anos, 9º semestre).

Desde que haja a possibilidade de prover o tratamento adequado, porque por vezes não há recursos para tal (aluna do curso público, nº 121, 23 anos, 9º semestre).

Realizar o tratamento adequado e planejado da melhor forma possível (aluna do curso privado, nº 248, 22 anos, 10º semestre).

Procuro fazer da melhor forma possível os tratamentos e de acordo com o que foi planejado (aluna do curso privado, nº 248, 22 anos, 10º semestre).



Quando se trata da percepção sobre o estímulo à dimensão humana no curso (GRÁFICO 19), a quase totalidade dos alunos (99,6%) acredita que são estimulados a desenvolverem esta dimensão e uma elevada proporção de alunos (77,9%) acredita que o estímulo acontece ou em todas as disciplinas (23,1%), ou na maioria delas (54,8%).

Na análise por sub-grupos, os alunos do curso privado de todos os grupos (G1, G2, G3) tendem a considerar que esse estímulo ocorre em todas as disciplinas. Já os alunos do curso público de todos os grupos consideram a sua ocorrência com maior frequência na maioria das disciplinas ou em poucas disciplinas (APÊNDICE F). Ao justificar essa resposta, os alunos trazem depoimentos que sugerem que os cursos têm estimulado a dimensão humana da formação:

Desde o 1º semestre este tem sido um enfoque bastante citado e exigido pelas disciplinas. Tratar e ver o paciente como um todo e não só como uma boca, sempre dando-lhe atenção e muito respeito (aluno do curso privado, nº 144, 21 anos, 7º semestre).

Os professores nos orientam de maneira clara, desde o início do curso, que devemos, antes de executar um procedimento, agir de acordo com os princípios éticos que regem a profissão, além de propiciar um atendimento humanizado (aluno do curso público, nº 125, 25 anos, 10º semestre).

Apesar de alguns professores ainda não terem demonstrado trabalhar dando importância ao paciente, a maioria não age dessa forma, o respeito ao paciente como ser humano, ainda é mais valorizado (aluna do curso privado, nº 240, 27 anos, 10º semestre).

Alguns professores não possuem esta postura dando mau exemplo aos seus alunos. Eles prezam mais pela técnica, do que pelo ser humano (aluna do curso privado, nº 275, 23 anos, 10º semestre).

A maioria dos professores diz que o paciente não é só uma boca, precisamos entender que ele tem uma vida por trás, mas alguns se restringem à ensinar apenas a parte técnica (aluno do curso público, nº 132, 22 anos, 9º semestre).

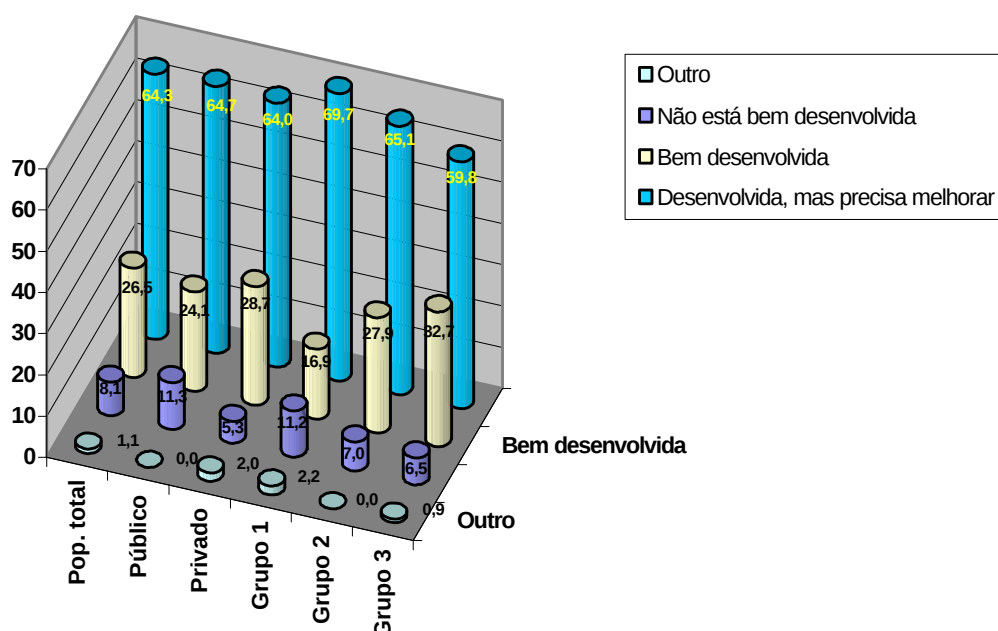


Gráfico 20 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a autopercepção sobre a habilidade relacional.

No que se refere à autopercepção que os alunos têm sobre a habilidade relacional expressa na relação com os pacientes (GRÁFICO 20), os resultados demonstram que a maioria deles (64,3%) avalia que a sua habilidade relacional está desenvolvida, mas precisa melhorar.

Não há diferença entre as respostas dos alunos quando é feita uma comparação entre os cursos, mas quando essa comparação é feita entre os grupos é possível observar uma tendência de evolução na autopercepção da habilidade relacional, ou seja, os alunos do G1 se auto-avaliam que precisam melhorar (69,7%) mais que os grupos G2 (65,1) e G3 (59,8%).

De uma forma inversa, os alunos do G3 tendem a considerar essa habilidade como bem desenvolvida (32,7%) mais do que os alunos do G2 (27,9%) e do G1 (16,9%). Isso, também, é notado quando a análise é feita com os sub-grupos (APÊNDICE F).

A autopercepção dos alunos acerca da sua habilidade relacional pode ser representada por alguns depoimentos:

Sempre tive contato com pessoas de vários níveis sociais, porém a cada contato eu aprendo algo novo. A formação ético-humanista é formada até o fim da vida. (aluno do curso privado, nº 194, 28 anos, 4º semestre).

Sempre estamos aprendendo a conviver com as diferenças, portanto estarei sempre aperfeiçoando meus relacionamentos. (aluna do curso público, nº 33, 21 anos, 5º semestre).

Algumas vezes me acho um pouco fechada, embora tenha melhorado muito e percebo que também, algumas vezes me pego comentando coisas que não devia. (aluna do curso público, nº 97, 24 anos, 9º semestre).

Sempre valorizei a relação e a relevância que tem o paciente. Porém, com o tempo, ganhamos agilidade e vamos perdendo um pouco da relação humanista. Acho muito importante o constante resgate deste lado. (aluna do curso público, nº 100, 24 anos, 10º semestre).

Mesmo sabendo da importância do conceito humanista, às vezes me pego dando maior visão para o tratamento, para minha nota, para avaliação e não no sentimento do paciente. (aluna do curso privado, nº 177, 22 anos, 7º semestre).

O nosso contato com o paciente ainda se resumiram a poucas disciplinas o que às vezes gera certa insegurança e nos leva a priorizar somente a técnica e por instante esquecer da boca, da anestesia que tá passando, da sede, do cansaço do paciente. (aluna do curso público, nº 55, 21 anos, 5º semestre).

A ética de um profissional não se aprende só em entidades de ensino, é a criação, educação dos pais que completam a formação do indivíduo. (aluna do curso privado, nº 244, 23 anos, 10º semestre).

Essa formação não foi adquirida na faculdade. Sempre tive comigo essa formação e agora dentro da faculdade pude colocar ainda mais na prática durante o relacionamento com o paciente. (aluna do curso público, nº 37, 21

anos, 4º semestre).

Acho que essa questão ético-humanista está mais relacionada com a formação familiar do estudante. Em uma faculdade que temos que estar atento aos nossos materiais para que estes não desapareçam, é difícil imaginar que um estudante que comete esses delitos, seja conscientizado que deva ser ético e humano. Nem que (nome do professor) desse aula de ética todos os semestres, ele conseguiria essa proeza. Por isso acho que a faculdade tem apenas uma pequena participação nessa questão. Tudo vem de bem antes (do berço). (aluno do curso público, nº 28, 24 anos, 8º semestre).

Os resultados identificados nessa questão e justificados por muitos alunos, conforme exemplos acima, sugerem algumas interpretações: (1) trata-se de um aprendizado que nunca está pronto, tende a evoluir e modificar-se por toda a vida; (2) existem limitações pessoais (timidez, insegurança, falta de experiência, nervosismo) que, muitas vezes, dificultam uma prática odontológica com base nessa dimensão; (3) embora seja uma dimensão reconhecida como importante, outros valores, principalmente o aprendizado e a aplicação das técnicas, ganham uma relevância maior, limitando a sua manifestação; (4) o seu aprendizado e valorização são reconhecidos como construções anteriores ao ingresso na faculdade; e (5) a família é a principal referência para essa formação, ainda que eles reconheçam que o curso tem um papel importante.

Nesse sentido, Lucas (1995, p. 216) afirma que as experiências que os alunos trazem para a escola, partindo do seu conjunto de valores, fazem, muitas vezes, com que estes se apropriem de forma diferente da teoria. Com tal perspectiva, a autora observou que as pessoas que já têm uma maior participação nos movimentos sociais e uma visão mais crítica em relação à estrutura social podem encontrar na universidade ressonância para as suas aspirações e objetivos, mas parece que a escola não tem o poder de realizar uma profunda transformação de valores.

Os depoimentos dos alunos que evidenciam a importância da família em sua formação ético-humanística e a afirmação de Lucas pode ser interpretada com base no modelo de análise sugerido no capítulo de fundamentação teórica, uma vez que esse “poder” não pode ser conferido a nenhum dos sistemas isoladamente, mas a todos eles de uma forma interligada.

6.3 A VOZ DOS PROFESSORES

Considerando que os professores são sujeitos-chave que influenciam na formação profissional dos alunos e, individual e coletivamente, constroem um perfil de aluno que desejam formar, estes expressaram as suas percepções sobre a formação por meio de entrevistas com

duração média de 44':08'', variando entre 24':26'' e 60':11''.

6.3.1 Identificação dos professores e referenciais docentes

Foram entrevistados 32 professores (16 de cada curso), sendo 17 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 69 anos com idade média de 41.9 anos. Os professores do curso público pertencem a uma faixa etária maior (30 a 69 anos, com idade média de 46.3 anos) em relação aos do curso privado, os quais se encontram entre 30 e 53 anos (idade média de 37.6).

O tempo de graduação varia entre 6 e 38 anos com uma média de 18,2 anos. Este tempo, também foi maior para os professores do curso público, variando entre 9 e 38 anos (média = 22,4 anos) em relação ao curso privado (6 a 30 anos, com uma média de tempo de 14.0 anos).

O tempo de docência do grupo varia de 3 a 28 anos (média de 11.4 anos), sendo que este tempo, no curso público, está entre 4 e 28 anos (média de 17.2 anos), sendo maior do que no privado que apresenta uma faixa de 3 a 19 anos (média de 5.6 anos). Desses professores, 22 exercem atividades docentes em apenas um curso (só no Pb = 11 e só no Pv = 11), 9 exercem em dois cursos e 1 exerce em 3 cursos.

Quando solicitados a responder sobre as razões pelas quais optaram pela docência, embora alguns professores tenham se referido a razões mais racionais (manter-se atualizados, oportunidade, gosto pela pesquisa, opção de trabalho, compreensão de que a atividade laboral exercida apenas no consultório é limitada e pouco estimulante), a grande maioria deles se remete a razões mais subjetivas, sendo caracterizadas por expressões como: amor, sonho, prazer, gostar de gente, adorar se comunicar e gostar de se relacionar com os alunos e colegas. Muitos desses professores manifestam que para eles é impossível se imaginar vivendo sem essa atividade.

Campos Jr. (1998, p. 56) registrou razões bem diferentes das encontradas nesse trabalho, ou seja, que os fatores determinantes para a decisão de exercer a docência foram fascínio pelo ensino de terceiro grau, distinção social desejada e reconhecimento da Odontologia como uma profissão prestigiada.

Foi possível identificar três grupos de professores em relação ao despertar para a carreira docente: para o primeiro grupo, o desejo de ser docente era anterior ao ingresso no curso de graduação (vocação, dom, sonho de infância, influência da família). Para o segundo grupo, esse desejo foi se construindo durante a graduação e isso foi estimulado pelas experiências de

monitoria, participação em pesquisas e apresentações de trabalhos em congressos. Existe, ainda, quase sempre, a admiração por alguns professores e os vínculos estabelecidos com eles. Sendo assim, o professor de sua referência aparece como o grande incentivador da carreira docente. Para o terceiro grupo, o desejo foi despertado durante os cursos de pós-graduação, sendo estimulado por razões similares às do grupo dois, a diferença é que a monitoria é substituída pelo tirocínio docente.

Os depoimentos do grupo dois me remetem aos resultados obtidos no grupo de alunos que planejam se inserir na carreira docente. De acordo com os resultados, a maioria dos alunos é do curso público e essa diferença, em relação ao curso privado, pode ser explicada pelo fato de que no curso público os alunos têm uma maior participação em pesquisas, vivenciam as suas monitorias de uma forma mais intensa e, possivelmente, os vínculos com os professores são mais estreitos, uma vez que existem mais professores com vínculo empregatício de dedicação exclusiva no curso público. Desse modo, esses professores permanecem mais tempo na instituição, possibilitando uma maior interação com os alunos.

Uma outra razão possível é a aspiração de renda mais elevada que os alunos do curso privado têm e que eles não conseguem vislumbrar a sua concretização na carreira docente, conforme o relato de um professor ao se referir à relação professor-aluno:

Eu acho que tem muito mais distorções nessa relação, principalmente nas matérias básicas -// quando chega na parte mais profissionalizante há um respeito maior porque já está se tratando não só com o professor fulano de tal, mas sim com o doutor fulano de tal, você tem um consultório é reconhecido profissionalmente, então ele associa um pouco com o que ele quer ser (...) mas não tanto pela imagem do professor (...) outro dia até eu presenciei um aluno comentar **“Pô, pra que é que eu quero estudar tanto para ser professor para estar com um carrinho daquele?”** (Professor do curso privado, especialista em Endodontia).

Quanto ao nível de formação, 4 professores são especialistas ($P_v = 3$ e $P_b = 1$), 15 são mestres ($P_v = 9$ e $P_b = 6$) e 13 são doutores ($P_v = 4$ e $P_b = 9$). Dentre os professores do curso privado, 2 estão cursando mestrado e 3 estão cursando o doutorado. No curso público, 1 professor está cursando o doutorado.

Do total de professores, 26 cursaram a pós-graduação em áreas de especialidades clínicas, 2 em clínica odontológica, 2 na área básica e 2 em Saúde Coletiva. Este resultado está de acordo com Moysés (2003, p. 93) quando este afirma que o ensino odontológico é exercido, predominantemente, por especialistas e isso acaba fragmentando o conhecimento e a prática, estimulando a especialização precoce nos alunos. Assim, é interessante analisar o depoimento que se segue:

Eu acho que **muitos alunos já entram no curso com uma visão de especialista**. Não sei porque motivo, não sei se por se espelhar em alguém que conheça ou familiar. Já entram aqui querendo fazer só uma especialidade, **não creio que seja deficiência da formação acho que tem um ponto importante que é o perfil do aluno que já entra com esse pensamento (...)** Durante o curso ele vai tendendo, direcionando só pra aquilo (Professor do curso privado, doutorando em Cirurgia).

Vale ressaltar que esse professor atua em disciplinas clínicas do meio do curso e, portanto, os alunos já tiveram oportunidades de ir criando os seus referenciais. De certa forma, a afirmação é verdadeira para alguns alunos que já chegam com essa visão, mas sua construção, para a maioria, ocorre durante o curso.

De acordo com esse relato, parece que os professores não se dão conta da sua influência nas escolhas dos alunos. A percepção que eles têm é de que apenas falando para os alunos que eles estão com a intenção de formar generalistas – porque esse é o discurso instituído – essa visão vai ser incorporada. Trata-se de uma percepção simplista que desconsidera a formação permeada pelo currículo oculto e que se revela com grande clareza na análise dos aspectos a seguir:

Enquanto falam que o ideal hoje é formar generalistas, eles próprios são especialistas e desse modo, são espelhos para os alunos. Nesse sentido, Lucas afirma (1995, p. 216) que existe uma reprodução de valores no interior da escola a partir da visão que os alunos têm dos professores.

O discurso dos “professores especialistas” é carregado de manifestações que supervalorizam as tecnologias de ponta da sua especialidade e das possibilidades de obtenção de status na profissão, de vantagens de acesso ao mercado de trabalho e de atuação lucrativa. Por outro lado, existe um olhar inferiorizado sobre as áreas que não envolvem as especialidades de ponta. Uma manifestação comum de alguns professores do curso privado ao tratar com os alunos de assuntos inerentes à saúde pública ou a área de ciências humanas é o uso de termos e tom de voz que reforça a percepção de inferiorização dessas áreas, como por exemplo: “isso é coisa das meninas da saúde coletiva”. Intencionalmente ou não, com tais colocações, eles influenciam os alunos em suas escolhas.

Ainda a forma de se vestir dos professores que exercem especialidades de ponta e os carros exibidos nos estacionamentos dos cursos faz parte desse currículo oculto e despertam desejos de posses nos alunos e a possibilidade de alcançá-los só é percebida mediante uma especialização.

Com essas observações não existe a intenção de fazer um juízo de valor quanto a essas questões, até porque é muito natural que cada professor supervalorize a sua área porque gosta dela, porque se empolga com os avanços e porque desejam despertar interesse dos alunos por suas disciplinas.

É muito bom, também, poder se vestir de modo a se sentir bem, de ter o carro que se deseja... a intenção aqui, na verdade, é refletir sobre o papel do currículo oculto na formação do aluno, é compreender que não é apenas o que o professor fala que influencia essa formação, mas também o que ele é e faz.

O exemplo, segundo Pessoti (1996, p. 440), é fundamental porque não é o mero conhecimento dos pensadores e cientistas que assegura uma verdadeira formação. Assim, Unfer (2000, p. 183) afirma que poucos professores têm a consciência real do quanto seus valores, atitudes e comportamentos têm influência sobre a vida de seus alunos. O professor é modelo, o professor é exemplo e esta percepção, talvez ainda subdimensionada, emerge em várias manifestações de alunos e professores nesse trabalho:

(...) o professor é um referencial, então você tem de ser um exemplo pra o que o aluno vai desenvolver, **não só o exemplo como profissional, mas exemplo como pessoa, das suas atitudes, do que você faz, do que você demonstra pro aluno porque eu acho que ele capta isso** tudo na medida que ele vai convivendo com o professor, isso é importante, então o referencial dele não é só a nível de formação como indivíduo/profissão, mas como indivíduo, como pessoa. (Professora do curso privado, doutora em Periodontia).

Acho que o professor tem que passar o exemplo. Eu, quando comecei a perceber que tava tendo vontade de ir pro ensino, **eu tive alguns professores como exemplo, alguns comportamentos de alguns professores que eu trago até hoje** (Professor do curso privado, mestre em Prótese).

Essa compreensão ajuda os professores a entender o papel que ele exerce nas escolhas dos alunos, inclusive, na opção pela especialidade. É preciso que fique claro, também, que eu não compreendo a especialização como algo negativo, a sociedade também necessita de serviços especializados. O olhar crítico, na verdade, é sobre o especialista que se fecha em sua área, que não se dá conta de que o ser humano é muito complexo para ser compreendido e tratado apenas no âmbito restrito das especialidades. É como se expressa Morin:

Os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira (2003, p. 15).

O autor (2003, p. 17) afirma que os saberes fragmentados só servem para usos técnicos, não conseguindo conjugar-se para considerar a situação humana no âmago da vida, de modo a atender os desafios de nossa época. Com essa perspectiva, o “professor especialista” necessita se abrir para outras áreas e influenciar os seus alunos nessa direção porque, como afirma Pessotti (1996, p. 443), a própria eficácia da clínica médica passa a exigir que se entenda o “homem que está doente”. Tal prática pressupõe um retorno ao estudo do homem para além do conhecimento da máquina humana.

A formação dos professores, focada nas especialidades, é confirmada, também, nesse trabalho, quando a maioria dos entrevistados, ao se reportarem aos seus cursos de pós-graduação, revela que estes enfatizaram basicamente o aprofundamento do conhecimento especializado e a pesquisa científica, conforme as manifestações abaixo:

(...) eu não vejo esse preparo para a docência ou pelo menos eu não consigo ver porque **as disciplinas, elas estão cada vez mais direcionadas, mais especializadas** e se esquece que aquela pessoa ali que, de certa forma, é o pesquisador, ele precisa estar apto ao ensino. (Professor do curso privado, mestre em Deontologia e Odontologia Legal).

(...) **o mestrado me preparou para dar aula** porque a rotina da pós-graduação -//- é seminário, seminário, seminário (...) foi montado um curso profissionalizante com o rótulo (...) de mestrado acadêmico. Então, a gente era plantão, de um plantão pra outro, chegando em casa fazendo seminário pra apresentar no outro dia e ir pro plantão (...) a gente operou muito, a gente trabalhou muito (...) o meu mestrado foi em cirurgia... **meu mestrado foi uma residência com uma tese** (Professor do curso privado, doutorando em Imunologia).

Essa formação essencialmente técnica dos professores não os subsidia para desempenhar o papel histórico de educadores (CAMPOS Jr., 1998, p. 9), predominando as seguintes características, segundo o autor (p. 56): (1) uma visão acrítica e apolítica acerca dos determinantes históricos da profissão e da educação no país, de modo que o pensamento hegemônico é o de um profissional voltado aos problemas essencialmente técnico-científicos da Odontologia; (2) uma homogenização dos padrões culturais na forma de conceber a Odontologia; e (3) uma visão de aluno, profissional e professor competentes reduzida à dimensão técnico-científica. Felizmente, esse trabalho demonstra que a última afirmação de Campos Jr. já não procede, como analisarei adiante.

Quando solicitados a falar se os seus cursos de pós-graduação trabalharam a dimensão pedagógica da sua formação, a maioria dos professores explicita, de acordo com os relatos abaixo, que esta foi uma dimensão pouco ou não trabalhada. E mesmo quando essa dimensão era trabalhada, a ênfase maior era dada à preparação de programas de disciplina e de aulas,

oratória, comunicação, recursos tecnológicos, exercício de tirocínio docente em disciplinas da graduação, observação dos professores atuando como orientadores em práticas ambulatoriais na graduação, entre outros.

Não, na verdade eles prepararam muito conhecimento específico, né, da área que você escolheu mas do ponto de vista de formação docente não, a gente tem aula de metodologia, mas aula muito voltada para a pesquisa, não é uma metodologia de ensino, a gente quase não tem aula de metodologia de ensino, prepara no sentido de que você vive dentro de uma universidade (...) e **você aprende muito por observar como é que o professor conduz a clínica** (...) só sei que o fato de você tá imersa naquele local participando das aulas teóricas e das aulas práticas, você tem algum aprendizado, você tem muito aprendizado do ponto de vista de como se comportar, mas não assim... **a gente não tem aquela formação específica, direcionada para a docência** (Professora do curso público, doutora em Dentística).

Não, nenhum dos dois, **o curso de mestrado foi muito pouco, essa parte assim de pedagogia, porque praticamente o curso de mestrado é um curso muito profissionalizante, é um curso de especialização**, e a gente tem que dar a toque de caixa as disciplinas pedagógicas. Eu tive recursos audiovisuais, didática, é um horror a disciplina, é totalmente desinteressante, é uma coisa que ninguém leva muito a sério (...) o doutorado, nem pensar. O doutorado é a patologia, de manhã, de tarde e de noite... (Professora do curso público, doutora em Patologia).

Não é suficiente, mas foi o início, sem sombra de dúvida. **O que eu sinto hoje de limitação de docentes na Odontologia, de uma forma geral, é a falta de capacitação em pedagogia**, em docência e ensino, assim, o que a gente vê são vários recém doutores, super jovens, e eu me enquadro nisso, que saíram da faculdade, entraram na pós-graduação, mas não tiveram essa preocupação e não sabem o que é ser professor, o que é transmitir conhecimento, geralmente se reproduz aquele conceito tradicional que a gente tinha com professores mais antigos (Professora do curso público, doutora em Estomatologia).

Assim, os professores se ressentem de uma falta de preparo para exercer a docência com base em princípios pedagógicos, considerando que os seus cursos de pós-graduação deveriam exercer um papel chave no processo de capacitação. Os depoimentos que se seguem demonstram que, de um modo geral, os professores entendem que a sua formação pedagógica foi, ou está sendo construída na experiência cotidiana, nas relações estabelecidas com os colegas e na reprodução dos modelos pedagógicos utilizados pelos professores que lhes serviram de referência.

É aquela coisa da aula expositiva, de num máximo um semináriozinho que não deixa de ser uma aula expositiva, porque não tem um preparo pra aquilo, até pra um seminário, também não se orienta como fazer (...) eu sinto falta de criatividade e eu acho que isso não foi passado pra gente. **E eles fazem isso e a gente vê eles fazendo, reproduz a forma que eles fazem (...) se dava certo com eles, vai dar certo comigo...** (Professora do curso privado, doutora em Estomatologia).

A gente termina aprendendo nossa profissão na prática mesmo. Acho que falta muito, tem uma lacuna grande nesse sentido, embora existia algumas disciplinas que deram todas as informações necessárias pra ir pra uma sala de aula, acho que não, acho que se aprende muito mais com o contato com o aluno do que -//- preparado do ponto de vista técnico, das partes de técnicas pedagógicas (Professora do curso privado, mestre em Ortodontia).

O que me preparou mais foi a prática mesmo, o dia a dia, o ensino e também os cursos que eu fiz (...) então, na realidade, o mestrado não me preparou nada, me preparou como profissional, isso sim, como patologista, como cirurgiã, aí sim, do ponto de vista científico (...). É péssimo! isso porque um curso de mestrado não é pra preparar um cirurgião é pra preparar para professor de cirurgia (Professora do curso público, doutora em Patologia).

Nesse sentido, Figueiredo (2002, p. 42) afirma que a maioria dos professores de Odontologia não possui capacitação didática, a não ser aquela acumulada pelo tempo, além de não realizar cursos preparatórios para que sejam supridas as necessidades de um educador. Para o autor, a maioria dos professores não revela preocupações pedagógicas.

Este estudo parece revelar algum avanço nesse aspecto, uma vez que, ao compreender que os seus cursos de pós-graduação não lhes prepararam para a docência, muitos dos professores manifestam que têm buscado suprir a lacuna por meio de cursos de especialização em metodologia do ensino, de cursos de curta duração e de leituras que contribuam com a construção de um referencial pedagógico.

No caso do curso privado, muitos professores manifestam que aprenderam muito mais sobre pedagogia nas reuniões e atividades promovidas regularmente pelo curso do que em suas pós-graduações. Alguns professores se posicionam de forma crítica quando avaliam os cursos de pós-graduação em Odontologia no país. Dentre eles, dois trazem elementos importantes para reflexão:

(...) depois que a CAPES mudou essa orientação, em que **a prioridade é o tempo de defesa, né, o tempo de defesa e as teses, os cursos, hoje, eles buscam basicamente isso, você é um relógio que corre** e você tem que apresentar sua tese, então os mestrados que eu tenho acompanhado, particularmente o meu, não tem essa preocupação, infelizmente (...) uma distorção porque, no momento em que se perde a essência do professor, né, **você corre o risco de se formar profissionais que não estão preparados para a docência.** Eu olho com o olhar crítico o critério de avaliação de cursos e o critério que eles adotaram foi a produtividade, o critério matemático, fazer tantas teses por ano (...). Então eu vejo isso como uma coisa preocupante, mas que é a realidade dos mestrados hoje em curso no nosso país, pelo menos aos que eu tive acesso na minha área. (Professor do curso privado, mestrando em Implantodontia).

(...) o estágio de docência, na realidade, é uma maneira de fazer com que as instituições, principalmente as federais, tenham mão-de-obra barata, qualificada durante um período de 2 a 4 anos, uma vez que o aluno precisa fazer um estágio de docência dentro da universidade, mas não está recebendo, está recebendo só a sua bolsa, é uma forma de fazer mão-de-obra barata. E na realidade, então, **isso é uma situação perversa porque eles são jogados sozinhos porque o professor/orientador, ele não vai estar na sala de aula observando o que ele tá fazendo**, ele tá pouco se importando se o aluno tá bom ou mal ali porque muitas vezes, ele próprio não está interessado naquela atividade (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

De fato, quando o nosso olhar é sobre a dimensão docente, é preocupante a falta de orientação da CAPES. Existe, na verdade, uma contradição nas práticas manifestadas acima porque, enquanto o MEC cobra que o professor forme um profissional com um novo perfil, com competências que vão muito além do técnico-científico, a CAPES não avalia os cursos de pós-graduação com base na preparação de docentes capacitados para tal formação ou, pelo menos, sintonizados com a orientação das DCNs.

Para se ter uma idéia, dentre os 26 professores que se manifestaram em relação às DCNs, 13 destes as desconhecem por completo, 9 já ouviram falar ou leram o documento, superficialmente, e 4 conhecem porque vivenciaram experiências que exigiram esse conhecimento. Dentre estes todos são do curso público, sendo que: um fez parte da Comissão de Especialistas do MEC e contribuiu com a elaboração das DCNs; um faz parte da Comissão de Avaliação de Cursos do MEC; uma participou da organização do Curso de Odontologia a ser implantado em Vitória da Conquista; e uma é sócia da ABENO, associação que promove frequentemente esse tipo de debate.

Quando esses mesmos professores responderam acerca do perfil de aluno que as DCNs ou o curso no qual eles exercem a docência se propõem formar, 5 desconhecem completamente, 3 conhecem e foram capazes de citar várias características que compõem esse perfil e 18 deles têm uma referência vaga, sendo que a maioria foi capaz de citar, no máximo, duas características, destacando: “formar um profissional generalista e humanista”. A metade dos professores não conhece as DCNs, mas 80,8% deles, ainda que de forma vaga, referencia algumas das características do perfil de aluno que ela orienta a formar. Nesse sentido, um dos professores faz a seguinte reflexão:

Com o passar do tempo os professores estão procurando se adequar também a essas diretrizes... **muitos nem sabem quais são as diretrizes. Acho que de uma forma ou de outra tem muitos que acabam fazendo sem nem perceber, sem nunca ter lido nada sobre isso entende?** mas acabam incorporando (Professor do curso público, doutorando em Odontologia).

Ainda que isso possa estar ocorrendo - e eu penso que está - o processo tem sido lento, existe pouco debate e quando existe, os professores, por falta de tempo ou de interesse, se esquivam de participar. Alguns, ao se referirem às diretrizes, expressam as suas inquietações em relação ao desconhecimento do corpo docente sobre elas, a dificuldade de viabilizá-las no cotidiano e a incerteza de que elas estejam sendo incorporadas nos cursos. As manifestações abaixo são interessantes para serem pensadas, inclusive porque uma delas reflete o pensamento de um professor que fez parte da Comissão de Especialistas e contribuiu com a elaboração das DCNs:

Eu acho muito bonita a proposta (...). Agora, quando a gente vai ver no conteúdo da grade curricular, ainda que ele coloque que esse conteúdo deve ser transversal, eu não vi com clareza como seria essa operacionalização do que é esse perfil de profissional no programa curricular dele, essa foi uma sensação que eu tive (...) **em que medida cada professor tem a clareza desse perfil a ser formado? (...) eu sou um pequeno grão de areia e portanto eu vou ter que contribuir pra essa formação.** (Professora do curso público, doutora em Saúde Coletiva).

(...) era mais ou menos isso que tava nas diretrizes curriculares, é muito difícil alguém levantar a voz e dizer sou contra isso (...). **Assim... quem é contra a formar um profissional que tenha um perfil integral?** ta certo (...) **mas como é que se faz? você concorda, mas como é que você está fazendo na sua faculdade?** Tá fazendo pra que ele saia desse jeito, tô até fazendo a auto-crítica, aqui (...) nosso Projeto Pedagógico pode tá firmando um monte de coisas que são bonitas também, mas a gente não funciona dentro da lógica de disciplinas isoladas de saberes compartimentalizados? (Professora do curso público, mestre em Saúde Coletiva).

Bem, ali foi aquele perfil que foi traçado, ele foi um perfil desejado ou que se deseja ou em última análise, aquilo que os técnicos dos ministérios, eles gostariam de ser e ter, mas quando a gente observa nas auditorias nas escolas é que **o que tá escrito como perfil não corresponde absolutamente a formação que é dada ao aluno, no papel é tudo muito bonito, tudo funciona, mas na realidade, quando você vê o perfil do aluno é completamente diferente daquilo que tá proposto** e, de certa forma, é ruim porque o ministério, ele acabou com o currículo mínimo e estabeleceu as diretrizes, deu liberdade às instituições, para que estabelecessem o seu programa de ensino e seus componentes mas, na maioria, o que se observa é que ou o sistema de currículo mínimo permaneceu disfarçado de diretrizes ou então, **as diretrizes estão lá escritas, mas, absolutamente, não são seguidas** (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

Eu concordo em parte com essa última afirmação, uma vez que, nesse trabalho, é observado que alguns elementos das DCNs começam a ser incorporados ao cotidiano dos cursos analisados como por exemplo: estímulo à educação continuada, estímulo à dimensão social da formação e estímulo ao desenvolvimento da dimensão ético-humanista da formação. São elementos que, certamente, emergem influenciados, também, por outras determinações (mercado

de trabalho, mudanças na compreensão do processo saúde-doença) e não é possível saber em que medida as DCNs tem contribuído para essas mudanças, mas não dá para afirmar que elas não estão sendo absolutamente seguidas. É preciso compreender, primeiro, que é um processo lento que envolve transformações históricas no modo de conceber a prática odontológica e a formação profissional e segundo, que dificilmente ela será radicalmente incorporada porque existirá sempre a dimensão meso da escola.

No entender de Silva Júnior e Ferreti (2004, p. 45), cada instituição escolar incorpora valores, normas e procedimentos, não como uma mera agência reprodutora das expectativas instituídas, mas também, com base em sua própria forma de se organizar e, assim, analisa, incorpora, nega ou modifica o que lhe é proposto. Penso que as DCNs, nos cursos analisados, nem têm sido absolutamente seguidas, nem absolutamente negadas e isso não pode ser entendido como um fracasso da proposta, mas como um processo em construção e previsível na dinâmica das instituições escolares.

1.3.2 Percepção dos professores acerca da formação profissional

Ao solicitar aos professores que manifestassem a sua percepção sobre o estereótipo de “bom dentista” – de um profissional competente – eu considerei o pressuposto de que é a partir desse olhar que eles constroem o perfil de aluno que desejam formar e, independente das dificuldades e limitações inerentes à possibilidade dessa construção, existe uma intencionalidade e um esforço que direcionam as ações. As respostas a essa questão foram consolidadas no quadro 3.

A percepção dos professores sobre o assunto segue a mesma tendência observada nas manifestações dos alunos e usuários, ou seja, para a maioria deles (87,5%) um dentista competente necessita de atributos que vão além do domínio técnico-científico, eles necessitam agregar, também, atributos ético-humanísticos. Apenas quatro professores se referiram a um dentista competente levando em consideração apenas os seus atributos técnicos.

Categorias (Atributos) Cursos	Técnico	Técnico- Ético	Ético- humanístico	Técnico e Ético- humanístico	Total
Públicos	2	—	14	—	16
Privados		2	7	5	16
Total	4	2	21	5	32

Quadro 3 – Percepção dos professores, por curso, sobre o estereótipo do dentista competente (bom dentista).

Para evidenciar esses resultados é pertinente mobilizar algumas manifestações dos professores:

(...) seria alguém que possa olhar pra o outro sem ver em primeiro lugar a boca (...). Então, se você consegue olhar o outro como outro ser humano, se consegue a partir dali ouvir (...). Ele deve ter um bom conhecimento da sua área específica, ele não pode deixar de ter, porque **o indivíduo que lhe procura, ele quer uma solução pro seu problema que é boca e dente (...) você tem que saber dar a resposta. Mas, eu diria que o bom profissional é aquele que não olha pra isso, ele consegue ver, através disso, outras coisas que realmente tá levando a esse problema que ele traz, específico da boca e do dente.** (Professora do curso público, doutora em Odontopediatria).

O relato dessa professora me remete a Pessoti (1996, p. 443), quando o autor afirma que o médico, em seu cotidiano, se defronta com um homem que tem um corpo que sofre reagindo fisiologicamente a toda uma gama de influências concretas do tipo emocional, cultural e moral. Apesar dessa necessidade, ele tem sido preparado, mais ou menos adequadamente, para tratar um paciente que não é nem homem, é um corpo humano.

Essa preocupação de evidenciar em um dentista competente a capacidade de saber lidar com a dimensão humana, revela que os professores percebem a necessidade de (re)significar a perspectiva apontada por Pessoti, que se manifesta nos depoimentos abaixo:

Um bom dentista é aquele que tem um elevado conhecimento técnico, que procura se atualizar mesmo (...). **Tem junto com ele um grau de humanidade muito grande, porque é uma profissão que depende da humanidade** e (...) ele tem que ter sempre... quem trabalha com saúde, tem que ter esperança no ser humano. (Professor do curso público, doutorando em Odontologia).

Um bom dentista, (...) ele deve ter o conhecimento da técnica da... vamos dizer, de todo conhecimento específico da área odontológica, ter esse conhecimento, estar aberto a sempre tá aprendendo, mas o que **eu falo que faz o diferencial do bom dentista é que ele saiba escutar (...) porque é uma área da saúde e o indivíduo que nos procura quer estabelecer aí um vínculo que eu chamo de confiança**, então essa necessidade do profissional (...) de tá mais atento ao ser humano, vamos dizer... mais humanizado mesmo (...) A gente não vai ter um psicólogo no consultório dentário, mas não se trata disso, mas ser alguém, um profissional que tá se relacionando com outro ser humano (...) e, às vezes, **um profissional é muito competente tecnicamente, dentro do seu conhecimento específico ele é bom, mas falta algo mais nele**. (Professora do curso público, mestre em Odontopediatria).

Um bom dentista é um profissional que é bem preparado do ponto de vista humano, que seja capaz de se comunicar com seus pacientes ou grupos populacionais onde ele vai intervir, ter capacidade de se comunicar e de se relacionar com os outros seres humanos. Além dessa característica, ele deve ter uma boa habilidade clínica. (Professora do curso público, doutora em Saúde Pública).

Eu acho que o bom dentista tem que saber respeitar bem o paciente (...) é uma coisa fundamental (...) **o bom dentista é aquele que enxerga o seu paciente enquanto ser humano** e se debruça sobre o problema (...). Tudo que o paciente fala tem que ser importante. (Professor do curso privado, doutorando em Imunologia).

O bom dentista, eu acho, que pontos importantes são: (...) tem que ter percepção daquilo que o outro deseja e sente em relação, se ele precisa de tratamento, ter um bom relacionamento -//- captar esse anseio do paciente em relação ao que ele deseja do tratamento, uma visão geral de odonto -//- não só como especialista, (...) ter uma atuação técnica boa -//- estar aberto a se atualizar sempre (...) saber respeitar o paciente (...) ele tá ali, então tem que ter **alguém que saiba cuidar, que tenha sensibilidade de conduzir esse paciente de uma forma humana -//- se você não gosta de pessoas, de lidar com pessoas, fica difícil você fazer um bom trabalho**. (Professora do curso privado, mestre em Ortodontia).

No discurso da maioria dos professores existe um esforço de formar profissionais com esses atributos. Muitos deles, no decorrer das entrevistas, descrevem vários exemplos vivenciados na prática docente que evidenciam essa tentativa de uma forma mais concreta. As manifestações que se seguem demonstram o interesse dos professores em trabalhar essa dimensão na formação dos alunos:

(...) é importantíssimo a conscientização do aluno com relação ao trato com o paciente, **eu tenho muita preocupação com isso, de passar pros alunos de que aqueles pacientes não são meramente fontes de prática para eles, mas, são seres humanos que buscam a solução dos problemas deles através da nossa profissão**. (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

(...) o aluno tem ou não tem, **ele já vem com isso mais ou menos formado de casa, e é difícil mudar, mas eu acho que não é por isso que você vai desistir, você vai tentar formar isso**, você vai tentar algo que você tá vendendo que você não concorda na maneira dele, você vai orientar, dando esse embasamento teórico, é pra isso que a gente tá aqui, mas essa parte fica mais fácil de dá (...) **eu acho que se o professor tentasse se tocar pra isso pode haver uma mudança porque é esse que vai ser o profissional do futuro** (...) eu acho que esse cuidado que você tem com o paciente (...) que acaba fazendo a diferença, que acaba enriquecendo e trazendo uma mudança, mas **não é tão fácil você conseguir passar isso para o aluno, mas sempre que você consegue uma oportunidade eu acho que vale a pena, eu acho que no ambulatório dá para fazer isso**. (Prof. do curso privado, especialista em Endodontia).

Para ampliar a visão da formação dos alunos na dimensão ético-humanística, eu busquei captar a percepção que os professores têm acerca da relação paciente-profissional, uma vez que, são com esses referenciais que os professores passam as suas mensagens concretas ou subliminares para os alunos.

Essa temática, de acordo com Seguer (1998), é pouco explorada na Odontologia, visto que, existe uma clareza nesse campo profissional de que a qualidade da atenção ao paciente se relaciona apenas à dimensão técnica da formação profissional e às condições de instalações e recursos materiais empregados.

Contradizendo tais afirmações, os resultados desse trabalho nos acenam para uma mudança no que se refere à visão que os professores vêm construindo acerca da relação paciente-profissional. Os resultados mostram que, ao menos no nível do discurso e da intencionalidade, está havendo uma valorização da dimensão ético-humanística quando se pensa nessa relação (QUADRO 4).

A maioria dos professores (81,3%) enfatiza a dimensão humana como referencial para o estabelecimento de uma relação paciente-profissional de qualidade, sendo que para 37,5% deles a dimensão humana está associada às dimensões técnica ou ética (Quadro 4). Esses resultados foram também evidenciados na voz dos alunos e dos usuários quando os mesmos se reportam a essa temática.

Entretanto, a manifestação dessa dimensão na prática dos profissionais é um processo que exige, não só uma mudança de cultura no âmbito da formação – e isso parece que está começando a ocorrer – mas, também, de um esforço individual dos sujeitos envolvidos porque o olhar sobre as relações interpessoais em saúde e a valorização da dimensão ético-humanística na relação paciente-profissional depende de inúmeros fatores relacionados aos perfis pessoais de cada profissional e, também, de cada paciente.

Nesse sentido, Seguer (1998) afirma que são inúmeras as reações dos pacientes que podem afetar o trabalho do profissional e que sempre deve existir uma co-responsabilidade no que acontece nessa relação.

Categorias (qualificações da relação) Cursos	Técnico	Ético	Humano	Téc.-Ético	Tec.-Hum.	Ético- Hum.	Outros	Total
Público	2	2	8	—	2	2	—	16
Privado	—	—	6	1	4	6	1	16
Total	2	2	14	1	4	8	1	32
%	6,3	6,3	43,8	3,1	12,5	25,0	3,1	100,0

Quadro 4 – Percepção dos professores, por curso, sobre a relação paciente-profissional

A percepção do grupo acerca dessa relação é expressa nos depoimentos abaixo:

(...) essa relação tem que ser, sem dúvida nenhuma, humana. Humana no sentido de você, a pessoa que vem ali, você tá diante de um ser humano, você tem que respeitar, o porque que ele tá ali? Porque que ele lhe procurou? Quais as necessidades dele? E você buscar aprender, exercitar escutar, ficar ali atenta e estar ali disponível pra escutar e pra servir, né? (...) **Tem que ser algo aí bem, bem humano, muito tranquilo, nada, vamos dizer assim... fantasioso, algo simples, um ser humano que procura outro**, e tá ali porque tem algo que o outro tá precisando e outro também, esse que tá precisando, também vai lhe dar algo, porque, sempre, em todas as relações têm troca. (Professora do curso público, mestre em Odontopediatria).

(...) A gente tem criticado... na nossa avaliação, tem colocado um item que a gente chama de ética profissional, digamos assim... a gente nota que o aluno deixa o paciente na cadeira durante 10, 15, 20 minutos, 1 hora e vai a procura de materiais. Então, **eu sinto um pouco da falta de respeito**, eu gostaria que o aluno tivesse um pouco mais de respeito porque ele tá aprendendo naquele paciente e eu acho que não tá sendo visto daquela maneira e a gente tenta dar esse enfoque, **mas é como eu já falei, é você conseguir colocar isso na cabeça de 70 pessoas ao mesmo tempo, é difícil, você não consegue olhar no olho de cada um e falar da maneira que você quer enfatizar, então, 5 ouvem e 30 vira a cara pro outro lado**, isso é meio complicado (Professor do curso público, doutor em Prótese).

A visão que eu tenho do atendimento ao paciente, ela é uma só, seja no consultório, seja na faculdade é o respeito ao ser humano (...). Tratar a pessoa com carinho, **eu acho que a chave da relação é uma relação de respeito e humanismo** (...). E a gente tem dificuldade de incorporar isso. (Professor do curso privado, mestrando em Implantodontia).

Eu procuro orientar o aluno a conhecer o paciente que ele tá tratando, tanto, às vezes, o psicológico, as dificuldades, os problemas (...) **Antes do aluno atender eu peço, eu oriento o aluno que converse com o paciente pra ele saber que tipo de pessoa ele vai começar a tratar** porque, no momento que você tá tratando a boca do paciente, é um lugar muito sensível, você tá tocando no paciente, e, muitas vezes (...) têm pessoas que começam a chorar. Naquele momento, ele tá num momento de estresse, de tensão que desabam (...) não pela dor ou pelo momento, mas por alguma coisa que reportou ele (...). **Então, eu peço muito ao aluno que ele conheça o paciente, que crie um vínculo com o paciente, de compromisso, de identidade,** que o paciente tenha vontade de ir às consultas. (Professora do curso privado, mestre em Odontologia).

Esses relatos demonstram que os professores têm se preocupado com a relação paciente profissional e têm buscado, na medida do possível, vivenciar esse discurso no cotidiano dos ambulatorios. Entretanto, muitos deles revelam as dificuldades e tentativas frustrantes para concretizar a intenção de formar profissionais com valores ético-humanísticos no estabelecimento dessa relação.

Desse modo, é necessário estar atento que é fundamental a implementação de projetos que criem um clima favorável ao desenvolvimento de valores e compromissos desejados na formação profissional (LUCAS, 1995, p. 216), mas, por outro lado, é pertinente, também, entender que o papel da escola na formação de profissionais éticos e humanos é limitado porque esses valores também nascem da experiência pessoal de cada sujeito (PESSOTI, 1996, p. 444). Existem valores como aqueles adquiridos na família, bem como as imposições do mercado de trabalho que limitam as ações da escola na formação do aluno (LUCAS, 1995, p. 215).

Com essa perspectiva, o modelo de análise apresentado na fundamentação teórica tenta esclarecer as múltiplas determinações que envolvem a formação ético-humanística dos dentistas e os determinantes neles destacados aparecem com muita frequência nos discursos dos sujeitos envolvidos nesse trabalho.

Ao refletir sobre a relação paciente-profissional, alguns professores evidenciam o sistema econômico (modelo de análise) com uma preocupação referente ao apelo mercantilista que envolve a profissão:

(...) você tem que ser honesto com seu paciente, mostrar o melhor e procurar seguir o melhor caminho, não visando somente o retorno financeiro. **Isso eu acho até triste da profissão, essa mercantilização excessiva** (Professora do curso privado, doutora em Periodontia).

(...) me incomodava bastante essa questão mercantilista dessa relação e eu não queria isso pra mim, então quando eu optei em fazer Odontologia eu tinha uma -//- que era (...) muito com o intuito de cuidar, era a relação de cuidado e **com a Odontologia eu vejo muito forte a questão da troca do trabalho por dinheiro, claro que tem que ser assim, que tem que sobre-**

viver, eu sei disso, mas na Odontologia isso estaria mais forte, eu não consegui (...) então, a relação aqui pra mim é maravilhosa porque aqui eu estou ensinando, aqui eu estou cuidando, sem aquela troca de dinheiro, né? (Professora do curso privado, mestre em Odontologia).

De fato, essa é uma preocupação que procede, uma vez que os valores éticos e humanos tendem a ser relativizados e, até, desprezados em sociedades nas quais predominam a elevada competitividade, a desigualdade e o consumismo exagerado. Na sociedade atual, falar em ética é fácil, todavia o que se vê é a máxima da vantagem a qualquer preço.

Eu gostaria de propor para reflexão um trecho da entrevista de um dos professores porque trás alguns elementos chaves discutidos nesse estudo:

(...) A gente lida com pacientes com problemas sérios, né, então, pacientes com câncer de boca é quase diário, uma vez por semana e a gente -//- tem que dar a notícia pra esse individuo, dizer o que é que ele tem, que é grave, pros seus familiares e coisa e tal. Então é uma carga emocional grande e o que eu faço questão de demonstrar é que todo paciente tem um nome, eu não chamo “Oi tia, senhora ou paciente” não, como é o nome dela? Dona Maria. “Oi D. Maria, como é que a senhora tá? Como passou essa semana?” (...). É preciso conversar, é preciso ter uma relação e saber muito mais do que a doença em si, mais sobre o contexto que a pessoa vive, ainda mais que muitas são, **por incrível que pareça... se você fizer um levantamento, talvez, 60 a 70% das doenças que a gente trata em estomatologia são de fundo psicológico, a grande maioria, uma simples afta, líquen plano... então, tudo tem um fundo emocional. A síndrome da ardência bucal, meu Deus! eu não sei quantas a gente tem atendido ultimamente**, principalmente senhoras mais velhas, e a causa da gente tá conversando e elas chorarem e chorarem muito porque a gente toca no fundo da questão, no ponto em que realmente é desencadeador de todo o processo e a gente faz isso e com responsabilidade, mas também com muito carinho, né. **Eu toco muito nos pacientes, toco na mão, toco no rosto, porque isso demonstra que você tá ali, que tá dando atenção pra eles naquele momento** e (...) Não tem nada mais importante do que você tá cuidando dele e podendo fazer alguma coisa (Professora do curso público, doutora em Estomatologia).

Essa referência ao toque no corpo do paciente é ressaltada por Sgreccia (2002, p. 118), quando ele afirma que todo médico sabe intuitivamente que ao se aproximar do corpo do doente, está, na realidade, se aproximando de sua “pessoa” de modo que o corpo é “sujeito” e não apenas um objeto de intervenção médica. Emerge, também, desse depoimento, a percepção atual do processo saúde-doença, mediante a qual a comunidade científica começa a se deslocar de uma visão puramente biologista para entendê-lo como um processo bio-psico-social. Outras manifestações esclarecem, também, esse olhar:

(...) são pacientes, normalmente portadores de condições crônicas, principalmente relacionada à dor, que tem um comprometimento emocional muito forte, então, (...) isso permite que eles exercitem mais, principalmente a

sua capacidade de percepção, a sua capacidade de, vamos dizer, de...até de manuseio desse tipo de paciente porque, às vezes, eles chegam até pra mim e falam: **“acho que o senhor precisa conversar com o paciente tal porque eu to achando que ele tá com algum problema porque ele estava evoluindo bem e de repente, ele, de uma hora para outra começou a piorar.** Então veja, converse com ele porque pode ser que ele esteja tendo algum problema”. **Então, eles já conseguem detectar até alterações comportamentais.** (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

(...) o ser humano -//- não foi privilegiado no meu tempo (...). Hoje eu vejo que os alunos tão mais ligados (...) os alunos tão começando a enxergar isso. **Os nossos pacientes de periodontia nesse ponto têm um perfil interessante. A periodontia é a especialidade odontológica que consegue ver o paciente como um todo porque não tem como diagnosticar uma doença periodontal sem avaliar -//- o paciente -//-** já começa a abrir a cabeça do aluno pra começar a enxergar o paciente como um todo e começar a enxergar o papel do lado humano (...). **Por exemplo, pacientes estressados que podem desenvolver doenças periodontais por causa do estresse,** o aluno tem que enxergar isso (Professora do curso público, mestre em Periodontia).

Portanto, tais percepções são corroboradas por Sallum e outros (1999, p. 63-64), quando estes argumentam que os fatores psicossociais parecem alterar o comportamento social e individual das pessoas, existindo uma possível associação entre a doença periodontal e alguns fatores de ordem psicossocial como o estresse emocional, a ansiedade, o medo, a depressão e o tabagismo. Para os autores, os pesquisadores estão mais atentos ao perfil emocional dos indivíduos e à influência deste na saúde bucal.

A Odontologia vem intensificando investigações e estudos que permitam ao profissional a mais adequada compreensão do paciente. Este processo tem exigido um conhecimento mais amplo e seguro de relações psicossociais e intra/interpessoais de forma a relacioná-las com o quadro clínico apresentado pelo paciente (Rodrigues e Serpa, 2001, p. 84).

Essa “nova” perspectiva cobra dos profissionais de saúde novas posturas relacionais com o paciente, conforme já discutido na fundamentação teórica. Uma postura que envolve comunicação, acolhimento, compreensão, continência... exigindo cada vez mais, conhecimentos das ciências humanas e autoconhecimento por parte do profissional

A busca de autoconhecimento propicia, não só desenvolver a habilidade de perceber o jogo das relações transferenciais e contratransferenciais, como também assumir o comando nesse jogo de modo a evitar a relação contratransferencial negativa. Esta, de acordo com Seguer (1998, p. 36), dificulta a adesão dos pacientes ao tratamento e, principalmente, o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente.

Nesse sentido, Benetton (2002, p. 83) afirma que a base psicológica da vinculação é a transferência e a contratransferência. Um dos professores explicita, no relato abaixo, a sua percepção dessa relação e a forma de lidar com a questão:

(...) se você hoje não tem um pouco de inteligência emocional, você vai ter muita dificuldade com os pacientes de hoje, quando eu digo hoje, eu não posso falar em uma abordagem histórica disso porque eu não tenho os dados em minha mão, mas, a cada ano que passa, eu acho as pessoas mais ansiosas, né. Dentro da minha clientela, eu tenho visto... é muito difícil de se lidar, pessoas que não se conhecem, partem no automático. Então, tratar pessoas dessa forma requer habilidade emocional. Ontem mesmo, eu passei por uma situação que uma paciente tava numa reabilitação, ela faltou todas as revisões, eu mandei dois ofícios comunicando, ela faltou, não veio, era uma paciente que tinha bruxismo perdeu a placa de mordida, me apareceu ontem com a prótese quebrada, que é um custo alto -//- ela simplesmente dizia: “eu não me conformo com isso! ter -//- eu acho isso um absurdo”, ela não queria nem ouvir a justificativa. **Se eu entrasse na mesma energia dela de rebater isso da forma que ela tava esperando, ia ter problema, porque não era por causa do dente que ela tava... ela tava brigando por outra coisa, a pessoa se sente injustiçada pela vida... alguma coisa lá ela tem** -//- então precisou... para aí, vem cá, como é que tá você? -//- contornando um pouco isso e as coisas se resolveram. (Professor do curso privado, mestrando em Implantodontia).

Apesar das dificuldades enfrentadas e das limitações pessoais, algumas manifestações esclarecem um movimento de mudança no comportamento dos professores no que se refere ao modo de lidar com os pacientes e na orientação – ou no exemplo – que estes vêm dando aos alunos:

(...) se você conversasse comigo há quatro anos atrás eu não saberia nem o que eu tava te falando, eu não saberia nem reconhecer isso que agente tá conversando, mas eu acho que essa coisa da emoção ela é a coisa mais extraordinária do ser humano (...) eu acho que agente poderia incorporar isso na formação dos professores, ter o serviço (...). Uma pessoa que pudesse propor atividades (...) na área, eu acho que essa seria uma contribuição assim... muito, **uma sugestão efetiva pra uma instituição, trazer o psicoterapeuta pra realidade, primeiro fazer as pessoas entenderem o que é que é emoção, o que é esse raio de amor** -//- esse carinho (Professor do curso privado, mestrando em Implantodontia).

Pode até ser um pouco mais meu, mas o que a gente sente é que **todos têm um trabalho mais ou menos nesse contexto, principalmente as pessoas mais jovens**, né, que chegaram junto comigo, até porque nós temos informações muito parecidas (...) Existem professores mais antigos, mas também nunca deixaram de ter esse perfil, talvez um pouco menos acentuado (...) **então a gente faz questão de ter vários estagiários, vários substitutos e todos eles começam a ter também esse tipo de atitude** -//- isso me deixa feliz, de ver a receptividade que os pacientes têm em relação aos profissionais pela forma que eles são tratados, isso a gente pode garantir (Professora do curso público, doutora em Estomatologia).

A gente trata ainda o paciente sem o respeito que ele merece (...) mesmo nessas instituições que têm todas as condições pra ser diferente, mas, na prática desses professores que vêm da outra prática se perpetuam, ou seja, não considerando o paciente enquanto ser humano. Ai ele é paciente, ainda é o objeto de aprendizagem do aluno. Eu acho que apesar da gente tá aí no momento de ter consentimentos esclarecidos, isso passa longe da realidade, inclusive por parte dos professores, inclusive por minha parte também. Você tá num dia a dia tão... aquela coisa, tem que fazer o ambulatório funcionar (...) e que você vê isso na realidade, na escala de prioridades acaba sendo lá no final, sendo que a gente nas disciplinas, por exemplo de cariologia, a gente sempre tenta valorizar o paciente (...) a gente procura valorizar muito e fazer com que o aluno pegue isso. Eu ainda vejo limitações em mim mesmo em relação a isso, apesar de ter isso muito claro, (...) Eu não trato o paciente como ele merece e tem gente que nem tem claro, tem gente que acha que não, que o paciente tá lá pra aprender. (Professor do curso público, doutorando em Odontologia).

Nesse último depoimento, quando há uma referência ao “professor que vem de outra prática”, na verdade vem embutida a idéia de que existe uma tendência dos professores mais jovens, “da prática atual”, terem um comportamento mais cuidadoso com os pacientes e isso é confirmando no relato anterior.

Ao serem questionados sobre o que é “fazer bem ao paciente”, ou seja, como é compreendida a beneficência na Odontologia, alguns professores se referem a esse princípio em sua dimensão conceitual:

Antes de tudo, é não fazer o mal (...) esse é o primeiro aspecto, tudo que não sirva a maleficência é beneficência. (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

Na perspectiva de Sgreccia (2002, p. 167), a beneficência tem um sentido maior que o “princípio de não malefício”, uma vez que o princípio da beneficência não comporta apenas o abster-se de prejudicar, mas implica em fazer ativamente o bem e até de prevenir o mal.

(...) realizar os procedimentos mais adequados àquela situação que ele tá vivendo. Quando eu digo assim, não confundir com a técnica mais sofisticada ... É difícil debater os princípios de uma forma separada, eu to com vontade de já engatilhar com os outros, eu não consigo muito discutir beneficência sem tá discutindo também autonomia, porque, **muitas vezes, por um esforço de tentar fazer a máxima beneficência, a gente faz a mínima autonomia, o ótimo pra você é isso e a gente acredita mesmo que o ótimo é esse, certo, mas (...) de repente não é o ótimo que ele quer** (Professora do curso público, mestre em saúde Coletiva).

Fazer bem ao paciente **é fazer o bem dentro da concepção que o paciente considera que é bem, em que haja um equilíbrio entre a condução dele e a minha.** (Professor do curso público, doutorando em Odontologia).

O que é fazer o bem? Então se o paciente procura, ele quer algo. Você tem que ver a partir do que é necessário e a partir do que ele, vamos dizer assim... nenhum indivíduo é vazio, ele sempre tem algo. **Então, o que é que ele busca? O quê que ele quer? É como se juntasse esse que tá do lado de cá, que sabe as coisas da Odontologia (...) e o paciente, ele vem querendo algo, ele busca algo... mas é um juntar**, não exatamente o que você quer, não exatamente como o outro quer, mas ter aí uma junção disso e conversar, ter uma troca e chegar a algo. (Professora do curso público, mestre em Odontopediatria).

Conforme os conceitos sugeridos acima e já discutidos anteriormente, fica explícito que a beneficência é uma noção muito ampla e, segundo Sgreccia (2002, p. 46) ela deve sugerir valores de referência e linhas de escolhas operativas. De fato, a beneficência, como citada nessas manifestações, deve ser compreendida em ação, ou seja, prevê o diálogo com os pacientes para entender o que ele está compreendendo como o melhor para ele, prevê clareza por parte do profissional quanto ao que ele considera que é o melhor para o paciente e, conforme evidencia os dois últimos depoimentos, prevê negociação entre ambos.

Dessa forma, é mesmo difícil praticar o princípio de beneficência desarticulado do princípio da autonomia, como chama a atenção um dos relatos acima. Assim, diferente da perspectiva americana que tende a considerar prioritário o princípio da autonomia, Sgreccia (2002, p. 167) advoga que o princípio do benefício deveria ser posto no vértice, visto que o princípio da autonomia faz parte do benefício e está a seu serviço.

De acordo com o quadro 5, quase a metade dos professores (46,9%) atribui valores técnico-humanísticos à noção de benefício e uma porcentagem relativamente alta deles mobiliza apenas a dimensão técnica para referenciá-lo.

Categorias (qualificações para beneficência) Cursos	Técnico	Tec.-Ético	Tec.-Humano	Tec.-Ético- Humano	Outros	Total
Público	3	2	7	1	3	16
Privado	5	1	8	1	1	16
Total	8	3	15	2	4	32
%	25,0	9,4	46,9	6,2	12,5	100,0

Quadro 5 – Percepção dos professores, por curso, acerca de beneficência (o que é fazer bem ao paciente?)

O resultado se aproxima daqueles encontrados para os alunos, uma vez que essas dimensões, também foram as mais referenciadas por eles, sendo que a dimensão técnica, para os alunos, foi maior do que a técnico-humanística.

Alguns professores, ao se reportarem à noção de beneficência fazem associações com a maleficência, assinalando que nem sempre é possível alcançar o completo benefício, seja por limitações técnicas ou por limitações econômicas dos pacientes. Nesse sentido, “a riqueza infinita da vida moral escapa à possibilidade de armazená-la rígida e esquematicamente nos princípios” (SGRECCIA 2002, p. 168), pelo fato de que a experiência ética não trata de dados matemáticos, ela tem que lidar com situações históricas e com subjetividades, de modo que, mesmo nas consciências mais transparentes, haverá sempre a possibilidade de conflitos nos julgamentos.

Assim, segundo os professores, emerge no cotidiano da profissão e da formação profissional dilemas éticos que envolvem escolhas difíceis, uma vez que fazer o bem, muitas vezes, não significa fazer o melhor, tecnicamente disponível e apropriado ao problema em questão, mas fazer o melhor dentro das possibilidades existentes.

(...) eu vou levar (...) todos os benefícios possíveis e imaginários que eu possa fazer ali naquele meu trabalho (...) Pode ter o mal? (...) e aí todo mundo diz: não, não pode. Você vai levar o mal em alguns momentos, você vai mutilar seu paciente em algum momento, mas é um mal que é pra o bem maior que é a vida em alguns momentos, vai mutilar uma mandíbula de um paciente que tá com carcinoma, mas às vezes é pra ele ter a possibilidade do bem maior que é a vida. Então, em alguns momentos quando a gente precisa levar o mal, uma quimioterapia, uma radioterapia que traz seqüelas enormes pro paciente, mas é um mal que é um mal que vai ao bem, o benefício que ele vai receber vai ser superior ao mal que ele tá recebendo. (Professor do curso privado, mestrando em Deontologia e Odontologia Legal).

(...) é desejável que sempre se tente fazer o bem, sempre que possível, né, e o que a gente acha que talvez seja o mais complicado pra gente profissional, dentro de uma escola pública é, às vezes, a gente ter que oferecer um determinado tipo de tratamento que pode não ser o mais indicado ou melhor pro paciente, em virtude da gente não ter o melhor e de ser mais indicado. Eu acho que talvez esse aspecto seja o que a gente infrinja com mais evidência o princípio, vamos dizer assim (...) eu acredito que talvez esse seja o principal fator e, **às vezes, até esse tipo de conduta se reflita no aluno que a gente tá formando porque, a gente, teoricamente, a gente sabe o que é melhor, e muitas vezes a gente não pode executar o melhor. Então, talvez passe uma idéia errônea pro aluno de que não se deva, não diria que não se deva, eu diria que talvez seria aceitável e permissível não se usar o melhor pra fazer o bem.** (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

Quando esses e outros professores trazem a reflexão da maleficência, emerge uma outra questão que é o erro médico-odontológico, um problema que se espera acontecer em unidades de ensino dada à própria condição de aprendiz do aluno. Foi, então, sugerido aos professores que estes comentassem sobre como eles têm lidado com o erro na formação dos alunos.

De acordo com os relatos analisados foi possível chegar às seguintes interpretações: (1) o erro é percebido como um acontecimento raro, seja porque alguns professores acham que têm o controle da situação ou porque, na minha interpretação, eles minimizam os erros, considerando apenas as situações mais graves; (2) Uma conduta comum a todos os professores é a busca de solução imediata para o erro, de modo que o paciente sofra o mínimo de consequências. Em geral eles assumem o comando da situação, embora, algumas vezes, o próprio aluno é estimulado a reparar o seu erro quando o paciente aceita e o aluno tem condições técnicas e emocionais de continuar com o atendimento; (3) embora a maioria dos professores conduza a situação revelando aos pacientes o fato, o que, segundo os princípios da Bioética, é o correto fazer, alguns deles agem de forma contrária, achando desnecessário comunicar aos pacientes o ocorrido. A justificativa para tal atitude é que a gravidade do erro não é tão grande, de modo que é melhor poupar os alunos desse constrangimento e preservar a confiança que os pacientes têm neles. Essa é uma questão que merece uma discussão ampla dos professores, uma vez que, no intuito de preservar o aluno, está se dando um exemplo de falta de ética; (4) A atitude com os alunos é, quase sempre, conversar em sigilo, de modo a não expô-los a situações constrangedoras.

As reflexões feitas nessas conversas, na maioria das vezes, estão relacionadas aos aspectos técnicos que envolvem o erro, embora alguns professores relatem uma argumentação ética na conduta com os pacientes. Em alguns depoimentos os professores esclarecem a grande dificuldade em lidar com o comportamento ético de alunos, frente às situações de erro:

O que choca é a diferença de como recebe, de um aluno pra outro; por exemplo teve um aluno que ocorreu um incidente, que o aluno ficou arrasado e que a gente chamou a atenção (...) com muito carinho e tem **aquele aluno que quando a gente acabou de falar tudo disse assim: “Professor, mas eu achei ótimo porque eu nunca tinha visto uma perfuração”**. E o que é que você faz numa situação dessa? **Você machucou o outro, você prejudicou o paciente (...)** “Ah! Mas eu estou na faculdade pra isso, eu estou na faculdade para aprender, essas coisas tem que acontecer”. Na clínica IV, agora, a aluna vai formar e eu acabei entrando no meio para tentar contornar -//- e quando (...) acabou toda a conversa, ela falou assim: “Mas vocês sabem que a responsabilidade é toda de vocês, eu já me informei, já falei até com um advogado porque eu sou só uma aluna, vocês é que são os professores” (...). Não é possível que uma pessoa tenha uma atitude dessa

aí. Você vai conseguir dá uma aula de ética pra essa aluna? você vai conseguir dá uma aula de respeito ao paciente pra uma aluna dessa? claro que não! (...) uma pessoa que vira e fala, depois que termina, que você explica para a pessoa um erro inaceitável para pessoa que esta formando agora, depois que você consegue contornar tudo com o paciente (...) Quando eu terminei de conversar ela disse assim: “É, eu acho que vocês estão preocupados assim porque vocês sabem que a responsabilidade é toda de vocês, eu já me informei com o advogado”. O que é isso? A relação não é essa não, então um aluno desse sempre vai ser complicado. (Professor do curso privado, especialista em Endodontia).

Quando foi perguntado aos professores se eles se percebiam estimulando a dimensão ética e humana na formação dos alunos, a grande maioria deles acredita que está exercendo esse papel. A autopercepção dos professores coincide com as respostas dos alunos quando quase 100% deles percebem esse estímulo em sua formação. Do mesmo modo, a maioria dos usuários, também expressa que são atendidos no curso com base nesses referenciais.

No estímulo à dimensão humanista aparece, com frequência, nos depoimentos, uma compreensão dessa dimensão que remete ao cuidado, ao acolhimento e ao vínculo, sendo que, segundo eles, algumas habilidades são requeridas dos profissionais para uma atuação dentro de princípios, tais como: saber escutar; saber lidar com sentimentos (habilidade emocional); compreender as limitações sócio-econômicas dos pacientes; estar atento e respeitar a dor do paciente, seja ela física ou emocional; e ter paciência, cordialidade, tolerância, carinho, afeto e respeito pelo paciente. Essa perspectiva de humanização que os professores trazem é apresentada por Sgreccia quando ele afirma:

Fala-se hoje de “humanização da medicina”, mas sob este termo se escondem conceitos diversos (...) há quem entenda essa expressão como a importância da relação intersubjetiva entre o paciente e o pessoal da saúde diante da invasão da tecnologia ou da massificação dos hospitais; há quem a entenda como a introdução dos estudos humanísticos, especialmente da psicologia, nos planos de estudo das Faculdades de medicina; mas, o significado mais profundo dessa tendência (...) consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano. (SGRECCIA, 2002, p. 111).

No estímulo à dimensão ética, a compreensão para a maioria dos professores é quase que exclusivamente centrada na ética principialista. Eles citam os princípios da bioética, enriquecidos de exemplos que enfatizam as formas pelas quais eles buscam concretizar na prática tais princípios, ainda que não seja um conteúdo formal das suas disciplinas. Apesar das manifestações de cumprimento dos princípios, as dificuldades diante dos dilemas éticos e os equívocos cometidos são evidenciados em alguns relatos:

(...) no ambulatório é uma atuação onde existe uma imposição deles, né, dos alunos, onde a autonomia do paciente tá comprometida, onde a beneficência, de uma forma geral, é comprometida porque **o benefício ao paciente às vezes não é pra o paciente, é para o aprendizado do aluno** (Professor do curso privado, mestre em Deontologia e Odontologia Legal).

A gente fala que eles têm que explicar (...) a opção de tratamento para o paciente pra que seja assim uma coisa definida em conjunto, lógico, assim, nas decisões (...) Por exemplo, o ideal seria que a gente só pegasse paciente que chegasse, teoricamente, livre da doença cárie pra que a gente chegasse e fizesse só o tratamento da seqüela, né, só que a gente não consegue isso (...) **na verdade, eles precisam de um número mínimo de coisas a seguir, então a gente não quer que uma pessoa passe o tempo inteiro fazendo procedimentos da saúde bucal e sair da dentística sem nunca ter feito uma restauração, então a gente quer que ele faça restaurações, às vezes eu falo -//- é antiético, eu acho -//- e você tá indo contra uma coisa que você acredita mas você, ao mesmo tempo, você tem que ensinar a ele a parte prática também porque o tempo que a gente fica é tão curto. Então, então é isso, pra gente, às vezes, a gente fica num dilema -//- com a boca nesse estado eu vou fazer uma restauração nesse paciente?** esse aluno tem não sei quantos dias que só pega gente assim (...). A gente tá chegando no final do semestre (...), eu acho que, às vezes, a gente acaba não dando exemplo de ética -//- manda fazer uma coisa que é contra o que a gente mesmo acredita (Professora do curso público, doutora em Dentística).

Os referenciais que os professores usam para estimular os alunos em relação ao desenvolvimento da dimensão ético-humanística da formação são aqueles já relatados no discurso dos alunos, ou seja, fidelização da clientela, se proteger de problemas jurídicos, valorização do ser humano e conseguir alcançar a confiança do paciente e a sua adesão ao tratamento.

Ao se referir às suas tentativas de trabalhar essas dimensões, muitos professores revelam o quanto é complexo educar o aluno nesse sentido. Segundo eles, é preciso uma vigilância constante nas atividades clínicas para conseguir certo “controle” dos deslizes e infrações cometidos, do desejo excessivo de executar procedimentos que desejam aprender, muitas vezes, ferindo os princípios bioéticos da beneficência e da autonomia, conforme manifestações abaixo:

Outro dia mesmo, uma aluna minha fez uma... foi no semestre passado, fez uma restauração linda, uma das mais bonitas que foi feita naquele período e quando ela tirou o paciente ele tava todo se contorcendo e eu falei: o senhor tá sentindo dor? Ele falou: tô. Aonde, nesse dente? Ele falou: não nesse dente aqui de trás. Eu falei: mas você falou pra ela? Eu falei, mas ela disse que tinha que restaurar esse aqui primeiro. A nota dela de prática daquele dia foi zero. **Por que? Mas professora eu fiz a restauração mais linda da minha vida! Eu falei: esse foi o procedimento mais feio que você podia fazer que é a falta de escutar o seu paciente, entender o que ele está precisando naquele momento. Poxa-//-o que você fez, a restauração, você aprende com o tempo, a sua habilidade manual, a sua melhora nas restaurações você ganha com o tempo, com a sua prática, mas esse olhar**

não, esse olhar, ele é construído aqui (...); ganhei uma intriga mortal porque ela achou que fez a melhor restauração que ela tinha feito na vida e que eu persegui ela -//- pediu para mudar de professora -//- porque você não valorizou o meu trabalho como eu valorizei. Eu valorizei o seu trabalho, mas eu to lhe avaliando muito mais como pessoa (...). Porque ele é avaliado pelo que ele faz, pela idéia pré-concebida -//- e por valorizar um pouco na prática essa relação, uma relação mais humanista entre ele e seu paciente. Mas isso eu queria te dizer não é uma coisa geral, você tem alunos bem engajados, alunos com outro olhar, que trabalham isso, a gente valoriza e então eles ficam felizes de trabalhar. (Professora do curso público, doutora em Dentística).

A gente procura sempre referenciar isso (...) criticar , né, algumas posturas, **a gente sempre tá vigiando o que tá acontecendo, infelizmente, isso é notório, a gente não consegue ter vigilância 100% nos alunos porque são 60 pessoas, 60 alunos dentro de um ambulatório, não há professores suficientes pra ter uma vigilância constante,** né, a gente vai passando, olhando, mas, **infelizmente, acontecem colocações erradas de vocabulários, né, palavras mal colocadas e até procedimentos não tão éticos, não tão indicados.** (Professor do curso privado, mestre em Prótese).

Esse último depoimento traz uma reclamação freqüente dos professores, no que se refere à dificuldade de acompanhar todos os alunos nos atendimentos, pela própria dinâmica dos ambulatórios: demandas técnicas, problemas de instalações e de recursos materiais, número de alunos, entre outros. Para muitos deles, sobretudo os do curso privado, uma das maiores dificuldades enfrentadas, é a proporção desfavorável na relação professor/aluno nos módulos de práticas. De fato, uma relação assim é mais favorável no curso público (um professor/cinco alunos) do que no privado, a qual, em algumas disciplinas, chega a ser de um professor para dez , ou até, quinze alunos.

Na manifestação que se segue emerge o problema contemporâneo da sociedade no que se refere às perdas de valores éticos e humanos. Ao refletir sobre a questão, a professora de Saúde Coletiva chama a atenção para uma discussão já feita anteriormente que confirma a dificuldade que os professores da área têm de fazer valer o seu discurso com base nesses valores:

(...) A gente for capaz de formar esse profissional cuidador, se ele é capaz de não ver apenas restauração e curativos e sim do outro que vai receber um cuidado que merece, esse cuidado geral (...). **Agora como a gente é da social, tem esse negócio que a gente é uma mala sem alça, sabe? Esse discurso nosso, muitas vezes, se perde na dimensão técnica que ele não dá muita atenção nesse momento ainda, a essa dimensão humana, sabe, essa dimensão tão profunda que é (...).** Mas assim... como tá uma transformação ainda em curso, ele não se dá conta da riqueza desses comentários. **A gente tem a dificuldade de usar esse discurso aí do ético-humanista, isso perdeu o valor, não é mais valor social, ser humano ou ser ético e aí você vai por outros caminhos pra chegar nisso, você vai pela atenção, você**

vai por tecnologias preventivas, você vai pelo controle social, pela democracia, você não vai pelo aspecto que é o central. (Professora do curso público, doutora em Saúde Pública).

Ao se dar conta da dificuldade de mobilizar os alunos usando como referência os valores éticos e humanos, por si só – o que talvez possa trazer embutida a idéia de um “discurso piegas” – a professora sugere o uso de um discurso científico que possibilite a emergência dessas dimensões, de modo que possam ser trabalhadas nas entrelinhas do processo educativo.

Eu penso que é uma alternativa, entretanto, é necessário vencer o preconceito de que nas universidades só se deva discutir tecnociência, até porque a própria ciência na área de saúde tem exigido, cada vez mais, o aprendizado sobre os sentimentos e emoções dos pacientes e dos próprios profissionais.

Ao analisar a voz dos professores fica claro que existe uma valorização relativa às questões éticas e humanas na formação profissional, entretanto, emergem em seus discursos inúmeras dificuldades pessoais e coletivas de lidar com essas questões. Em vista disso, parece necessário a promoção de debates nessa área no sentido de produzir reflexões que ajudem os professores a conduzir essa dimensão da formação dos alunos com bases mais sólidas do que apenas o desejo e a intuição.

6.4 A VOZ DOS USUÁRIOS

Confrontar os discursos eruditos e científicos do meio acadêmico com os discursos concebidos por diferentes sujeitos envolvidos na formação profissional, nesse caso, os usuários dos ambulatórios dos cursos, pode contribuir para a compreensão do processo de formação profissional. Com essa perspectiva, foram entrevistados 36 usuários (18 do curso público e 18 do curso privado), na faixa etária de 16 a 67 anos, sendo 21 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Chaves (2005, p. 145), também entrevistou um maior número de usuários do SUS do sexo feminino e, segundo a autora, seu estudo reflete uma realidade freqüente de maior procura e uso de serviços de saúde, inclusive odontológicos, por parte das mulheres.

Do ponto de vista de inserção no processo produtivo, o grupo caracteriza-se por apresentar uma grande variedade de ocupações (vendedores ambulantes, faxineiros, porteiros, mecânicos, agentes comunitário de saúde, agentes de limpeza, motoristas, artesãs, músicos, manicures, comerciantes...), sendo muitos deles estudantes, aposentados e donas de casa. Ainda que não tenha sido registrada a renda desses usuários é possível inferir, a partir das informações e de muitos dos seus relatos sobre as suas condições financeiras, que o grupo apre-

senta um baixo capital econômico.

O tempo de entrevista variou entre 8'05'' e 51' e essa variação está relacionada ao perfil dos sujeitos, à capacidade de abstração destes e ao comportamento que cada um manifestava ao se confrontar com a experiência de ser entrevistado por meio de gravação. Muitos tinham vergonha, dificuldade de se expressar, medo de perder a sua “vaga” no serviço ou preocupação de comprometer os alunos. Diante das dificuldades, muitas vezes eu tive que interromper as entrevistas e conversar sobre essas questões, procurando deixá-los o mais à vontade possível, entretanto, para alguns era difícil superá-las, sobretudo quando se tratava de dificuldade de abstração e/ou expressão.

Em relação ao tempo em que estavam sendo atendidos nos cursos, houve uma variação entre um mês e três anos, embora alguns usuários do curso público estavam retornando após terem sido atendidos no passado. Quanto ao acesso ao serviço odontológico identifiquei três grupos de usuários: (1) aqueles que nunca tinham sido atendidos por um dentista; (2) aqueles que tinham muitos anos que não iam ao dentista; e, (3) aqueles que eram atendidos em postos de saúde do SUS, clínicas populares ou, mais raramente, convênios populares privados.

Bernd e outros (1982, p. 37) relatam que, em seu trabalho, houve dois níveis de dificuldades que devem ser superadas para chegar ao dentista. O primeiro deles é interno, subjetivo e diz respeito a seus medos, traumas, fantasias. O segundo é externo e objetivo e se relaciona com dificuldades de marcação de consulta, esperas prolongadas e interferências do cotidiano.

Neste estudo, a dificuldade de acesso é justificada por restrições financeiras ou medo do tratamento odontológico. Para aqueles que tinham acesso, as dificuldades relatadas se relacionam às experiências negativas com os profissionais que os atendiam nos lugares referenciados. As dificuldades são expressas nos relatos abaixo:

(...) voltei agora porque o dinheiro não deu, eu moro de aluguel, tenho filho e tudo, **então o dinheiro que a gente ganha é curto e a gente acha um lugar, assim, pra fazer sem custo, entendeu?** De graça, como diz, melhor ainda, né? É bem melhor, claro! (usuário do curso público, 35 anos, porteiro).

Eu tinha medo não, eu tinha trauma de sentar na cadeira do dentista, tinha medo não sei porque, mas tinha medo. Depois que eu comecei a ser atendida aqui, o medo acabou. (usuária do curso público, 26 anos, dona de casa).

Teve um dentista que eu fui uma vez lá em Cajazeiras onde eu moro, eu fui naquele dentista e fiquei com medo dele quando ele arrancou meu dente ele nem deixou a anestesia pegar direito, foi logo botando e na

mesma hora eu senti, ali eu fiquei com medo, entendeu? Fiquei um pouco com trauma (...), **eu tenho um pouco de trauma por causa desse dentista.** (usuária do curso privado, 30 anos, dona de casa).

Em vista dessas dificuldades, o acesso aos serviços da faculdade representa, para muitos dos usuários, um presente divino, uma dádiva alcançada, conforme evidenciam as manifestações transcritas abaixo:

Não sei nem como agradecer (...) pois foi a melhor coisa que fiz na minha vida e eu nunca imaginava de conseguir isso, **foi Deus que mostrou.** (usuária do curso privado, 30 anos, dona de casa).

Ah! É muito difícil. **Em março quando eu vim, eu dormi aqui para conseguir uma vaga, foi 2 mil pessoas, aí eu consegui uma vaga.** Me deram um papelzinho e eu vim na sexta, marcou e agora eu venho toda segunda. No começo foi um pouquinho ruim, porque tive que dormir aqui, mas agora está tudo bem. (usuária do curso público, 38 anos, dona de casa).

É difícil você conseguir uma vaga aqui. Por isso eu não tenho o que reclamar, tá ótimo! (...) Geralmente as pessoas vêm para cá porque não têm condições, mas se eu tivesse condições e conhecesse aqui, eu vinha aqui. (usuária do curso privado, 30 anos, dona de casa).

Ao analisar esses depoimentos que representam a fala de muitos dos entrevistados, fico pensando no quanto o sentimento de gratidão pode interferir na avaliação que esses “cidadãos privilegiados” fazem da atenção recebida nos cursos. Ainda que eu não tenha respostas para a questão, ela me inquieta e era preciso registrá-la apenas para reforçar a idéia de que, nas entrelinhas dos conteúdos manifestos nos discursos de alto nível de satisfação com o atendimento recebido nos cursos, podem existir conteúdos latentes que influenciam esses discursos, ou seja, as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, somadas à atenção recebida “lá fora” (SUS e clínicas populares), vivenciada tão negativamente, tendem a determinar uma supervalorização do atendimento nos cursos.

Ao analisar o nível de satisfação de usuários de planos de saúde, classificados como pertencentes às classes burguesas e proletárias, Cartaxo (2004) também encontra um elevado nível de satisfação. No caso da categoria proletária, a grande satisfação, do mesmo modo que nesse estudo, ocorre porque o acesso a serviços odontológicos, anterior à adesão ao plano, era pelo SUS, de modo que o tratamento oferecido se limitava à extração dos dentes. Nesse julgamento, eles levam em consideração o fato de conseguirem finalizar os seus tratamentos, com uma atenção mais integral. Assim, o autor sugere que a deficiência no atendimento público odontológico em Salvador, em relação à continuidade e a integralidade da assistência,

influenciam no alto grau de satisfação dos usuários dos planos de saúde.

O nível de satisfação elevado é, muitas vezes, justificado, conforme manifestações dos entrevistados, por procedimentos ou atitudes que são, ou deveriam ser, rotina nos atendimentos:

(...) não tenho do que me queixar do tratamento aqui. **Pra mim é um tratamento de 1º mundo**, eu ando conversando com as pessoas e todo mundo só fala nisso, os alunos aqui são incentivadores no tratamento, me incentivavam bastante. Eu acabei descobrindo coisas que nem na escola eu aprendi que foi a maneira de escovar os dentes, vim aprender aqui em pouco tempo, de dois anos pré cá e pra mim tá sendo um sucesso entendeu? (usuário do curso privado, 34 anos, comerciante ambulante).

Eu gostei do atendimento (...), **os alunos são muito atenciosos, dão bastante atenção pra gente. Hoje em dia, com o conhecimento deles, vem e chamam mais pelo nome, já tem tanto conhecimento com a gente que dá uma chamadinha, não precisa nem gritar, já conhece a fisionomia**, quer dizer, eles fixaram bem a fisionomia, já conhecem bem, **é um sinal que eles dão atenção à pessoa** (...) São pessoas atenciosas, às vezes acontece o atraso, isso existe em tudo que é canto, então a gente não pode se aborrecer com os atrasos. (usuária do curso privado, 34 anos, promotora de vendas).

Se a gente tá ali na sala ali, vê ali na sala todo mundo que vai chegando naquela sala ali pegando esterilizado (...). É, quer dizer que a gente tá vendo que está sendo esterilizado, né? (...). Vê que eles botam luva, o negócio do cabelo, botam a máscara, fica parecendo que tá com paciente cinco estrelas. (usuário do curso público, 32 anos, cambista).

Ainda que eu faça essa ressalva, é muito evidente a satisfação dos usuários com o atendimento recebido em ambos os cursos. Fica bem demonstrado no quadro 6 onde se observa uma frequência maior de depoimentos positivos do que negativos. As relações interpessoais positivas, sobretudo no que se refere à dimensão humana (atenção, carinho, amizade, cuidado...) são os aspectos mais valorizados no atendimento, conforme explicitam as afirmações dos entrevistados:

Desde o primeiro atendimento as pessoas me trataram super bem, não tenho o que falar daqui. **São carinhosos, atenciosos, não tenho o que falar não**. (usuária do curso público, 32 anos, comerciante).

A atenção daqui eu acho bem mais, atenção que eles dão pra gente, **o carinho, o modo deles tratarem a gente, eu acho bem melhor do que lá fora** (...). É com muito carinho, minha irmã também fala a mesma coisa, minha irmã tá aqui também, eles dão atenção assim, aquela atenção, aquele cuidado, assim, entendeu? Eu acho o máximo, lá fora não. (usuária do curso privado, 37 anos, vendedora autônoma).

Categorias	Aspectos valorizados		Aspectos rejeitados		Total
	Público	Privado	Público	Privado	
Relações interpessoais com alunos e professores	14	9	–	–	23
Qualidade do tratamento	6	4	–	–	10
Aquisição de novos valores em relação à saúde bucal	2	1	–	–	3
Condições de trabalho (instalações e recursos materiais)	–	1	3	–	4
Acolhimento/informações/encaminhamento	–	–	4	–	4
Acesso ao serviço	–	–	7	1	8
Resolutividade do tratamento	–	2	1	–	3
Tempo de atendimento	–	–	–	2	2
Tempo de espera para o atendimento	–	–	3	1	4
Analisa o atendimento de um modo geral	2	1	–	–	3
Total	24	18	18	4	64

Quadro 6 – Análise das respostas dos usuários em relação à percepção que eles têm acerca do atendimento recebido nos cursos.

O segundo aspecto mais destacado pelos usuários é a qualidade dos serviços prestados. As seguintes expressões demonstram o reconhecimento de que essa qualidade é, muitas vezes, melhor do que as que eles já receberam de profissionais de outros serviços:

(...) o tratamento eu gosto daqui, **tem um trabalho bem feito, melhor, às vezes, que particular**. Eu já fiz obturação particular e antes de um ano cáíram todas (usuária do curso público, 57 anos, dona de casa).

(...) o estudante, de certa forma, (...) tem aquela curiosidade de aprender e a maioria faz melhor do que muitos profissionais porque o profissional já está na área há muito tempo, faz mais aleatoriamente e eu acho que o estudante não, ele procura aprimorar o que ele aprendeu em sala de aula junto do paciente (...); de certa forma, eu até confio mais no estudante do que no profissional. (usuária do curso público, 33 anos, estudante do curso técnico de enfermagem).

Os aspectos negativos foram mais evidenciados no curso público, entretanto, eles raramente se referem à atenção dos alunos e professores. De um modo geral, tais aspectos estão relacionados à dificuldade de acesso; à falta de organização referente ao acolhimento, informação e encaminhamento para outras disciplinas; e à infra-estrutura e recursos materiais. O relato de um usuário é revelador dessas dificuldades:

(...) eu tinha percebido que a faculdade tá passando por algum problema de instalação de, por exemplo, de materiais, alguma falta de materiais (...) e a outra parte negativa é a situação do prédio aqui da faculdade, a gente observa que os banheiros não tá em bom funcionamento, água, pia, vaso, né? A gente observa também que o piso, tá com alguns

problemas no piso, algumas cadeiras odontológicas estão com alguns problemas... semestre passado quando eu estava sendo atendido lá em cima, eu percebi que o compressor na cadeira que eu tava, isso não foi uma vez não, várias vezes que eu tava sentado na cadeira...né, então tava dando problemas nos compressores, problema que não injetava água, o sugador não sugava, esse problema negativo que eu to observando e eu acho que eu não sei da onde a faculdade, como é que ela recebe a verba que ela precisa usar, eu sei o seguinte: **o governo devia mandar mais verba para a faculdade para ela melhorar o atendimento do espaço, né?** do espaço ou atendimento aqui como um todo. Agora, a parte positiva é que eu passei por 3 ou 4 alunos e fui muito bem atendido, muito (...) **eu tenho boas referências de dar dos alunos (...) dos professores, dos monitores, dos estagiários**, eu tenho boas referências deles, pelo menos. (usuário do curso público, 43 anos, motorista oficial da Marinha).

É uma escola e precisa melhorar mesmo. **Uma escola educa todo mundo.** Eu chego aqui, estou preocupada, mas tenho que me ambientar no local, né? **Aí eu acho que falta muito ainda, muito no tratamento da gente, não é o aluno, não é o estudante. Eu com o estudante é ótimo!** (...); se estamos aqui é porque estamos precisando, né? ...; **acho que precisa de um trabalho melhor, trabalhar com as pessoas, com os funcionários, ter mais alegria, dá mais vida a isso, né?** Todo mundo cansado, como se estivesse cansado (...). Eu dedico de 7:30 até 20:00 e é a mesma alegria, como se eu tivesse ganho um rio de dinheiro, é questão pessoal, né? Não dá para comparar as pessoas, cada um tem problema em casa, uma vida diferente, muitos problemas, mas eu acho que é assim, todo mundo cansado. (usuária do curso público, 42 anos, professora voluntária).

Existe nesses depoimentos uma clareza incomoda de quanto esses problemas são evidentes e de quanto eles interferem no aprendizado dos alunos e na qualidade/resolutividade dos tratamentos recebidos pelos usuários. É patente também o reconhecimento, por parte de alguns destes, do descaso com que o governo vem tratando as universidades públicas no Brasil. O tempo de espera para o atendimento e a demora na conclusão dos tratamentos também aparecem, sendo muitas vezes compreendidos como fazendo parte do processo, por se tratar de um atendimento público ou com estudantes.

Entretanto, para alguns usuários, esses aspectos aparecem carregados de uma certa indignação, seja pelas horas de trabalho perdidas, ou pela falta de resolutividade de seus problemas, uma vez que isso demanda mais tempo perdido e mais dinheiro de transporte gasto.

De fato, a atenção odontológica em uma faculdade pressupõe uma demora maior no atendimento e na conclusão dos tratamentos, visto que os alunos são mais lentos e os professores precisam acompanhar os procedimentos, sendo esta uma tarefa demorada pelo elevado número de alunos nos ambulatórios.

Entretanto, nas observações dos atendimentos ficou evidenciado que muitos alunos não se preocupam com essas questões e a demora, tanto no atendimento, quanto na finalização dos tratamentos, acabam ocorrendo, também, por razões passíveis de serem resolvidas se os alunos vivenciassem mais, na prática, os seus discursos de cuidado e atenção com os pacientes.

Algumas das atitudes observadas foram: esquecimento de telefonar para os pacientes avisando que iriam faltar à aula, conversas ao telefone, bate-papo com os colegas, ausências do ambulatório e, no caso dos formandos do curso privado, estes usavam o horário das aulas práticas para discutirem as providências da solenidade de formatura e a escolha de fotos. Enquanto isso as pessoas esperavam, paciente ou impacientemente pelo atendimento. A conversa com o colega é destacada criticamente pelos usuários, também, como falta de atenção e de cuidado com o paciente:

A colega que vai e fica, ah! fulana, não sei o que, não sei o que, **vem conversar coisas que às vezes não tem nada a ver com o trabalho e a pessoa tá lá de boca aberta, cansa, dói.** (usuária do curso público, 28 anos, estudante/desempregada).

(...) às vezes, tá conversando (...) com a pessoa do lado e tá mexendo na boca da gente, já aconteceu isso! (...) eu fico com um pouquinho de medo, né? insegurança dele mexer em um lugar que não tem nada a ver e acabar me prejudicando. (usuário do curso público, 20 anos, estudante).

Esses depoimentos revelam que as pessoas estão atentas ao comportamento dos alunos que denota uma falta de cuidado e atenção no atendimento. Desse modo, o discurso proclamado, que valoriza essas dimensões, precisa ser experimentado na prática pelos alunos e cobrado pelos professores, vislumbrando sempre uma máxima aproximação entre teoria e prática.

Foi solicitado aos usuários que eles caracterizassem o perfil de um bom dentista, o estereótipo⁸² de profissional que eles gostariam de ser atendidos. As respostas são consolidadas no quadro 7 e discutidas a seguir. Os atributos técnicos são revelados por qualificações como perfeição no trabalho, minúcia, tratamento bom e fazer o trabalho bem feito.

Quanto aos atributos ético-humanísticos, aparecem qualificações como: amor ao que faz, simpatia, carinho, humanidade, ética, educação, atenção, paciência, que ouve, que conversa, cuidadoso, que tratam bem e que é amigo. Isto demonstra que as relações que os sujeitos desejam manter com os profissionais não são estritamente técnicas, mas estão carregadas

⁸² estereótipo é a idéia que temos de... a imagem que surge espontaneamente, logo que se trate de... é a representação de um objeto (coisas, pessoas, idéias) mais ou menos desligadas da sua realidade objetiva, partilhada por membros de um grupo social com uma certa estabilidade (BARDIN, 1970, p. 51)

de afetividade, emoções, necessidade de acolhimento e de cuidado. Os elementos constitutivos desses valores parecem ser o amor, a amizade, o carinho, a atenção e a educação.

Atributos Cursos	Técnico	Ético-humanístico	Técnico e Ético-humanístico	Total
Público	–	10	8	18
Privado	2	7	9	18
Total	2	17	17	36
%	5,6	47,2	47,2	100

Quadro 7 – Respostas dos usuários, por curso, de acordo com o estereótipo do dentista que eles gostariam de ser atendidos.

Quantitativamente, a frequência elevada de afirmações centradas nas qualidades pessoais dos profissionais, confirma o caráter centrado no sujeito e não precisamente na qualidade dos procedimentos técnicos por ele desenvolvidos, ou seja, tudo gira em torno do sujeito que deveria estar sempre implicado em sua atividade profissional. Cartaxo (2004, p.30), também observou que usuários de plano de saúde, por não possuírem um saber que permita avaliar de uma maneira mais aprofundada a qualidade técnico-científica da intervenção odontológica, tendem a valorizar os aspectos relacionados com a relação paciente-profissional. Dessa maneira, segundo o autor, o acolhimento por parte do dentista, a disponibilidade de tempo e a atenção demonstrada por ele, são fatores que influenciam sobremaneira no juízo de valor que o usuário faz sobre o atendimento.

Ainda que a dimensão técnica apareça com frequência, ela tem um peso menor, inclusive na ordem das falas da maioria dos entrevistados que ao caracterizarem o “bom dentista” iniciam, quase sempre, destacando as qualidades pessoais que eles idealizam para a relação paciente-profissional. Ao se referirem a essas qualidades muitos deles assumiam uma expressão corporal e um tom de voz suave, sonhador... deixando emergir a imagem idealizada desses profissionais.

Em primeiro lugar tem que ser simpático, tem que ser agradável e te deixar tranqüilo, né? Tem que ter cuidado com a limpeza das coisas, de material, eu vejo eles enrolarem tudo em um plastiquinho ../.. eu reparo muito nisso porque eu trabalho com comida, com alimento e então, eu sempre reparo esse tipo de coisa. É no jeito de pegar sem machucar, de perguntar se está tudo bem, e que mais? Paciência de conversar de perguntar mais as coisas, de orientar na maneira de escovar os dentes... tudo isso é um conjunto de coisas. Ela me pediu para parar de fumar e eu parei

de fumar, tem 20 dias que eu não fumo. Ela falou que meu dente ficou tão limpinho, tão bonitinho, aí você vai fumar e vai sujar de novo, né? Aí, eu aproveitei (...) e parei de fumar, então eu achei isso legal, o dentista se preocupar com a pessoa, né? Com o paciente mesmo, porque tem lugar que você vai que as pessoas lhe tratam friamente, em qualquer consultório que você vá, assim, é uma coisa tão rápida que o cara nem olha para a sua cara, faz pergunta e escreve. (usuário do curso privado, 38 anos, trabalha com eventos a domicílio).

É aquele que se preocupa com o seu cliente porque não é só fazer o trabalho que ele tem que fazer e cobrar, não, aquele dentista que se preocupa, é como o aluno, o aluno daqui, ele faz o trabalho, mas ele não pára aí, pelo menos comigo, ele não pára por aí, ele toma meu telefone, ele pede o número da minha casa, ele liga pra dizer se vai faltar, ele liga para perguntar se eu fiz o canal, se eu saí sentindo dor, se passou (...) é isso que o dentista tem que fazer com o paciente, se teve alguma coisa, teve algum problema na pressão, tá tudo normal, é isso, agente sente falta disso!. **Quando agente acha um lugar que, realmente lhe trata bem, agente fica muito feliz.** Então, para mim, um bom dentista é isso, porque tem muita gente que acha que o bom dentista é aquele que faz o trabalho e não sente dor (...) até sentir do... muitas vezes, o dente tá com problema mesmo e tem que sentir dor, às vezes não pega a anestesia, tá inflamado, alguma coisa, mas esse trabalho... os alunos daqui, de se preocupar com o cliente, porque o cliente quando levanta da cadeira, ele não deixa de ser cliente, ele continua sendo cliente e é isso que é importante, a preocupação deles, depois da gente chegar em casa, dele tá ligando. E aí, dona N, a senhora tá bem, passou? Olha se não passar a senhora toma um analgésico e qualquer coisa, a senhora volta para a faculdade. Isso é muito importante, agente vê que lá fora não é igual aqui, até pago é muito difícil, então...um bom dentista, ao meu ver, é isso! (usuária do curso público, 41 anos, empregada doméstica).

Aquele que a gente mais se distrai, que consegue relaxar e não ter medo. Não ter aquela impressão de que o dentista é um fantasma que mete medo, né? Que de criança já tem aquela coisa de ter medo do dentista, então o dentista que descontraí a gente, que sabe conversar, que está sempre descontraindo durante o tratamento é essencial, é ótimo, pelo menos aqui eu achei isso ... o particular age terrível! (usuária do curso público, 33 anos, estudante do curso técnico de enfermagem).

É quando você, pra começar, é bem tratada, é respeitada pelos alunos ou pelo professor, ou pelo dentista lá fora e que façam seu trabalho e que seja satisfatório, com certeza é isso (...) Se ele gosta da profissão dele, ele vai exercer sua função com amor, com perfeição e se ele não gosta da profissão faz uma coisa artificial, ele não ama! (usuária do curso privado, 67 anos, artesã).

Eu acho que em primeiro lugar é tratar muito bem o paciente e depois cuidar muito bem dos dentes (...) vê o que o outro está necessitando na hora (...) deixar a gente mais à vontade (...) tem que tratar a gente bem, conversando, perguntando algumas coisas. (usuária do curso privado, 30 anos, dona de casa).

Vai ser L, foi minha primeira dentista, gostei muito dela, mas ela teve que sair porque ela se formou (...) Eu não sei, porque **A** é muito sério, ele sempre conversa um pouquinho, mas não é igual a **L**. **L** conversa, **L** antes de começar o tratamento conversava com você e eu me sentia segura, mais e mais segura, entendeu? **A** também conversa, mas ele é mais fechado, sei lá! **É isso que eu acho, eu me sentia melhor com L, mas L saiu (...)** **L fazia as coisas com perfeição e A também faz com perfeição, mas a conversa ajuda muito, né? (...)** **Ajuda você a não ter medo na hora, porque eu tenho medo! Muito medo de anestesia.** Acho que a conversa ajuda mais. (usuária do curso público, 38 anos, dona de casa).

O medo de dentista e das situações de atendimento odontológico aparece de forma marcante junto à grande maioria das gestantes entrevistadas por Bernd e outros (1982, p. 37). Este medo, segundo os autores, é associado à dor, ao instrumental, aos procedimentos e ao próprio dentista. Traumas relacionados ao profissional e sua equipe marcaram alguns pacientes profundamente. Portanto, a prática odontológica hegemônica se reflete em experiências bastante desagradáveis, em especial quando os profissionais, agentes dessa prática, introjetam uma postura autoritária em relação aos pacientes, desconsiderando toda a carga emocional que está colocada nas situações de atendimento odontológico.

Para os sujeitos que relataram sentir medo de dentista, solicitei que eles dissessem o que o dentista deveria fazer para ajudá-los a superar ou minimizar o seu medo. Ainda que alguns tenham se referido ao uso de anestesia bem feita e cuidadosa para não sentir dor, a maioria deles respondeu que o dentista deveria fazer isso conversando e explicando para tranquilizar e relaxar o paciente. Aparecem também outras sugestões como passar confiança, falar a verdade, ser calmo e paciente, ter bom humor, sorrir e mostrar o que está fazendo.

Os depoimentos acima demonstram que a dimensão humana da atenção odontológica é mais valorizada na avaliação do profissional do que os seus referenciais técnicos. É possível que estes apareçam com menor ênfase porque, de fato, os sujeitos que demandam tais procedimentos têm poucos subsídios para julgar a habilidade técnica dos profissionais e, em vista disso, valorizam tanto a dimensão humana.

Essa, independente de qualquer conhecimento, pode ser sentida por todo ser humano. Mas como hoje vivemos uma fase de tentativa de resgate desses valores, tendo na Bioética a principal referência na área de saúde, é possível também que eles sejam mais claramente sentidos e desejados pelas pessoas como algo imanente à espera de ser alcançado pela humanidade.

Grant (2002, p. 46) confirma esses resultados ao expressar que muitos pacientes de hoje dizem que médicos precisam de uma terceira habilidade – a humanística – e que esta é tão importante quanto as habilidades diagnósticas e técnicas. Desse modo, o autor alerta que, tal-

vez agora, mais do que em qualquer momento do passado, a sociedade precisa de médicos que possam responder sensivelmente às demandas emocionais dos pacientes e que é grande o número de pacientes que freqüentam centros de tratamento alternativo, demonstrando que preferem o conforto e o calor humano ao invés da frieza emocional da medicina moderna .

Ao entrevistar usuários do SUS, Chaves (2005, p. 153), também observou que para a maioria dos indivíduos o estereotipo do bom dentista corresponde às qualificações pessoais dos profissionais. Assim sendo, o bom dentista é aquele que atende bem, seja educado e atencioso. Para aqueles indivíduos com maior capital geral acumulado, o bom dentista é aquele que tem mão leve, sabe arrancar bem os dentes e com cuidado, sem produzir problemas posteriores.

Essa percepção, segundo a autora, é coerente com a experiência vivenciada e o tipo de atenção odontológica recebida por aquele grupo. Os aspectos associados à boa técnica, como, saber fazer uma boa restauração e trabalhar direito, também foram destacadas, mas em menor freqüência que os anteriores.

A expressão “mão leve” aparece com muita freqüência nas falas dos usuários, entretanto, fico pensando se, de fato, ela tem um sentido físico (peso e tamanho das mãos) ou é uma forma de expressar a atenção recebida em toda a sua dimensão. Essa interpretação parece emergir deste depoimento:

[...] primeira coisa que o dentista profissional, ele deve ter, tem que se respeitar e amar aquilo que ele faz, procurar fazer sempre com carinho, porque no momento que o paciente senta na cadeira de dentista, por mais corajoso que ele seja, por mais tranqüilo que ele seja, bulir com dente, na minha opinião, é bulir com todo o metabolismo, com todo corpo humano, principalmente porque tem dente que são serio, todo mundo fala. Então o dentista, pra mim, é aquele dentista que no primeiro momento transmite tranqüilidade, transmite segurança pra o paciente dele, no momento antes dele fazer qualquer coisa, antes de mandar fazer qualquer coisa, ele sabe controlar, ele sabe afeiçoar o paciente. Esse pra mim é o dentista ideal e principalmente ele pode ter a mãozona, mas (...) tem que ser tranqüilo. (usuário do curso público, 36 anos, músico percussionista).

No discurso do usuário, quando respostas a diferentes questões foram associadas, fica evidenciado que o estereótipo do dentista aparece representado de duas formas: primeiro aquela imagem de pessoa grosseira, mal educada, interesseira e incompetente, que muitos deles descrevem referindo-se às suas experiências passadas com profissionais dos postos de saúde (SUS), de clínicas populares e de cidades do interior; a segunda imagem emerge, geralmente, de suas experiências atuais como pacientes de estudantes de Odontologia, sendo estas caracterizadas de uma forma muito positiva, de maneira que os alunos são, freqüentemente, citados

como exemplo quando é trazida a imagem idealizada do bom dentista.

Os referenciais negativos associados à relação paciente-profissional nos serviços de saúde foram também identificados por Martins (1999, p. 8), ao entrevistar sujeitos que frequentavam a clínica odontológica São Geraldo da PUCMG. Nos relatos desses sujeitos aparecem de forma constante traços de negatividade associados à relação com os dentistas, sendo esta, caracterizada por medo, desconforto, brutalidade, falta de educação e falta de trato para lidar com o paciente.

Duas dimensões orientadoras de uma atenção pautada no “cuidado”, evidenciadas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b, p. 5), são o acolhimento e o vínculo. Ainda que no curso público o acolhimento por parte dos funcionários tenha sido criticado pelos usuários em muitos dos depoimentos de ambos os cursos, aparecem o estabelecimento de vínculo e o acolhimento como referenciais chaves na relação estabelecida com os alunos. As manifestações que se seguem são reveladoras dessas relações e mostram, ainda, que eles lamentam as freqüentes separações quando os alunos mudam de disciplina:

[...] Eu aqui mesmo sou atendida assim, os meninos conversam. Ave Maria! Eu tinha tanto medo [...] e aí a gente vai tomando coragem e confiança e o que eu sinto muito é não começar com muitos e não ir até o final porque (...) **eu sinto muitas saudades, muita falta, eu fico muito triste quando eu perco.** É neste semestre mesmo, é só com os meninos, então eu já sei que quando chegar eu já até perguntei a eles que quando chegar dezembro eu vou sentir falta, eu vou continuar meu tratamento, mas vou ficar muito triste porque eu perdi aquele que você cria confiança e de repente eles vão embora aí você passa pra outro novo, você não sabe quem vem. Felizmente, os que eu tenho pego são bons, né? (usuária do curso privado, 67 anos, artesã).

Tem sido, ate agora, ótimos, muito bons, atenciosos, acolhem bem seus pacientes, deixam num estado que, às vezes, que por ser dentista a gente sempre tem medo de cuidar dos dentes por causa do barulhinho do aparelho, disso e daquilo, né? mas eles, por causa do que fazem [...] **Conversa, fala piadas pra gente achar graça e com isso a gente vai relaxando também, né? ainda bem que é assim mesmo** (usuária do curso público, 52 anos, vendedora autônoma).

A vinculação do profissional com o paciente o alimenta afetivamente e trabalhar esse aspecto supõe uma empatia mínima, um desejo assumido de aproximação para melhor compreensão do paciente, para o qual uma das maiores necessidades é o acolhimento (BENETTON, 2002, p. 73).

Na vinculação o paciente deixa de ser caso para ser considerado pessoa [...] Basta, para a sua ocorrência uma disposição primária no profissional em relacionar-se com o paciente de modo mais humano, mais personalizado, me-

nos objetalizado. Esta postura supõe um profissional menos defendido e escondido em seu conhecimento científico atualizado; menos necessitado de reverência e de reconhecimento; implica, portanto em um profissional mais aberto e desprendido, disposto a explorar um relacionamento humano (BENNETTON, 2002, p. 73/74).

Para Seguer (1998), o estabelecimento de vínculo com o paciente é profissional e sugere que essa relação deve ser estabelecida tendo como referência a noção de equidistância. Esta é apontada por Benetton (2002, pp. 74-5), como um aspecto indispensável na abordagem do vínculo profissional no trabalho em saúde. É interessante notar como o depoimento que se segue deixa emergir claramente uma crítica à falta de vínculo por parte dos profissionais e a noção de equidistância referenciada pelos autores:

Não olha nem pra você../. senta aqui, deita aqui../. ó bota aqui a cabeça, ó, vou mexer aqui a cadeira, ou nem fala que vai mexer a cadeira, chega e você desce, tem até graça né? Haja pescoço, aí você deita lá, abre a boca, tá sentindo alguma coisa, tá? [...] e continua naquela, tem aqueles outros que tratam totalmente indiferente, aquele padrão de que você lá e eu cá, eu preciso de você e você precisa de mim, mas você lá e eu cá, **eu sei que não precisa tá aquele grude, lógico que não! Mas tem que ter aquele relacionamento de paciente-dentista.** (usuária do curso público, 28 anos, estudante/desempregada).

Quando os usuários se manifestam sobre como eles se sentem sendo atendidos por um estudante de Odontologia, a maioria revela que inicialmente eles chegam com medo do atendimento, de serem vítimas de procedimentos errados, chegam com a idéia de que serão cobaias nas mãos do estudante. Entretanto, essas percepções, geralmente mudam na medida em que eles se sentem atendidos com atenção e cuidado, sentem confiança no trabalho dos alunos e percebem que estes trabalham sob a orientação do professor, sendo esse um fator de grande segurança para eles. Em alguns casos, eles chegam a reverter o antigo sentimento, a ponto de achar um privilégio ser “cobaia”. As expressões abaixo ilustram essas afirmações:

No principio a gente acha assim que a gente é cobaia, a gente acha não! Nós somos cobaia mesmo! Mas eu tinha uma dúvida será que eles vão fazer direito? Que vão fazer alguma besteira, se vai errar e tal... a gente tem essa dúvida, mas depois que começa a tratar a gente vê que a pessoa que tá ali é praticamente um dentista mesmo, eu não sentia uma falta de experiência nela, na menina que tá me tratando, né? Eu achei isso, a mesma coisa que você estar num dentista (...) **eu tou gostando sim, estou sendo bem tratado.** (usuário do curso privado, 38 anos, trabalha com eventos a domicílio).

Eu achava que o profissional, ele era mais capacitado e agora eu já tenho outra visão porque eu estou sendo atendido por aluno e tem alunos bons, já capacitados em exercer a profissão aqui dentro da universidade.

de (...) Eu percebo que ele tá sendo uma pessoa, além de um profissional, praticamente, tá sendo uma pessoa amiga, sem distinção de classe social e financeira, entende? E tentando fazer um trabalho perfeito. Então, esse é o lado que eu to vendo bastante humano deles. (usuário do curso público, 40 anos, desempregado).

Olha, logo quando eu vim aqui pra faculdade, eu tinha medo, eu achava que era um monte de aluno e que eu ia ser cobaia, tinha essa visão, só que depois que eu comecei a vim, aí eu vi que tudo era com o professor de junto, aí eu gostei! (usuária do curso público, 25 anos, dona de casa).

Ainda que a maioria dos usuários se manifeste positivamente nesse aspecto, a percepção de ser cobaia é reforçada por alguns alunos e professores quando assumem uma postura pouco cuidadosa com a “pessoa” durante o atendimento. Os seguintes relatos evidenciam situações que geram sentimentos negativos, devendo ser evitadas na perspectiva da humanização da atenção:

(...) uns dentistas tratam algumas pessoas muito bem, outros, assim, entendem como uma cobaia, então, me sinto como uma cobaia, esquece que é um ser humano que está ali. Outros não, outros se preocupam bastante, assim, com a gente, pergunta se tá doendo, se tá sentindo alguma coisa, se tá precisando de alguma coisa (...) Quando um aluno queria fazer um dente (...) ele: não, deixa eu fazer esse, deixa eu fazer esse e a parceira queria fazer o tratamento com calma e ele não, deixa eu fazer e ele ficava agonizando ela, tava deixando ela nervosa, ela queria ate mudar de dupla com um professor, ela não queria deixar o paciente perceber essas coisas, mas ele queria tá fazendo por fazer, assim, porque ele queria fazer logo esse, deixa eu fazer só ele, você fica com esse e eu fico com o outro, deixa eu fazer logo esse, deixa eu fazer e ficava assim e nem lembrava que eu tava ali, parecia que ele tava querendo tapar o buraco de uma parede ou algo desse tipo (...) Me senti como se fosse cobaia mesmo, só tava ali, não para ser tratado, mas pra ter uma pessoa que fosse, principalmente, pra aprender alguma coisa no dente e não pra tratar o paciente, resolver o problema. (usuário do curso privado, 23 anos, instala som automotivo).

(...) era professora ate, na sala de lá de baixo, menina! eu fiquei com tanta raiva, que ela queria porque queria suspender o fio dental, suspender tanto que eu senti tanta dor, e I, vendo que eu estava sentindo dor! ela tá sentindo dor, e ela: não, só mais um pouquinho e ela puxando e eu com aquele negócio preso na minha boca e doía pra caramba, acho que é plástico, é horrível! e eu querendo dizer, mas como é que dizia com aquele negócio tapando na minha boca e eu apertava a cadeira e olhava pra I e I percebe, I: ela tá sentindo dor e não podia fazer nada, ela era a professora, então ele teve que ficar na dele. Não, não deixa, ele queria tomar a frente e ela: você está entendendo como é? Você tem que suspender assim e ficava puxando e puxava mesmo, como eu estou dizendo, como se fosse uma coisa, um instrumento, parece até que era aquele boneco que fica ali exposto, aquelas dentaduras que fica exposta que (...) Eu disse: imagine a professora e o aluno! eu não achei certo o que ela estava fazendo, ela sendo professora, isso eu achei horrível! (...) o que ela fez, não tá nem aí se eu tava sentindo dor, oxe, que nada! (...) Isso aí pra mim é o que teve de negativo mesmo, a falta de amor ao paciente que ela não teve nem um pouquinho../.. se ela ficasse ali na cadeira, eu ia fazer a mesma coisa nela,

../.. porque eu ia fazer com tanta vontade, que nunca mais ela fazia isso com ninguém, é só isso que eu acho de negativo, foi esta bendita desta mulher, **acho que nesse dia ela não tava muito bem não.** (usuária do curso público, 28 anos, estudante/desempregada).

Os depoimentos revelam o quanto alguns alunos e professores, objetualizam os pacientes em situação de aprendizado. Preocupam-se tanto com a técnica que, muitas vezes, excluem a dimensão humana desse processo. Penso que os sentimentos revelados por esses sujeitos devem servir de reflexão para a nossa prática, uma vez que, esta envolve a atenção a seres humanos, merecedores de tratamento digno e cuidadoso em sua dimensão emocional. Mas, como afirma Seguer (1998, p. 49), em muitas situações da prática odontológica fica difícil estabelecer-se uma relação paciente-profissional positiva, pela inabilidade do dentista em atentar para a realidade emocional experimentada pelo paciente.

Se por um lado, essa objetualização do paciente é percebida por alguns usuários – e eu, de fato, observei essa conduta em algumas situações de atendimento nos ambulatorios – por outro, a maioria dos usuários tem a percepção de que a sua autonomia é respeitada. Ainda que exista uma queixa freqüente quanto à falta de resolutividade de suas queixas principais quando estas se relacionam, sobretudo, aos tratamentos de alta complexidade como: próteses, implantes e aparelhos ortodônticos, eles expressam que se sentem participativos, que recebem esclarecimentos e são estimulados a opinar nas decisões do tratamento.

Nesse sentido, Neve (1996, p. 4) admite que a prática do consentimento informado tem dado uma grande contribuição para a humanização dos serviços de saúde. Assim, o respeito à autonomia parece ser uma referência importante para os pacientes atendidos nos cursos, principalmente no que se refere às informações recebidas, e, na maioria das vezes compreendidas e aceitas, embora alguns se percebam incompetentes para opinar e se coloquem nas mãos dos alunos com toda a confiança adquirida, conforme estas manifestações:

Sempre eles comunicam comigo o que vai fazer, se pode fazer, o que acho, eu não tenho o que achar, eu sou entregue a vocês, a fazer, terminar (...) Entregue em suas mãos para fazer tudo e qualquer tipo de serviço que for necessário, eu to disposto a qualquer coisa porque eu to me sentindo bem aqui, pego aquela confiança, a cada dia vou adquirindo confiança (...) Desde quando a pessoa trata bem você... (usuário do curso privado, 43 anos, motorista desempregado).

Eu já optei por fazer outro dente que tava, que precisava ser feito mais rápido porque ele tava mais crônico (...) então assim pude opinar neste sentido (...) tem sido conversado comigo, sim, o que tem sido feito, o que é pra fazer, tem assim, mostrado pra me a ficha do que tá fazendo, né?(usuário do curso privado, 23 anos, instala som automotivo).

Eu acho que eu participo dentro do possível ali, né? [...] Foi apresentado, eu vou fazer primeiro isso, depois aquilo, **foi perguntado, realmente foi, agora tem as prioridades, o dente que dói e o dente que tem que ser feito primeiro. Se perguntasse a mim, eu queria que colocasse o dente que tá falhado no lugar, ia ser melhor, mas eu entendo isso, com certeza, o cara tá ali para resolver o problema, o mais urgente que é a dor, tem que ser feito o canal, a restauração pra depois colocar a prótese, isso foi explicado (...)** A dor a gente toma remédio e passa, mas o sorriso eu já tenho um defeito no sorriso que eu só rio de um lado da boca, é complicado isso ../.. a gente tem que tá escondendo e tal, quanto mais quem trabalha com público. É bem complicado. (usuário do curso privado, 38 anos, trabalha com eventos a domicílio).

Emerge nesse último depoimento uma situação de conflito entre o princípio da autonomia e o da beneficência que parece ser resolvido de forma coerente, visto que, o paciente, devidamente esclarecido, compreende e aceita a proposta. Nesse caso, o desejo do paciente de resolver imediatamente o problema que mais o incomoda se defronta com o que é tecnicamente correto, sendo assim, a conduta que promoverá o bem quanto a sua saúde bucal.

Segundo Tristram (1998, p. 352), se o paciente deseja aquilo que a profissão não pode dar e o médico precisa ter em mente o julgamento da profissão, isso pressupõe diálogo e negociação entre ambos e com a profissão, uma vez que, essa situação envolve julgamentos formais e informais a respeito de quais atividades são adequadas ou violadas dentro dos padrões da profissão.

Uma qualidade registrada por Chaves (2005, p. 153), para caracterizar o bom dentista foi o cuidado com a biossegurança, expresso por referenciais como boa higiene, ser limpo e usar máscara, luva e agulha descartável. Para a autora, isso foi destacado, surpreendentemente, pelo grupo de baixo capital global acumulado.

Nesse trabalho, a preocupação com a biossegurança também aparece com muita frequência. Nos relatos dos usuários eles se reportam aos cuidados – ou, mais raramente, à falta destes – por parte dos alunos e comparam com experiências vividas fora da faculdade, geralmente marcadas pela falta de cuidado com esse aspecto. Estas falas refletem a preocupação dos pacientes:

Material que ele tá usando, a luva, se ta pegando em várias coisas e depois pega na minha boca, entendeu? Tudo isso eu observo, eu observo e falo, porque também é um meio de contaminação, né? Então eu fico observando muito isso (...) Nestante eu percebi e falei com ela, porque ela tava manuseando outras coisas com a luva, pegando tudo com a luva e depois ela veio, aí eu disse: essa luva andou, heim? (...) Ela não falou nada, mas também não trocou a luva (...) Aí, ontem eu observei, quer dizer, eu sempre observo porque eu sei que em meio de saúde não pode se fazer assim... procedimento com luva é uma coisa e sem luva é outra coisa, não pode pegar em aparelho com luva e depois pegar no paciente com a mesma luva, andar no

corredor com a luva e depois pegar no paciente com a mesma luva, é um assunto muito sério, muito grave, eles pensam que é bobagem minha, mas não é não ... infecção quando pega, pega mesmo e hoje mesmo, até sangrou (usuária do curso público, 33 anos, estudante do curso técnico de enfermagem).

Um dia a gente chega no consultório e vê que o dentista apenas lava, eu achei aquilo diferente, (...) só lava a mão, sem guarda pó, sem nada, com roupa normal, eu não sei se são todos, mas foi um dos (...) **Na faculdade (...) não tem nada à toa, eles protegem a gente.** (usuária do curso privado, 63 anos, aposentada).

Aqui não, porque eu vejo que é tudo limpo, é tudo limpo, eu vejo, mas **porque tem consultório que a gente entra, vê logo a sujeira, eu mesma quando vou olho, não vou mentir, eu olho mesmo!** O que eu fui levar a menina nem parecia que era consultório, tudo assim mal organizado e aqui a gente vê que é tudo limpinho, eu não tenho medo (usuária do curso privado, 39 anos, faxineira diarista)

(...) eu aprendi isso na faculdade, porque sempre que os alunos vão trocar de pacientes eles tem o cuidado de isolar algumas áreas para que ele não pegue com as luvas, tudo isso e, observando isso agora, eu tenho aquele cuidado. Esse dentista aí trocou a luva que ele tava bulindo na boca de outro paciente, será que ele tá usando novos material esterilizado ou será que tá usando os mesmos? É como eu te falei, quando a gente passa a conversar com o aluno a gente acaba aprendendo também, então hoje eu já tenho aquela visão mais ampla de higiene de um setor odontológico por causa dos alunos (...) pelo menos com os alunos que me atendem, eles são todos cuidadosos, até quando tem que pegar água eles pedem para alguém que não esteja atendendo para que não contamine a luva e depois pegue na boca do paciente. (usuário do curso público, 31 anos, agente de limpeza).

As manifestações dos usuários revelam que os conhecimentos sobre biossegurança e a preocupação se ela está ou não sendo seguida, é muitas vezes, um referencial que eles já trazem consigo, mas para outros essa construção se dá na relação estabelecida com os alunos durante os atendimentos ambulatoriais.

Na maior parte dos depoimentos existe a convicção de que todos os cuidados com a biossegurança são providenciados no sentido de protegê-los e essa crença se baseia nas observações que eles conseguem fazer sobre o que é aparente como: limpeza dos ambulatórios, o uso de equipamentos de proteção individual - EPI (luva, gorro, máscara, jaleco, óculos), o uso de barreiras de proteção nos equipamentos (filme de papel recobrimdo determinadas áreas), o uso de agulhas e sugadores descartáveis e o uso de instrumentais esterilizados.

Para muitos deles esses cuidados são novidades, uma vez que a biossegurança ainda é um problema no setor público, conforme observado por Moura e outros (2002), ao avaliar o comportamento da equipe odontológica (dentista e auxiliar) de dez centros de saúde da região

metropolitana de Salvador-Ba. Esse trabalho evidencia que não havia a prática de usar barreiras de proteção nos equipamentos, nem qualquer tipo de desinfecção dos equipamentos e superfícies entre os atendimentos e, apesar da maioria dos profissionais terem revelado o uso de luvas, essa prática só ocorria em procedimentos cirúrgicos onde há contato direto com sangue. Além da luva e do jaleco, nenhum outro EPI era utilizado pela equipe.

Não há dúvida de que as exigências com a biossegurança atualmente são grandes e isso é percebido como um ato cuidadoso com os pacientes. Apesar disso, observei nos ambulatórios muitos alunos negligenciando esse cuidado. Tal comportamento guarda uma forte relação com a formação ético-humanista dos alunos, uma vez que, apesar do conhecimento que eles têm sobre os danos que podem provocar aos pacientes, muitos burlam esses cuidados, desconsiderando a confiança que lhes é depositada pelos usuários.

6.5 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

No que diz respeito ao desenvolvimento dessa etapa do trabalho, gostaria de registrar a extrema amabilidade com que fui acolhida por todos os professores, alunos, usuários e funcionários e a liberdade com a qual pude transitar em todos os espaços ocupados pelas disciplinas selecionadas.

A observação foi feita durante quatro turnos por semana, dois em cada curso, perfazendo um total de 112 horas de observação, sendo 64 no curso público e 48 no privado, ainda que durante todo o semestre eu tenha continuado circulando nos ambulatórios contatando e aguardando os pacientes sorteados para as entrevistas. Essa diferença de tempo de observação entre os cursos ocorreu em virtude do curso privado ter também programado aulas teóricas em alguns turnos. Entretanto, conforme já justificado no capítulo de metodologia, não considero que essa diferença tenha interferido nos resultados, uma vez que a repetitividade dos registros a partir de algumas aulas era marcante em virtude de uma prática predominantemente pautada na execução do tratamento planejado (ato técnico).

6.5.1 Contexto de realização da observação: o ambulatório e sua dinâmica

De acordo com Padilha (2002, p. 13), o sentir-se bem na escola deve se pautar em dois referenciais: primeiro, com a sua estrutura física, com a conservação das suas dependências e dos diferentes espaços. Segundo, com a importância dada à maior qualidade e à beleza das relações pessoais, interpessoais e grupais que lá se estabelecem. É a partir dessas referências

que professores, alunos, funcionários e comunidade podem freqüentar esse espaço de uma forma lúdica, alegre, científica e pedagógica.

Lamentavelmente, os ambulatórios do curso público se distanciam da primeira perspectiva, uma vez que apresentam condições precárias de instalações e equipamentos, como confirmam as manifestações abaixo:

Estrutura da faculdade, **vários ambulatórios se apresentam em péssimas condições, dificultando o atendimento e o aprendizado.** (aluna do curso público, nº 58, 22 anos, 5º semestre).

Eu gostaria que fosse bem mais assistido pelo governo, tem tanta coisa que tá precisando, às vezes, os próprios alunos, por falta dos materiais que tá usando que tá precário, **tem muita coisa necessitando ser renovado (...)** **Às vezes o aparelho quebrado, às vezes, não funcionava...** lá mesmo, na área de canal, mesmo, teve muita falha porque o aparelho não funcionava, **às vezes, os próprios alunos ficavam também sem saber o que fazer para melhorar, pra se ter também um certo conforto para o paciente.** (usuária do curso público, 52 anos, vendedora autônoma).

Dentre todos os ambulatórios do curso aquele no qual fiz a minha observação é considerado o que apresenta as piores condições. Trata-se de uma sala grande, não climatizada e com piso, teto, paredes e pias mal conservados, na qual os equipamentos odontológicos são distribuídos sem biombos para separá-los, de modo que isso cria um ambiente que agrava a falta de privacidade inerente ao atendimento ambulatorial. Para Farias (2002, p. 132), a segurança e a privacidade proporcionada pela existência de barreiras físicas entre os módulos interfere positivamente na qualidade do atendimento, tanto no seu caráter objetivo, quanto pela perspectiva da construção de uma relação subjetiva de qualidade entre os seus ocupantes: alunos e pacientes.

Do mesmo modo, os equipamentos, além da aparência estética comprometida (modelos e cores diferentes; em alguns casos, com revestimento danificado e alguns apresentando áreas extensas de ferrugem) apresentam-se constantemente com problemas técnicos como: as cadeiras sem movimentos, as cuspeiras entupidas, os sugadores apresentando refluxo de líquidos, os refletores com lâmpadas queimadas ou com problemas elétricos, os mochos, em sua maioria, têm problemas no assento, no encosto ou estão sem movimento. Além disso, existe uma insuficiência de aparelhos empregados para fazer profilaxia e restaurações de resina (profident e fotopolimerizador). Esses problemas se agravam com a carência de recursos humanos técnicos para dar uma manutenção adequada e regular aos ambulatórios.

Diante dessas dificuldades, fica evidenciado na observação o quanto elas comprometem o aprendizado técnico dos alunos, a resolutividade dos problemas odontológicos dos usuários, o atendimento pautado na ergonomia e na biossegurança, bem como o planejamento de tempo para os atendimentos. Quanto a isso eu presenciei várias situações comprometedoras: um aluno estava desolado, relatando aos professores um problema técnico no sugador do seu equipo no qual houve refluxo dos líquidos, retornando para a boca da paciente. O aluno lamentava as condições do ambulatório que expunha os pacientes a riscos de contaminação: "só Deus, coitados desses pacientes!".

Em outra ocasião, uma paciente, moradora de um município próximo a Salvador estava na sala de espera aguardando pelo seu atendimento há quase duas horas. A aluna comentou, aborrecida, que o seu atendimento não fora feito no tempo certo porque o seu instrumental, que tinha sido colocado para ser esterilizado desde o dia anterior, não estava sendo localizado pela funcionária. Ao cobrar desta uma posição e se queixar do atraso a que a paciente estava sendo submetida, a funcionaria respondeu dizendo que não podia fazer nada e que quem é atendido na faculdade já sabe que é assim, tem que esperar mesmo!

Essa mesma aluna queixou-se, após ter conseguido o instrumental emprestado de um colega, que a paciente estava mesmo precisando era de fazer as restaurações, principalmente dos dentes anteriores porque comprometia a sua estética. Entretanto, como não havia fotopolimerizador, resolveu fazer uma nova raspagem, para não deixar a paciente sem atendimento, porque o que ela estava mais precisando não ia dar para fazer. A mensagem da aluna, nas entrelinhas, era: é preciso enrolar a paciente, executando algum procedimento para justificar a sua vinda à faculdade.

Em muitos momentos presenciei os professores, implicitamente, passando essa mensagem em situações nas quais não havia condições de resolver os problemas dos pacientes. Tem sido uma saída encontrada por alunos e professores diante desse dilema ético, uma vez que é melhor não ferir por completo o princípio da beneficência promovendo para o paciente algum tipo de atenção, ainda que não seja aquilo que é melhor para ele, do que deixá-lo sem nenhuma atenção. Fico pensando que, embora essa "saída" tenha a ver com as condições precárias da instituição, tem um impacto negativo na formação do aluno no que se refere à forma como ele elabora o seu comportamento com o que é público.

Em outro dia de observação, uma aluna havia acabado de fazer um procedimento cirúrgico em sua primeira paciente e, após arrumar a sua bancada, conduziu o segundo paciente para a cadeira quando observou que este olhava insistentemente para a cuspidreira. Esta se encontrava entupida e nela transbordava uma mistura de sangue e saliva de aparência repug-

nante. O professor que estava próximo observa a cena e solicita que chame o pessoal da limpeza.

Na verdade, foi um problema técnico, mas a aluna também foi pouco cuidadosa na revisão das condições de atendimento e no cuidado com a biossegurança, expondo desnecessariamente o paciente àquela situação constrangedora, o que se configura em uma falta de respeito ao mesmo.

Em relação a este aspecto do cuidado com o paciente, Farias (2002, p. 93) observou que os alunos pareciam desconhecer a importância da desinfecção da bancada, não manifestando nenhuma preocupação a esse respeito, de modo que, em 75,5% dos casos, não foram observados quaisquer procedimentos de desinfecção das bancadas antes ou depois dos atendimentos. Para esse autor, o surpreendente também foi o fato observado de que, nas duas disciplinas, nenhum dos orientadores demonstrou estar atento a essa falha, não exigindo a sua execução pelas duplas.

A dinâmica da disciplina no que diz respeito ao acesso dos usuários fica também comprometida, uma vez que a Central de Atendimento ao Paciente (CAP) não tem conseguido se organizar de maneira a centralizar a triagem e encaminhar os usuários para as disciplinas, sendo, sobretudo no início do semestre, um processo altamente tumultuado e desgastante para os professores, os alunos e os usuários.

Eles invadem a sala de apoio, entram no ambulatório em busca de informações e atendimento, fazem e desfazem filas, brigam com os funcionários e entre si e interceptam professores e alunos nos corredores e na porta do ambulatório falando das suas necessidades de atendimento e das dificuldades de acesso, clamando por uma vaga.

Ainda que eu saiba que essa disciplina, na qual fiz a observação, se constitui em um dos nós críticos do curso e que muitas outras funcionam de forma mais organizada e em melhores condições, devo admitir que o confronto com essa realidade, sobretudo com o sofrimento dos usuários em busca de cuidados odontológicos, em muitos momentos me provocou angústia e sensação de impotência diante de tanta carência material e humana. É evidente que a resolução dos problemas apresentados possibilitaria tanto uma formação melhor do aluno, como uma atenção ao usuário mais humanizada e resolutiva do ponto de vista técnico.

Irresistivelmente, acabei partilhando esses sentimentos com a direção da escola e com alguns professores e percebi que a própria diretora do curso compartilha dessa angústia e, ainda que trave uma luta cotidiana para melhorar as condições de funcionamento do curso, com um esforço pessoal e profissional reconhecido, muitas vezes se sente impotente diante da falta de recursos financeiros e de recursos humanos capazes de promover as mudanças neces-

sárias. É preciso, portanto, um esforço político de todos os sujeitos que vivenciam esse cotidiano do curso, no sentido de lutar pela efetivação das mudanças.

Dessa realidade emerge duas possibilidades em termos de formação dos alunos: a primeira é que, diante das dificuldades enfrentadas, eles desenvolvam mais o senso crítico e a criatividade no sentido de buscar alternativas possíveis para promover o seu próprio aprendizado e para dar respostas às necessidades dos usuários. A segunda possibilidade é que essas dificuldades e as alternativas criadas, muitas vezes comprometendo os princípios da Bioética, a qualidade técnica e a resolutividade dos problemas dos usuários, pode sedimentar em alguns dos alunos a concepção de que tudo que é público é precário e que essa concepção seja concretizada em suas futuras relações de trabalho no setor público.

Essa última possibilidade pode ser amenizada pela contribuição competente e comprometida com que os professores da área de Saúde Coletiva trabalham a formação dos alunos nesse aspecto, entretanto, a prática clínica, provavelmente, exerce uma influência maior sobre a maioria deles.

No curso privado, a situação é inversa, as instalações e equipamentos do ambulatório apresentam-se em excelentes condições, tanto estética, como funcionalmente. Isso, inclusive, se evidencia por se tratar de uma sede relativamente nova e, certamente, valorizada pelos gestores por ser esse um dos critérios utilizados para a avaliação do MEC e por se configurar em aspecto atrativo para aquisição e manutenção dos alunos na instituição. Ademais, esta dispõe de recursos financeiros provenientes das mensalidades dos alunos para bancar essa estrutura, além de autonomia para gerir os recursos. O depoimento deste usuário esclarece a qualidade das instalações do curso:

O que mais me impressionou logo na primeira vez que eu vim, é que é tudo bonitinho, tem os equipamentos tudo certinho, eu já fui em consultórios dentários em outros lugares que não tinha a cadeira toda bonitinha, a aparelhagem dela mexendo assim tudo certinho, **tudo limpinho mesmo, com aparência de novo,** o tratamento é muito bom. (usuário do curso privado, 38 anos, trabalha com eventos a domicílio).

A sala é climatizada e subdividida por biombos criando boxes isolados que propiciam aos alunos e usuários uma relativa privacidade no atendimento. Além disso, a assistência técnica promove uma boa manutenção dos equipamentos.

A organização do acesso dos usuários ao ambulatório é de responsabilidade da Unidade de Triage e Urgência (UTU), de maneira que os professores e os alunos pouco se envolvem com essa dinâmica, salvo quando necessitam encaminhar pacientes para outras disciplinas. Na UTU, os usuários são triados de acordo com as suas necessidades e encaminhados

para as disciplinas ambulatoriais do curso.

A demanda excedente de usuários matriculados entra em uma lista de espera e eles são contatados por telefone para agendar o atendimento. Ainda que essas listas de espera sejam muito grandes, retardando ou, muitas vezes, impossibilitando o acesso, não existe o problema das filas de usuários em busca de atendimento.

Em vista dessa realidade referente às instalações e à organização da demanda, o curso privado oferece condições mais favoráveis, tanto para o aprendizado dos alunos, como para uma atenção ao usuário mais resolutiva e mais humanizada, principalmente no que diz respeito ao acolhimento e as condições de biossegurança.

A possibilidade que esses registros sinaliza é que, se por um lado, os alunos do curso público enfrentam todas essas deficiências que comprometem em alguns sentidos a sua formação e a atenção aos usuários, por outro, algumas dessas deficiências abrem espaços de diálogo entre os alunos e os usuários, possibilitando uma maior comunicação entre eles.

Nas observações das práticas eu, de fato, registrei que os alunos do curso público conversam mais com os pacientes e isso é mais estimulado pelo fato deles atenderem sozinhos e não em dupla. É ele e o paciente, a interferência de uma terceira pessoa nessa relação acontece, eventualmente, quando o professor faz uma orientação, quando um colega se aproxima, ou quando a ACD o auxilia em alguma atividade. Fiz uma série de registros nos quais observei que os alunos conseguem um bom nível de comunicação com os pacientes, embora, muitas vezes, fica óbvio que eles não sabem lidar com as informações obtidas.

Já no curso privado, a despeito dos alunos terem mais condições de executarem os procedimentos técnicos sem muitas interrupções por problemas de instalações e equipamentos, eles se mantêm mais envolvidos com isso e desenvolvem menos a habilidade comunicativa com os pacientes. Isso é agravado pelo fato dos alunos trabalharem em dupla, uma vez que eles conversam muito entre si, seja sobre assuntos de interesses pessoais, ou sobre o próprio atendimento, mas com o uso de uma linguagem técnica que, em ambos os casos, excluem o paciente do contexto comunicativo. Isso não quer dizer que no curso público não ocorra esse tipo de transgressão, mas eu observei que ela ocorre com uma frequência bem mais baixa que no curso privado.

Em uma das muitas observações nas quais registrei esse comportamento nos alunos do curso privado, uma aluna fazia o atendimento de uma paciente adolescente (17 anos) que estava vindo para a sua primeira consulta no curso, tendo passado apenas pela UTU. O primeiro contato da aluna com a paciente foi totalmente impessoal. Ela não leu o prontuário previamente preenchido, não chamou a paciente pelo nome em nenhum momento, já colocou a pa-

ciente deitada em posição de exame clínico e as perguntas eram feitas com um tom de voz distante, impessoal e pouco simpático. Embora ainda houvesse tempo para fazer o exame clínico e, principalmente, para o estabelecimento de um diálogo no sentido de conhecer melhor a paciente, a aluna, pretendendo sair mais cedo da aula, liberou a paciente. Esse desinteresse de alguns alunos por otimizar o tempo e valorizar o esforço financeiro (transporte) e pessoal dos pacientes em busca de atenção odontológica, foi observado em ambos os cursos.

No primeiro dia de aula do curso público os professores da disciplina fazem uma atividade, no próprio ambulatório, na qual passam para os alunos as orientações julgadas necessárias para iniciar os atendimentos clínicos na aula seguinte, já que, no semestre de observação, não são programadas aulas de atualização, sendo proposto um trabalho de conclusão da disciplina com temas previamente definidos e que são produzidos e apresentados em equipes.

As orientações, basicamente, se referem: (1) à dinâmica de funcionamento da disciplina (trabalho individual e não em dupla, participação das ACDs, indumentária, frequência, pontualidade, critérios de avaliação, cuidados com a biossegurança, distribuição dos equipamentos por aluno); e (2) aos cuidados com o paciente no que se refere aos seguintes aspectos: (a) registro ou atualização do telefone para contato em casos de necessidades (desmarcar consultas, se informar sobre eles em caso de procedimentos que envolvem dor e cuidados pós-operatórios); (b) atentar para a condição sócio-econômica do paciente (recursos financeiros e dificuldades de transporte); e (c) leitura cuidadosa dos prontuários, promovendo a sua atualização já que muitas condições de saúde e sociais são passíveis de mudança. A coordenadora da disciplina relata alguns exemplos de problemas ocorridos em outras turmas por falta de observação dos registros dos prontuários. Não existe uma discussão mais detalhada sobre o preenchimento da ficha clínica, pressupondo-se que os alunos já sabem lidar com essa prática.

No curso privado esse primeiro contato ocorre em sala de aula, entretanto, eu não estive presente nesse dia. Dessa forma, conversei com um dos professores para me informar sobre o que foi trabalhado com os alunos. Segundo ele, nesse primeiro momento, foi apresentada toda a programação e dinâmica da disciplina, sendo que as orientações para o atendimento foram, de um modo geral, similares àquelas do curso público.

A primeira semana foi toda dedicada a atualização de temas das especialidades que eles estariam trabalhando no ambulatório. Nos dois dias que eu designei para observação do curso privado eu estive presente nessas aulas e, predominantemente, se discutiu conhecimentos técnico-científicos. Eventualmente as apresentações eram ilustradas com exemplos ou comentários que faziam emergir algumas questões éticas e da relação paciente-profissional.

Em ambos os cursos, o cuidado com a biossegurança varia de aluno para aluno, alguns são aparentemente bem cuidadosos com a arrumação da bancada, uso de EPI e uso de barreiras de proteção, outros negligenciam esses cuidados. Apesar de todas as orientações recebidas e às boas condições de instalações, presenciei alunos do curso privado pegando objetos que caíam no chão com a mão enluvada e em processo de atendimento. Especificamente em dois casos esses objetos foram utilizados na boca do paciente.

A supervisão aos cuidados com a biossegurança, é uma atividade um tanto secundarizada pelos professores, seja pela correria para dar conta das orientações técnicas ou porque eles subentendem que os alunos já sabem que são cuidados imprescindíveis e que, por isso, eles deveriam empregá-los no cotidiano.

Muitas vezes, presenciei os professores darem orientações aos alunos ou mesmo intervir na boca do paciente sem se atentarem para as falhas, principalmente de uso de barreiras de proteção dos equipamentos. Essa falta de cuidado é tão comum que em um dos dias de prática registrei, no curso público, que entre 15 alunos que estavam atendendo, apenas três deles colocaram barreira de proteção na seringa triplice.

No curso privado esse descuido com o uso das barreiras também ocorre, mas é menos evidente. Essas falhas são passíveis de serem superadas conforme relata Freitas (2002, p. 93), ao observar que em 100% dos casos, os alunos das disciplinas avaliadas na FO-UFMG colocaram adequadamente a proteção com filme de PVC, nas partes do equipamento a serem tocadas pelos alunos durante o trabalho. No que se refere à observação de situações que evidenciam prejuízos ao paciente ou o não cumprimento do princípio bioético da não-maleficência (erros profissionais), salvo aqueles já relatados referentes à biossegurança, foram poucas as observações feitas no ambulatório. Apenas duas situações foram registradas no curso privado, ambas envolvendo a especialidade de endodontia (tratamento de canal), nas quais as raízes dos dentes foram perfuradas.

Em um dos casos, haveria a possibilidade de recuperação do dente e no outro, o dente teve que ser extraído na mesma sessão, sob o choro silencioso da paciente. Em ambas as situações houve o cuidado do professor em explicitar a situação para os pacientes, informando que tudo seria feito no sentido de resolver o problema da melhor maneira possível e, no caso da necessidade de prótese, sem ônus para os pacientes.

Entretanto, em relação à conduta com os alunos, se evidencia mais a responsabilidade destes em estudarem e treinarem mais os procedimentos técnicos para evitarem novos erros. Não percebi uma tentativa de aproveitar as situações para refletir com o aluno o problema e a

sua solução do ponto de vista ético, fazendo inclusive, o próprio aluno se confrontar com a experiência de comunicar o seu erro para o paciente.

Nas duas observações, os professores assumiam essa responsabilidade para si, justificando que o aluno não tem condições emocionais para fazê-lo. No caso onde a providência teve que ser tomada na mesma sessão, de fato, a aluna estava visivelmente desestruturada e não podia mesmo assumir, diante da paciente, o seu erro. Entretanto, em um dos casos, esse confronto era indispensável, uma vez que a aluna teve uma atitude anti-ética diante do seu erro: ao executar um tratamento endodôntico em um paciente, perfura a raiz do dente. Ao radiografá-lo ela percebe o erro e joga a radiografia no lixo, escondendo o fato do professor. Outra colega que observou de longe a sua atitude pega a radiografia e mostra a uma professora, justificando que não quer prejudicar a colega, mas não concorda com aquele comportamento que, além de não assumir o erro, pode prejudicar o paciente e ainda perder a oportunidade de aprender o que fazer diante de situações como essa.

A professora pega a radiografia e se dirige ao box no qual o professor está auxiliando a aluna. A professora pergunta se foi aquele o dente perfurado e a aluna responde que não. Ela mostra a radiografia, observa o dente que está sendo tratado e afirma que é aquele mesmo, deixando a aluna desconcertada, sendo obrigada a confirmar o fato.

O professor que estava atendendo concluiu o procedimento, explicou para o paciente que o problema seria resolvido e, por estar no final do turno de aula, adiou a conversa com a aluna para a próxima aula. Toda a discussão em torno do fato se deu valorizando os aspectos técnicos (problema, solução, necessidade de estudar e treinar mais). O dilema ético e a conduta da aluna frente ao seu erro não foram evidenciados.

Esses exemplos evidenciam o que, segundo Côrrea (1997, p. 2), é uma preocupação filosófica antiga, ou seja, de que nem sempre existe uma harmonia entre a ética ensinante (*ethica docem*) e a ética praticada (*ethica utens*). Eles mostram que, ainda que alunos e professores professem em seus discursos o valor atribuído à dimensão ética, no cotidiano dos ambulatórios, as atitudes precisam ser mais discutidas e os alunos precisam ser orientados no sentido de se confrontarem com os dilemas éticos que emergem do cotidiano, refletindo mais sobre eles.

Para Souza (2004, p. 207), muitos médicos não estão preocupados em orientar o estudante no sentido de ter uma relação melhor com o seu paciente, ao contrário, dão aos internos constantes lições de indiferença para com eles. Na verdade, o que se pretende com os trabalhos nos ambulatórios não é que os estudantes reflitam sobre a sua relação com o paciente, nem que aprendam a lidar com eles, mas que essa experiência deva ser um acúmulo de infor-

mações que deve se dar a partir do confronto direto com os pacientes portadores de determinadas enfermidades.

Eu também registrei, nas práticas, poucas manifestações dos professores no sentido de conduzir o estudante a uma reflexão naquele sentido. Contrariamente, muitos deles, ao orientar os alunos, sequer se dirigem ao paciente para cumprimentá-lo, dão as explicações pertinentes ao procedimento técnico ou fazem intervenções diretamente na boca dos pacientes, referindo-se a eles, quase sempre, na terceira pessoa como se eles estivessem ausentes do contexto.

Unfer (2000, p. 107), revela que um dos aspectos que mais chamou a sua atenção na fala dos dentistas entrevistados em seu trabalho foi a maneira como eles se referem aos usuários dos serviços públicos, ou seja, como “fichas de atendimento”, denotando um sentido material, um encargo, uma tarefa, totalmente desvinculada do ser humano que busca o atendimento.

Mas, em algumas situações, os professores são convidados a intermediar situações limites que envolvem relações transferenciais e contratransferências negativas, e, nesses momentos, em geral, eles mostram capacidade para resolver os conflitos, ao menos, momentaneamente. Entretanto, eu não observei a prática de uma reflexão posterior sobre o assunto.

Em uma das práticas presenciei um exemplo interessante dessa situação: em um dos boxes eclodiu um conflito que fez o aluno expressar a sua insatisfação frente a postura freqüente da paciente. Ele se levantou, visivelmente irritado, do mocho para chamar o professor e comentou comigo: "não agüento mais essa paciente!".

Quando ambos retornaram, o aluno expôs para o professor, na presença da paciente, toda a sua insatisfação. Não foi desrespeitoso e nem mal-educado, mas foi duro em sua fala explicitando a sua dificuldade em trabalhar com ela porque não havia um clima de confiança no trabalho que ele desenvolvia, além de uma cobrança insistente pela conclusão da prótese.

O professor conversou com a paciente, tranqüilizou-a a respeito da qualidade do tratamento e disse que ela deveria confiar no aluno porque, além de todos os trabalhos serem orientados pelos professores, ele se formaria dentro de dois meses, já era quase um profissional. Completou, em tom amigável, que os procedimentos de prótese são mesmo demorados e que ela precisava ter paciência.

A paciente reconheceu a sua “culpa” no conflito, pedindo desculpas várias vezes ao professor e ao aluno, justificando que estava se sentindo doente e muito feia sem os dentes. Posteriormente, conversei com o aluno sobre o fato e ele revelou que não sabe lidar com essas pessoas e nessas situações e que quando tiver seu consultório não terá interesse em atender

um paciente assim, que encaminhará para outra pessoa.

Esse episódio me remete a Benetton (2002, p. 83), quando este afirma que o paciente carrega consigo a sua padronagem afetiva, tendendo a jogar para o relacionamento paciente-profissional o seu “pacote”, o seu jeito íntimo, as suas necessidades afetivas. Assim, o paciente joga inconscientemente sobre o profissional seus conteúdos afetivos que também projeta os seus sobre o paciente. Ocorre aí a transferência e a contratransferência. Esta é uma relação que sempre acontece, de modo que ela pode ser identificada, mas não evitada. É necessário diagnosticar o paciente e a si mesmo, percebendo o que um provoca no outro e, desse modo, aceitando e identificando o jogo transferencial.

Percebi nos gestos e na fala da paciente que ela reconhecia o seu comportamento negativo (transferencial), mas não conseguia controlá-lo. Por outro lado, a falta de valor atribuído à história de vida da paciente e a dificuldade de lidar com situações emocionais por parte do aluno, criou dificuldades para que ele pudesse assumir uma conduta coerente com a situação, quanto ao processo de humanização do atendimento, dando continência à paciente. Ainda que ele tenha tido uma postura correta ao convidar o professor para intermediar o conflito, era necessário que antes de chegar àquela situação limite, ele pudesse ter assumido o controle da situação, uma vez que, de fato, esse papel é do profissional.

Entretanto, isso não ocorreu primeiro, pela imaturidade, ainda evidente do aluno; segundo, pela dificuldade, própria dos profissionais de saúde, de reconhecerem que precisam buscar o autoconhecimento para lidarem melhor com as relações transferenciais e contratransferenciais.

Nesse sentido, Benetton (2002, p. 99), afirma que o autoconhecimento, em seus limites, potencialidades, defeitos e virtudes, pode dar uma densidade nobre à definição de profissionalismo, visto que, ao conhecer suas próprias áreas de tensão e conflito o profissional pode buscar uma aproximação mais compreensiva e significativa com o paciente. Nos primeiros dias de aula do ambulatório os alunos recebem os pacientes para uma avaliação inicial e planejamento do tratamento. É no momento da anamnese que os alunos mais conversam com eles, visto que precisam registrar as informações colhidas para subsidiar o diagnóstico e ajudar a conhecê-los melhor. Ao observar essa prática nos ambulatórios me chamou a atenção como as diferenças individuais influenciam na forma como esta anamnese é conduzida.

Para alguns alunos ela se traduz e se manifesta como uma oportunidade de acolher e conhecer o paciente e estabelecer uma relação empática com ele, de modo a conquistar a sua confiança para, entre outras razões, obter informações verdadeiras e relevantes, obter adesão ao tratamento e possibilitar a criação de vínculo. Para outros, esse momento não passa de um

registro automatizado de respostas às questões que estão contempladas nas fichas clínicas, com uma total falta de empatia e interesse pelo que os pacientes estão falando, inclusive, cortando, em muitos momentos, os relatos que eles tentam fazer com uma mensagem subliminar: “vamos ao que interessa”. Em alguns casos, eles empregam um tom de voz tão impessoal que não encorajam o paciente, sequer, a falar. Essa postura, em parte, está relacionada à afirmação de Souza (2002, p. 19), quando esta sugere que a medicina técnico-científica, ao se distanciar do mundo da vida, além de destituir pacientes e médicos de sua humanidade, promove fracassos na condução de processos de tratamento, na medida em que impede o estabelecimento de um diálogo mais autêntico entre os dois.

Segundo a autora, esse diálogo é fundamental, uma vez que, um paciente descrito em um prontuário é bem diferente daquele que narra a sua história de um modo pessoal. Ao possibilitar que o paciente faça isso é possível lidar com dimensões da existência que de outro modo estariam banidos do discurso médico canônico. Nesse sentido, Benetton (2002, p. 126) afirma que, se o profissional tiver na relação com o paciente a compreensão da linguagem simbólica deste, esta relação será sempre facilitada. Se, por outro lado, a aproximação for fria e indiferente, o profissional perderá o contato essencial com a linguagem que o paciente traz. Em suma, se o profissional não possui um certo poder interno, se não for entusiasmado, e se não tiver uma forte intenção, libidinal mesmo (diferente de sexual), de abarcar o que o paciente é, os seus temores, sentimentos e expectativas, e não somente a sua doença, reina a insensibilidade.

A diferença na forma com que os alunos dos dois cursos posicionam os pacientes no momento da anamnese chama a atenção: no curso privado eles já colocam a cadeira toda deitada, de modo que os pacientes respondem às perguntas já em posição de exame clínico, enquanto no curso público os pacientes ficam sentados e os alunos só reclinam a cadeira no momento do exame extra e intra-bucal. Não sei se existe uma orientação intencional nesse sentido, os alunos aos quais eu perguntei não se recordavam de terem recebido tal orientação explicitamente, mas esse comportamento era quase que geral entre eles, indicando que em algum momento do curso eles foram orientados dessa forma ou que a postura dos professores na prática servia de exemplo para sedimentar esse comportamento. Ainda que para a Odontologia isso possa não parecer uma observação relevante, ela, de fato, o é, uma vez que as posturas corporais têm um significado simbólico importante que interfere na comunicação entre o paciente e o profissional.

Quando os pacientes estão deitados e o profissional sentado ou de pé, simbolicamente, aqueles se encontram no espaço da vulnerabilidade, saem do seu centramento, eles se encontram sem *grounding*⁸³. Por outro lado, quando ambos se encontram sentados, eles estão em posição que favorece o contato social, simbolicamente, estão de igual para igual. Essa postura possibilita ao paciente falar com mais autonomia; sentir menos as diferenças sócio-econômicas e culturais que o separa do profissional; se abrir para um momento de diálogo e relaxamento que cria um clima de confiança no profissional; e perceber que naquele momento é visto como pessoa e não apenas como objeto de aprendizagem, “cobaia”. Muitos deles, quando buscam o serviço ou nas primeiras consultas, dizem que é assim que se sentem. Esse momento da anamnese é percebido pelo aluno nessa perspectiva, conforme relato abaixo:

Nas disciplinas profissionalizantes, as próprias fichas clínicas que seguem o protocolo para o atendimento, já nos proporciona um relacionamento maior com nossos pacientes, isso nos deixa mais seguros para intervir, pois passamos a conhecer mais da vida do paciente (aluno do curso privado, 25 anos, 10º semestre - 281).

Entretanto, observei que muitos dos alunos não sabem aproveitar o momento com essa finalidade e o rotinizam, muitas vezes desprezando registros importantes que os pacientes deixam escapar em suas tentativas de fazer-se conhecer. Para Souza (2004, p. 210), o problema reside no fato de que para os médicos é importante apenas ouvir aquilo sobre o qual eles podem intervir através do conhecimento médico. Só lhes diz respeito aquilo que eles podem tratar, tudo o que excede esse campo, mesmo que se reconheça a sua importância, deve ser mantido afastado ou enviado para quem de direito. Para a autora, portanto, não é casual que mostrar indiferença para com os problemas dos pacientes seja uma das mais corriqueiras lições dadas no ambulatório.

Os prontuários de ambos os cursos constam de uma ficha clínica com informações gerais dos pacientes (identificação, queixa principal, história médico-odontológica, exame extra e intra bucal, exames complementares, diagnóstico, planejamento). Ainda que essas fichas sejam diferentes na forma e na redação e que a do curso privado apresente um maior detalhamento acerca da história médico-odontológica, elas contemplam basicamente os mesmos itens de registros. No curso público as fichas são geralmente preenchidas por alunos que estão cursando outra disciplina e no curso privado essa prática acontece na UTU, mas, eventualmente,

⁸³ Ground em inglês significa chão, base. Grounding, ter base. O termo é muito usado na Bioenergética, designando o contato com o chão e, a partir desse contato, a conscientização do corpo embasado. Não existe uma palavra em português para expressar apropriadamente o termo (LOWER, Alexander; LOWER, Leslie. **Exercícios de Bioenergética**: o caminho para uma saúde vibrante. 2.ed. Trad.: Vera Lúcia Marinho e Suzana Domingues de Castro. São Paulo: Agora, 1985. 196p.).

isso ocorre nas próprias disciplinas de clínica. Em ambos os cursos os professores solicitam que os alunos reavaliem e complementem as informações registradas.

Na análise dos prontuários, busquei identificar a ocorrência de informações que focassem os aspectos psicossociais que pudessem ajudar a identificar, não apenas os fatores de risco às doenças bucais, mas também aqueles que ajudassem a conhecer melhor os pacientes. Nas fichas, dois itens evidenciavam esses aspectos: história familiar (ambos os cursos); e história pessoal e social (curso público) ou história psico-social (curso privado).

Analisei os prontuários com base nesses dois itens no sentido de identificar, não somente a ocorrência do registro, mas também quais aspectos eram valorizados nos mesmos e como os alunos lidavam com essas informações no atendimento ao paciente. Em ambos os cursos os registros da história familiar compreendem, predominantemente, as informações sobre as doenças familiares. Em alguns prontuários do curso privado são valorizadas, nesse item, informações sociais e relacionais e, em alguns casos, os dois tipos de informações são registrados.

Em relação à história pessoal e história social/história psicossocial, os registros mais freqüentes no curso público se referem aos hábitos de higiene bucal relatados pelo paciente e o relacionamento familiar e social. Ocorrem, também, registros sobre tabagismo e etilismo e, em menor freqüência, hábitos deletérios (unicofagia, bruxismo, abrir garrafa com os dentes, morder lábios); com quem residem, estado emocional (dificuldade de relacionamento, introspecção, nervosismo, stress, alegria) e hábitos alimentares.

No curso privado, a maioria dos registros se referiam às condições de moradia, com quem residiam e as relações sociais com familiares, amigos e colegas de trabalho. Aparecem também registros relativos a condições emocionais (nervosismo, preocupações, problemas familiares, tranqüilidade), problemas financeiros, hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, exercício físico e higiene bucal. Em ambos os cursos, são raros os registros mais completos que informassem, simultaneamente, vários desses aspectos.

No curso público o item história familiar foi preenchido em 84,7% dos prontuários, já no curso privado isso ocorreu em 50,6% destes. Em relação à história pessoal e social/história psico-social, o registro no curso público ocorreu em 87,5% dos prontuários e no curso privado ele se deu em 49,4% destes. Esses dados revelam, principalmente para o curso privado, o pouco valor atribuído a esse tipo de informação na rotina dos ambulatorios. No curso público, ainda que a proporção dos registros seja mais alta, são bastante superficiais, valorizando, na maioria das vezes, aspectos menos relevantes para a proposta contida nesse item. Esses resultados corroboram a afirmação de Souza (2004, p. 223), quando ela diz que, quando se traz

para dentro da consulta o mundo do paciente, há aspectos que são julgados mais relevantes, enquanto outros ficam em uma zona de sombra e/ou são ativamente ignorados.

Uma outra questão que envolve esses registros é como os alunos utilizam as informações durante os atendimentos aos pacientes. Nas observações que fiz, notei que esses registros parecem não passar de um protocolo exigido pelos professores, mas sem nenhuma consequência no âmbito clínico. Eles só são validados pelos alunos quando interferem diretamente na “saúde bucal”. As informações subjetivas, as pistas dadas pelos pacientes sobre o seu estado emocional, problemas sociais ou problemas de saúde que, mesmo não tendo relação direta com a “saúde bucal”, mas os desestruturam emocionalmente, são deletados por muitos alunos. Alguns deles, inclusive, em momentos que eu própria provoquei, não sabiam sequer o nome do paciente que iria atender ou estavam atendendo. Escolhi dois relatos para elucidar como a dinâmica do ambulatório, voltada para o ato técnico, excluem esses aspectos.

Observei o relato de uma paciente que falava do alinhamento dos seus dentes, dizia que range os dentes, que tem apertamento dental quando está nervosa. A aluna registrava todas essas informações mecanicamente e não explorava as causas que provocam esses sintomas, as consequências a médio ou longo prazo, nem tampouco aconselha a paciente a procurar um serviço que a ajudará a minimizar esses problemas.

O segundo relato que ilustra meu questionamento se refere a um paciente de 67 anos. Em seu prontuário tinha um registro de um problema de pele (sartide) de fundo auto-imune. Aproximei-me do local onde ele estava sendo atendido e, como o aluno não estava presente, comecei a conversar com ele, me apresentando e indagando sobre o seu problema. O paciente começou a relatar a sua história de forma muito emocionada: falou que o seu problema era muito feio, a pele do corpo, principalmente do couro cabeludo, dos olhos e da virilha se abriam em chagas e ele, às vezes pensava que ia “apodrecer”, ficava pensando que era câncer. Relatou ter ficado tão mal que entrou em depressão. Falou de todas as suas dificuldades ao enfrentar o problema no início e que agora já está melhor, mas sabia que isso não tinha cura, que toda vez que ele ficava estressado o problema aparecia. Ao lhe dar esse espaço ele ficou muito tempo falando, o que revelava uma necessidade grande de diálogo. Enquanto isso, o aluno havia retornado e, embora se mostrasse atento ao relato do paciente, parecia inquieto pela “perda de tempo”, uma vez que precisava terminar o seu procedimento. No prontuário do paciente havia também a informação de que ele costumava desmaiar quando tomava injeção na veia ou era atendido pelo dentista.

Concluído o seu procedimento e após termos nos despedido do paciente, perguntei ao aluno se ele estava ciente daqueles problemas, se ele havia lido o prontuário. Ele tentou se justificar, mas ficou bem claro que sequer havia lido os registros, correndo risco de provocar uma reação emocional no paciente e perdendo a oportunidade de poder acolhê-lo de uma forma mais cuidadosa, principalmente por se tratar de uma pessoa já tão sofrida. Souza (2004, p. 209) destaca que os médicos não sabem bem o que fazer frente a situações em que algo de natureza emocional aflora durante uma situação de atendimento. Segundo a autora, os médicos não estão preparados para lidar com problemas para os quais eles não têm uma solução pragmática e por isso optam por ignorá-las.

Nesse sentido, merece destaque um episódio ocorrido em um turno de observação: uma aluna do curso privado se aproximou sorrindo de dois professores e de mim, fazendo o seguinte comentário: "passou de longe, em professor? Só vi você passando e rindo, não quis nem encostar. Também com essa paciente maluca, só paciência!". Ao perceber a minha expressão curiosa, ela comentou que a paciente usava uma prótese removível, mas já estava com os dentes remanescentes perdidos e a indicação era extraí-los e colocar uma dentadura. Mas a paciente se negava a aceitar essa perda, por mais que ela explicasse que não tinha jeito. Por conta dessa não aceitação, a paciente vivia sonhando com a possibilidade de fazer implante. Para completar, não tinha o mínimo de cuidado com a higiene bucal. Nesse momento um dos professores, relembrando a colocação que um outro professor fizera em um curso que assistiu recentemente, comentou sorrindo: "quer dizer que ela tem comportamentos ligeiramente suínos?".

Presenciar essa cena me trouxe certo desconforto ao refletir que as experiências vividas nas clínicas são fundamentais para ajudar o aluno a construir a sua referência de como se relacionar com o paciente, conforme explicitado abaixo:

O que tem lugar na clínica – essa oficina que forja os novos médicos – não é apenas a aquisição de certos conteúdos e representações, embora isso esteja em primeiro plano, mas e também, aí que começa a se sedimentar nos estudantes certas formas de compreensão do paciente, de atentar ou não para ele, de persuadi-lo, julgá-lo (SOUZA, 2004, p. 186).

O episódio relatado evidencia a falta de sensibilidade de professores e alunos para compreenderem a dimensão emocional do problema da paciente e mascaram essa incompreensão com brincadeiras perversas. Ao observar situações de atendimento médico em um ambulatório de cardiologia, Souza (2004, p. 210-213) revela que foram inúmeras as lições de indiferença e insensibilidade que assistiu e que muitos médicos, ignorando as aflições dos

pacientes, contavam as suas histórias em tom de zombaria. Para a autora, o médico não precisa encarar toda e qualquer fala que vem do paciente como uma demanda direta de resolução de um problema. Ele pode aceitar que o paciente expresse uma dor da existência e que isso, por si só, pode ser de grande valia para seu estado emocional. Isso é aprender a lidar com a incerteza do conhecimento e com a impotência, com a impossibilidade de resolução de alguns problemas.

Entretanto, também presenciei ocorrências que revelam cuidado nas decisões que envolvem aspectos emocionais e éticos: uma aluna do curso público estava atendendo uma paciente que possuía apenas um dente na arcada superior e era portadora de uma prótese. Como a paciente pretendia substituí-la em virtude do seu desgaste, a aluna sugere extrair o dente e colocar uma prótese total. A paciente, que estava sorrindo, adquiriu um ar triste, desiludido. A aluna continua o exame clínico e diz que conversará com o professor sobre essa proposta de tratamento. Passado algum tempo, a paciente pergunta se vai ser mesmo necessário tirar o dente e diz que, se pudesse, preferia não tirar porque só tinha aquele e ela não queria perdê-lo. Do ponto de vista técnico, de fato, a indicação seria fazer a exodontia do dente, inclusive, pela localização que dificultava a limpeza.

Quando a aluna faz a consulta à professora, esta ouve a paciente e resolve manter o dente, salientando que ela precisaria tomar cuidado com a limpeza, mas adverte que a decisão final seria dada após o exame radiográfico. No olhar e na expressão facial da paciente havia satisfação por ter sido escutada. Essa atitude da professora foi um exemplo positivo para a aluna, uma vez que houve respeito, tanto ao princípio da autonomia, quanto ao desejo da paciente, na qual foi evidenciada a dimensão do cuidado, dando continência à dor psicológica que, simbolicamente, envolvia a perda daquele dente.

Em uma outra observação, uma aluna do curso privado já havia concluído o atendimento e a paciente falava da sua insatisfação com o resultado estético da restauração, que tinha sido feita antes da colocação da prótese e pergunta se tem condição de mudar, porque ficou um espaço feio perto da gengiva. A aluna deu atenção à queixa da paciente e disse que revolveria isso na próxima aula. O aluno que formava dupla com ela, estava atrás da paciente fazendo gestos com as mãos para que a colega não desse tanta importância às queixas e liberasse logo a paciente. Esse fato revela as diferenças de valores e atitudes dos alunos em relação às queixas e desejos dos pacientes.

Souza (2004, p. 213) corrobora essas observações quando aponta que em alguns momentos, os médicos, residentes e estagiários explicitaram que a questão da relação com o paciente era essencial, entretanto, o que ela registrou, na prática ambulatorial, foram muitas li-

ções de insensibilidade. Segundo a autora, isso demonstra, não só como o discurso sobre a relação é contraditório com a prática, mas também, que existem diferentes modulações da prática médica. Há profissionais que se inclinam mais para o estilo indiferente, outros que seguem uma direção inversa; há os que em alguns momentos são mais empáticos com o paciente e com certo tipo de pacientes e em outros, atendem mais mecanicamente.

É exatamente essa mesma percepção que tenho ao analisar as falas e a prática dos sujeitos desse trabalho. Ainda que eu tenha observado nos comportamentos de muitos alunos e professores uma predisposição para lidar com os pacientes de uma forma cuidadosa, as observações do cotidiano das clínicas revelam, em muitos momentos, que os valores éticos e humanos, tão evidenciados nos discursos desses sujeitos, parecem ainda apresentar algumas brechas que precisam ser apontadas, refletidas e (re)significadas para que a dimensão ético-humanista da formação, aos poucos, possa se deslocar da intenção ao gesto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os registros obtidos nas diferentes técnicas de coleta de dados conduzidas neste estudo, reconheço em cada um dos sujeitos participantes, ainda que anônimos, um co-autor desse trabalho e, mesmo compreendendo que não é possível fazer generalizações, eu gostaria de ressaltar o quanto eles me ajudaram a elucidar as mudanças que vêm se configurando na formação profissional em Odontologia porque, inspirada em Wolf (1998), eu também acredito que cada sujeito participante deste estudo compartilha de uma história universal, partilha vivências sociais, sendo, dessa maneira, testemunha de sua época e de sua cultura. Portanto, os seus depoimentos podem oferecer indicações de que a dimensão técnica da formação profissional já não domina de forma tão absoluta os discursos e as práticas nos cursos de Odontologia analisados. Conforme expressa Vasconcellos (2002, p. 27), é preciso sempre avaliar de que distância a escola se encontra do horizonte almejado, ou seja, fazer um diagnóstico da realidade para definir, por meio da programação, os passos a serem dados no sentido de diminuir essa distância.

Na análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos, está claro que estes explicitam o desejo de formar profissionais com referenciais ético-humanísticos consistentes. Do mesmo modo, alunos, professores e usuários têm a percepção de que essa dimensão vem sendo trabalhada nos cursos. Entretanto, o confronto com a realidade dos ambulatórios acena para uma prática carente de reflexões e mudanças, tanto das condições de trabalho (sobretudo no curso público), como de posturas relacionais mais qualificadas, e de um esforço de diminuir a distância entre o instituído e o instituinte. Nesse sentido, esse trabalho pode ser um instrumento de reflexão útil para ambos os cursos analisados.

Quanto ao perfil e percepções dos alunos, eles são, em sua maioria, do sexo feminino, escolheram a profissão porque gostam da área de saúde, mais da metade deles exerce algum tipo de atividade externa ao curso. Destacadamente, a atividade física e a participação em trabalhos de pesquisa é, predominantemente, evidenciada entre os alunos do curso público. A maioria dos alunos tem afinidade com as disciplinas e temas da área clínica, com um nível baixo de interesse pelas disciplinas das áreas de Ciências Humanas e Saúde Bucal Coletiva.

Em relação à formação geral recebida no curso, a maioria deles tem as seguintes percepções: acreditam que são mais estimulados na aquisição de habilidades técnico-científicas e no desenvolvimento do senso crítico e da criatividade do que nas habilidades em gestão, comunicação e atuação em equipes multiprofissionais; pensam que as práticas desenvolvidas em espaços sociais são ricas e importantes na formação; e que as deficiências do curso, se referem principalmente, a problemas de instalações e/ou recursos materiais (destacados basicamente pelos alunos do curso público) e deficiências pedagógicas (ambos os cursos). A maioria deles considera que a relação professor-aluno é positiva do ponto de vista pedagógico e das relações interpessoais.

Sobre o campo de trabalho e as perspectivas profissionais os alunos: (1) reconhecem que o mercado de trabalho está ruim e, grande parte deles, aponta os fatores determinantes dessa condição, mas, contraditoriamente, “nega” os fatores estruturais envolvidos quando acreditam que apenas o aperfeiçoamento técnico-científico e o esforço pessoal lhes garantirão sucesso na profissão; (2) continuam negando esses fatores quando a maioria deles projeta um trabalho autônomo e uma remuneração para os primeiros cinco anos de exercício profissional, acima da realidade nacional; (3) acreditam que o principal mecanismo concorrencial no exercício da profissão é o aperfeiçoamento técnico-científico, embora as relações interpessoais tenham sido o segundo principal mecanismo concorrencial escolhido por eles; e (4) percebem o serviço público, a terceirização da sua mão de obra e as clínicas populares como um campo de trabalho para o início da carreira, quando esperam, com a renda obtida fazer cursos de pós-graduação e se capitalizarem para estruturação do exercício autônomo.

Os alunos do curso público se destacam por uma maior participação em pesquisas (GRÁFICO 4); planejam, em maior proporção, ingressar na carreira docente; e expressam o desejo maior de cursarem uma pós-graduação em nível de mestrado e/ou doutorado (GRÁFICO 10). Quando as três categorias são analisadas conjuntamente, isso denuncia uma diferença de perfil entre os alunos dos cursos público e privado, demonstrando que um maior número de alunos do curso privado tem aspirações de investir em uma formação que amplia a sua perspectiva de inserção no campo de trabalho odontológico para além da clínica privada.

No que se refere à formação ético-humanista, os alunos: (1) acreditam que o bom dentista deve equilibrar habilidades técnicas com qualidades ético-humanistas no exercício profissional; (2) pensam que beneficência é dar uma atenção aos pacientes valorizando, principalmente, a qualidade do serviço prestado, mas sem perder de vista os aspectos éticos e humanos que envolve o atendimento; sendo que, a quase totalidade dos alunos se percebe cumprindo esse princípio, de acordo com as suas crenças e seus valores sobre isso; (3) percebem

que seu curso estimula a dimensão ético-humanista na formação, mesmo que, mais da metade dos alunos avaliem que o curso não os estimula a trabalhar respeitando a autonomia dos pacientes; e (4) atribuem à relação paciente/profissional, predominantemente, valores éticos e humanos. Entretanto, os relatos abaixo deixam escapar que esses valores, ainda que já estejam bem sedimentados no discurso, precisam ser vivenciados de forma mais concreta no cotidiano dos ambulatórios e na prática profissional.

A ética se mostrou valorizada ao menos no conhecimento ministrado, apesar de haver existido demonstrações contrárias em alguns ambientes práticos. (aluno do curso público, nº 109, 22 anos, 9º semestre).

Nas aulas teóricas há uma preocupação com o bem-estar do paciente, até mesmo por causa das questões judiciais. **Na prática às vezes, perde-se essa preocupação, principalmente em relação a biossegurança.** (aluna do curso público, nº 121, 23 anos, 9º semestre).

A competitividade do mercado tem feito com que, infelizmente, colegas da área burlem alguns princípios éticos e humanísticos. (aluna do curso público, nº 107, 24 anos, 9º semestre).

Os professores entrevistados, em sua maioria desconhecem as DCNs e o perfil de aluno que os cursos se propõem a formar. De um modo geral, não existe, também, uma compreensão clara do papel que eles exercem nos projetos que os alunos fazem de se tornarem especialistas. A compreensão, para muitos deles, é de que os alunos já chegam ao curso com essa demanda. De forma similar às percepções dos alunos e usuários, a maioria dos professores compreende que o dentista competente é aquele que agrega à sua capacidade técnico-científica, atributos éticos e humanos. Do mesmo modo, ao refletirem sobre a relação paciente-profissional e ao conceito de beneficência, a dimensão ético-humanística emerge como um importante referencial. Dentro dessa visão, a maioria dos professores considera que tem trabalhado essa dimensão na formação dos alunos e essa valorização, para alguns deles é mais comum na prática docente atual do que no passado.

Ainda que os professores relatem estarem trabalhando a dimensão ético-humanística no cotidiano dos ambulatórios, muitos deles revelam as dificuldades e tentativas frustrantes para concretizar a intenção de formar profissionais com valores ético-humanísticos. Para eles, muitos alunos são refratários a essas mensagens, de modo que, os valores construídos ao longo de suas vidas, destacadamente, no âmbito familiar, são importantes determinantes das atitudes assumidas. Assim, eles revelam as suas limitações em contribuir com a formação de alguns alunos em sua dimensão ético-humanística.

Os depoimentos dos usuários me permitem fazer algumas inferências: (1) existe um elevado nível de satisfação em relação ao atendimento recebido nos ambulatorios dos cursos avaliados e essa satisfação é percebida, principalmente, pela atenção pautada nos atributos ético-humanísticos dos alunos e professores; (2) o dentista é avaliado pelos pacientes por um conjunto de atributos pessoais e técnico-científicos, sendo que, os atributos pessoais é que diferenciam os profissionais, uma vez que, os pacientes têm poucos subsídios para avaliá-los tecnicamente; (3) são os atributos pessoais, como o amor à profissão, os principais determinantes da competência profissional; (4) existe um valor atribuído à biossegurança, de modo que este é mais um critério utilizado pelos usuários para avaliar a competência profissional e a percepção de cuidado recebido; (5) o medo de dentista, um dos principais problemas de comportamento enfrentado pela profissão, pode ser atenuado ou resolvido pelo diálogo, atenção, carinho, bom humor e amizade estabelecidos com o paciente; (6) a atenção à pessoa que está a sua frente é primordial em relação à resolução do problema odontológico; (7) a maioria dos usuários se sente participativo nos atendimentos, evidenciando que, apesar das limitações de resolutividade das suas queixas principais, o princípio da autonomia tem sido trabalhado, sobretudo, no que se refere à informação dos procedimentos realizados e da responsabilidade com auto-cuidado; e (8) os usuários, de um modo geral, conseguem enxergar no comportamento do aluno a imagem idealizada que eles têm do dentista, mas muitos deles suspeitam se esses comportamentos se perpetuarão na vida profissional.

Ao refletir sobre esses resultados, advindos das percepções de sujeitos de baixo capital econômico e cultural, levanto um novo questionamento que pode sinalizar para novas pesquisas: será que sujeitos com capital econômico e social mais alto apresentam percepções diferentes acerca da imagem que eles têm de um bom dentista, do respeito ao princípio da autonomia, do medo que envolve o atendimento odontológico e de como os profissionais podem ajudar a superá-lo?

Ainda que eu tenha evidenciado, em muitos momentos, um distanciamento entre o ideal dos discursos e o real do cotidiano dos ambulatorios e de algumas percepções e experiências relatadas pelos sujeitos envolvidos, os valores éticos e humanos têm sido, sim, incorporados à formação profissional. O discurso já não é o mesmo do passado e eu considero que essa mudança é um avanço a ser registrado.

Quanto à realidade da prática, esta sofre diversas influências para emergir, muitas vezes, diferente da imagem idealizada nos Projetos Pedagógicos e nos desejos dos sujeitos. Dentre essas influências destacam-se: as limitações pessoais de alunos, professores e usuários e as dificuldades materiais (principalmente no curso público), institucionais (número de professo-

res, organização da unidade de triagem, limites na organização das disciplinas) e sociais (dificuldade de acesso pela demanda reprimida). O desafio, então, é compreender essas limitações e fazer um exercício diário de aproximação entre a teoria e a prática.

Nesse sentido, Vasconcellos (2002, p. 14) explicita que mudar a prática educativa implica alterar concepções enraizadas e, sobretudo, enfrentar a “roda viva” já existente. Segundo o autor, é exatamente no momento dessa tentativa de mudança que se evidencia a fragilidade das nossas teorias e da nossa organização. Isso quer dizer que existem outros condicionantes que não apenas o teórico para a emergência das nossas práticas. Nesse caso, o papel da teoria deve ser apontado como um meio de captar os determinantes e o movimento do real para nele intervir.

O trabalho aponta para a necessidade de desenvolverem-se pesquisas com os egressos dos cursos no sentido de avaliar se os referenciais ético-humanistas destacados na formação profissional, durante a graduação, se reproduzem nos processos de trabalho ou se, as dificuldades enfrentadas nesse campo se superpõem a esses valores, como destacam muitos sujeitos participantes deste estudo, representados nos depoimentos abaixo:

Penso que terei de redimensionar tal habilidade quando tiver de inserir na relação paciente/profissional a remuneração. (aluno do curso público, 22 anos, 9º semestre - 109).

Deve-se ter uma melhor atenção dos profissionais com relação aos pacientes. Os pacientes hoje são "clientes". **São atendidos rapidamente porque precisa-se atender outros para ganhar dinheiro já que os procedimentos baratearam.** (aluno do curso público, 25 anos, 9º semestre - 88).

Os alunos, na verdade, deixa nós mais à vontade do que o profissional porque eles estão abertos, a gente pode perguntar alguma coisa que tá ali escrito, práque serve isso (...) aí a gente acaba aprendendo, na verdade, e o profissional não: senta aí, abra a boca. Ah! Você está precisando fazer isso e isso. Quer arrancar ou quer fazer tratamento, arrancar, arrancar, tchau e pronto, entendeu? **Os alunos, na verdade, acabam se tornando um pouco amigos e com o profissional não, é aquele profissionalismo e acabou!** (...) A menina que me atendeu me deixou tão à vontade que até meu trauma passou. (usuário do curso público, 31 anos, agente de limpeza).

Então, o princípio de tudo é isso: saber o que tá fazendo e ter honestidade, porque, hoje, o que a gente vê por aí e ouve falar é muita gente fazendo de tudo, né, e os problemas acontecendo, você vê muitos problemas de ordem jurídica já acontecendo na Odontologia e creio que por conta disso. **Talvez, no ímpeto de querer ganhar dinheiro as pessoas se arvoram a fazer um procedimento que não estão preparados pra fazer.** Isso aí compromete a si próprio e falta com respeito ao paciente porque tá prestando um serviço que não tem capacitação naquele momento. (Professor do curso privado, doutorando em Cirurgia).

(...) eu gosto da atenção dos alunos, são muito atenciosos. Espero que após a formatura deles, eles continuem atenciosos assim dessa forma (...) porque as pessoas mudam. Às vezes, depois de formados, mudam a maneira de ser, a maneira de ver, entende? Fica menos humano, pensam mais no financeiro, às vezes, do que no humano, entende? (usuário do curso público, 40 anos, desempregado).

Esses depoimentos confirmam a percepção de Côrrea (1997, p. 10), segundo o qual, a nossa consciência ética é diferente de uma simples assimilação de valores e normas morais vigentes na sociedade. Tais valores são encobertos por algum interesse particular não confessável ou inconsciente que rompe com as próprias causas geradoras de moral. Desse modo, interesses imediatos e menores podem ser colocados acima do bem da coletividade, se negado aos seres humanos a sua liberdade e a sua dignidade. Assim, fica bem evidenciada nessas manifestações, a preocupação dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa no que se refere à interferência do componente financeiro no comportamento do profissional, de modo que a dimensão ético-humanista parece ficar comprometida quando as determinações econômicas passam a fazer parte da complexidade que envolve a atenção odontológica.

Mesmo que não tenha sido objetivo desse trabalho testar o modelo de análise apresentado no capítulo de fundamentação teórica, no qual eu busquei representar os fatores que contribuem com a formação ético-humanística do cirurgião-dentista, acho pertinente destacar que ele se revelou na voz dos sujeitos da pesquisa. Estes referenciam os sistemas sugeridos no modelo na tentativa de explicitar os determinantes dos comportamentos dos profissionais e/ou dos alunos na dimensão referida. Ainda que todos os sistemas tenham aparecido na voz dos diferentes sujeitos, os que mais se destacaram foram: a família, o educacional, o mercado de trabalho, o econômico, o psicossocial e, mais raramente, nas manifestações dos alunos, o sistema ecumênico. Dada a superficialidade desses dados porque não era mesmo a minha intenção analisá-los, penso que essa informação pode servir de referência para novas pesquisas que se proponham a explorar o modelo apresentado.

Ainda que eu não tenha a intenção de apresentar aqui uma conclusão, faz-se necessário, dar uma resposta à questão chave proposta nesse estudo: como se caracteriza a dimensão ético-humanística na formação profissional de graduandos de Odontologia na Bahia? Mesmo que eu não possa generalizar os resultados obtidos, é possível inferir que existe uma maior valorização da dimensão ético-humanística na formação profissional dos cursos analisados, ainda que tenha sido evidenciada uma lacuna entre o ideal desse “novo” discurso e o real do cotidiano dos ambulatorios.

Isso parece revelar, confirmando os meus pressupostos, que a formação profissional vive uma fase de transição entre a histórica hegemonia da tecnociência e a busca do equilíbrio entre as duas dimensões técnica e ético-humanística, compreendendo ambas como imprescindíveis para a caracterização de um perfil profissional competente.

8 RECOMENDAÇÕES

Com base nas reflexões que emergiram a partir desse trabalho considero pertinentes as seguintes recomendações:

1 – Promover uma ampla discussão com os sujeitos envolvidos com a pós-graduação no país, sobretudo em nível de mestrado acadêmico e doutorado, no sentido de (re)significar esses cursos com base nas recomendações atuais da educação superior no Brasil. Esta exige, cada vez mais, um perfil de professor que mobilize, não apenas o aprofundamento técnico-científico em suas áreas de especialidades, mas discutam e mobilizem saberes, também necessários, à formação de um bom educador, dentre eles: saberes pedagógicos, psicológicos, antropológicos, políticos e sociais.

2 – Transformar em rotina dos cursos uma discussão periódica para a (re)elaboração do seu Projeto Pedagógico, compreendendo-o, não como um documento estático cuja existência se justifica apenas como referência para as avaliações institucionais do MEC, mas que sejam percebidos como uma construção coletiva, pautada na realidade, cujo produto (re)construído seja, de fato, uma referência para o fazer educativo no cotidiano dos cursos. Que esse documento saia das gavetas dos cursos e seja disponibilizado para cada sujeito envolvido no processo educativo para que a realidade seja confrontada e os problemas se transformem em referências para novas ações.

3 – Propiciar espaços de reflexões junto aos professores no sentido de possibilitar uma compreensão coletiva de que em todas as disciplinas a dimensão ético-humanista deve ser evidenciada, de modo que o estímulo a essa dimensão não seja percebido como atribuição quase que exclusiva das áreas de Ciências Humanas e Saúde Coletiva, conforme destacado por vários alunos.

4 – Criar oportunidades para que os professores reflitam sobre o seu papel na formação global do aluno, uma vez que, como os próprios professores expressam nessa pesquisa, recebemos alunos cada vez mais imaturos.

5 – Estimular o desenvolvimento de mais pesquisas nessa área no sentido de melhor compreender as possíveis transformações que o ensino odontológico vem sofrendo no país.

Finalizar essa pesquisa foi uma tarefa difícil para mim, eu não consigo enxergá-la como um ciclo de trabalho que se fecha, ainda que na verdade, seja. Esse sentimento emerge, talvez pelos desdobramentos que eu espero que ele possa ter. Assim, quero me dar o direito de fugir às formalidades das redações de um trabalho acadêmico e convidar dois professores entrevistados para fazer esse fechamento por mim porque os seus depoimentos retratam o meu desejo de que esse trabalho seja uma referência para a reflexão das nossas práticas, um ponto de partida para as mudanças que desejo ver acontecerem.

A sua tese e eu acho que ela, ela vem num momento que a gente precisa. Eu acho que tá precisando ter uma reflexão maior na formação, tá precisando, não é simplesmente ah! A coisa vai mudar a partir daí, mas é refletir em cima do que se acontece hoje, na formação dos alunos, na formação docente, né, dos professores. (Professor do curso privado, mestre em Deontologia e Odontologia Legal).

Eu acho que o seu trabalho é fundamental, ate para nos ensinar como aprender tudo que a gente deseja porque, às vezes, o que a gente pretende não é o que a gente faz. Isso é uma lacuna muito grande entre o que a gente se propõe e o que a gente realmente consegue fazer. Então, eu acho que isso -//- ocorre por falta de conhecimento e informação nossa em alguns pontos, pelo perfil do aluno, de uma forma geral, pelo perfil das pessoas que o nosso Brasil tem formado, pelo perfil dos profissionais que a gente tem. (Professora do curso público, doutora em Dentística).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria da Conceição. Cumplicidade, complexidade, (com)paixão. In: CARVALHO, Edgard de Assis (Coord). **Ética, Solidariedade e Complexidade**. São Paulo: Palas Athena, 1998. 77p.
- ALVES, Giovanni. Desafios do trabalho para o século XXI: uma agenda de investigação crítica. In: BATISTA, Roberto; ARAÚJO, Renan (Org.). **Desafios do trabalho: capital e luta de classes no século XXI**. Londrina: Práxis, 2003. 308 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023/2000. Referências Bibliográficas. Rio de Janeiro, 2000.
- BADEIA, Marcos. Formação profissional e ética. **Jornal do CRO-MG**. Ano XX, n. 111, set/out., 2000.
- BARBOSA, Eda Coutinho. Humanização do currículo odontológico. In: DARUNGE, Eduardo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Prefácio. In: PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. xv-xvi.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1970. 225 p.
- BASTOS, José Roberto Magalhães; ALMEIDA, Beatriz Simões; LAURIS, José Roberto Pereira; BIJELA, Vitorino Truvijo. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru-USP entre os anos de 1996 e 2000. **J. Appl Oral Sei**. v. 11, n. 4, p. 283-289, 2003.
- BATISTA, Roberto L. Reestruturação produtiva, ideologia e qualificação: crítica às noções de competências e empregabilidade. In: BATISTA, Roberto; ARAÚJO, Renan. **Desafios do trabalho**. capital e luta de classes no século XXI. Londrina: Práxis, 2003.
- BENETTON, Luiz Geraldo. **Temas de psicologia em saúde: a relação profissional-paciente**. São Paulo: L. G. Benetton, 2002. 335 p.
- BERND, Bárbara e outros. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Vale. **Saúde em Debate**. n. 34, p. 33-39, mar. 1982.
- BETTS, Jaime. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2002. Disponível em: <<http://www.ceidigital.com.br>>. Acesso em: 31 jul.2003.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996b. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 23 de dezembro de 1996 – Seção 1- p. 27839.

Disponível em: <http://www.abeno.org.br/d_14.htm>. Acesso em: 19 nov.2002

BRASIL. Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia. Proposta da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia SESu/MEC. Set.1998. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/d_14.htm>. Acesso em: 19 nov.2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. por Luis Eduardo Fonseca. Brasília, 1996. 43p. (Material impresso).

BRASIL. Decreto nº 2.026 de 10 de outubro de 1996a. Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Diário Oficial da União, 11 de outubro de 1996a – Seção 1- p. 27839. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/d_14.htm>. Acesso em: 19 nov.2002.

BRASIL. Resolução CNE/CES 3. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002a. Seção 1, p. 10.

BRASIL - Ministério da Saúde. Referenciais para a construção da política nacional de promoção da saúde. 2002bDisponível em: <<http://br.groups.yahoo.com/group/edpopsaude>>.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Relatório de Atividades. 2003. Brasília: Editora MS. 2004a. 24p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.Acesso em: 05 jan.2005.

BRASIL - Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 ago.2004.

BRASIL - Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília, 29/07 a 01/08, 2004c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 nov.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 17 a 21/03, 1986.

CAMPOS, Rosana Onocko. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, mai/ago. 2003.

CAMPOS, Jr. Walter Machado. **A questão da qualidade do ensino e suas implicações político-pedagógicas na Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas**. 1998, 98f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1998.

CAPRARA, Andréa; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 139-146. 2004.

CARTAXO, , José Luis Santos. **Estudo da satisfação do usuário de operadoras de planos de saúde odontológicos em Salvador-Ba no ano de 2004**. 2004, 42f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2004.

CARVALHO, Antonio César Perri de. **Ensino de odontologia em tempos de LDB**. Canoas: ULBRA, 2001b. 96p.

CARVALHO, Antonio César Perri de; ALBUQUERQUE, Nilson Medina. O ensino e as faculdades de odontologia. In: ROSENTHAL, Elias (Org.). **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos, 2001. p. 49–104.

CARVALHO, Cíntia; ORLANDO, Simone. Futuro incerto. **RBO**. v. 58, n. 1, p. 36-39, jan./fev. 2001.

CARVALHO, Inaiá. Para uma análise comparativa: a experiência brasileira. In: SANTOS, Reginaldo (Org.). **Políticas sociais e transição democrática: análises comparativas de Brasil, Espanha e Portugal**. São Paulo/Salvador: Mandacaru/ CETEAD, 2001. p. 171-178.

CEMBRANELLI, Fernando. **Um projeto de humanização: para que, para quem?** 2002. Disponível em: <<http://www.ceidigital.com.br>>. Acesso em: 31 jul.2003.

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

CHAVES, Sônia Cristina Lima. **A atenção à saúde bucal, a descentralização e o espaço social**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2005. 163f.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. Perfil do profissional de Odontologia de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2000. Material impresso.

CORREA, Osvaldo Manoel. Qualidade na assistência ao paciente. VII Simpósio de Enfermagem do Hospital Mater Dei. Belo Horizonte. 30/08/97. p. 1-17. (material impresso)

COSTA, Íris do Céu Clara; Marcelino, Gislene; Saliba, Nemre Adas. Perspectivas de um grupo de alunos de odontologia sobre a profissão no terceiro milênio. **Rev. da ABOPREV**. v. 2, n. 1, p. 38-45, maio. 1999. DAES/INEP. Manual de Avaliação dos Cursos de Odontologia. Março, 2002.

DELORES, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir** (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI). 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001, 288p.

DELUIZ, Neise. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**. Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 13-25, set-out. 2001.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed.. São Paulo: Atlas, 1995. 293 p.

FARIAS, Marcelo. **Observação em ambulatório, trabalho em equipe, possibilidades e limites para a implantação do modelo de atendimento em equipe no processo de trabalho em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia da UFMG**. 2002. 179f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – UFMG, Belo Horizonte, 2002.

FERNANDES NETO, A. J. **A evolução dos cursos de odontologia no Brasil**. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/d_14.htm>. Acesso em: 19 nov.2002.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Do fetichismo odontológico à utopia da saúde bucal. 2002, 167f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para as Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FOULQUIÉ, Paul. **Dicionário da língua pedagógica**. Portugal: Livros Horizonte, 1971.

FREIRE, Maria do Carmo Matias. Fatores psicossociais, cárie dentária e comportamentos em saúde bucal. **Rev. ABOPREV**. V. 4, n. 1, p. 21-28, jan./jun. 2001.

FREUD, Sigmund. **A dinâmica da transferência (1912)**: edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 131–143.

_____. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912)**: edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 147–159.

GARRAFA, Volnei. Bioética e odontologia. In: KRINGER, Léo (Coord.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal, paradigma, ciência e humanização**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 495–504.

GRANT, Valerie. Making room for medical humanities. **Méd. Humanit**. V. 28, n. 1, p. 45-48, Jun. 2002.

GREC, Waldir. Mercado de trabalho – convênios – credenciamentos. In: ROSENTHAL, Elias (Org.). **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos. 2001, p. 277–282.

GUERREIRO, Lauriano. **A educação e o sagrado**: a ação terapêutica do educador. Rio de Janeiro: Lucena, 2003. 96p.

GUSHI, Livia Litsue; WADA, Ronaldo Seichi; SOUSA, Maria da Luz rosário. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas formados pela FOP no período de 1960 a 1997. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas**. V. 58, n. 1, p. 19-23. 2004.

HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e conferências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 269p.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss de lexicografia**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INBRAPE - Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas . Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. 2003. Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 18 ago.2006.

JORNAL DO CROBA, abr/jun, 2004.

JORNAL DO CFO. Ano 12, n. 59, mar/abr, 2004.

KOIDE, Eidi Rodrigo; PARANHOS, Luiz Renato; QUINTELA, Renato Sérgio. Análise do perfil profissional na odontologia. **Revista Paulista de Odontologia**. Ano XXVI, n. 3, p. 17-22, maio/jun. 2004.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Juan. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LUCAS, Simone Dutra. Formação profissional de cirurgiões-dentistas egressos de dois cursos superiores com orientações distintas. 1995, 290f. Dissertação - Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 1995.

MARTINS, Evanilde Maria. Construindo o valor saúde bucal. **Ação Coletiva**. V.11, n.2, p. 5-9, abr/jun. 1999.

MASSANI, Nelson. **Direitos profissionais na odontologia**. São Paulo: Saraiva, 1978. 608p.

MATOS, Mariângela Silva. **Uma releitura do documento base da III Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Disponível em: <<http://www.aboprev.org.br>>. Acesso em: 10 dez.2004.

MEDEIROS, Antônio Júnior. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: FERREIRA, Maria Ângela; RONCALLI, Ângelo; LIMA, Kenio. **Saúde Bucal Coletiva**: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004. 304 p.

MEDEIROS, Antônio Júnior; RONCALLI, Ângelo. Políticas de Saúde no Brasil. In: FERREIRA, Maria Ângela; RONCALLI, Ângelo; LIMA, Kenio. **Saúde Bucal Coletiva**: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004. 304p.

MENDES, Eugênio Vilaça; BADEIA, Marcos. **Odontologia integral**: bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológica - a experiência do DOPUCMG. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1984.

MENEZES, J. D. V. **Instituição do ensino odontológico no Brasil**: a verdade definitiva. Fortaleza: 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza e outros. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-25.

MOLINOS, Fernando. **Brasil Sorridente**: acredite, se quiser, mas... é difícil. Trabalho elaborado como contribuição à III Conferência Nacional de Saúde Bucal e aos debates preparatórios das Conferências Municipais e Estaduais. Porto Alegre, abr.2004.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MOURA, Rosilande Sales; MENEZES, Nalton Emanuel; MATOS, Mariângela. Barreiras de proteção contra a infecção cruzada usadas pela equipe odontológica (CD/ACD) em centros de saúde no município de Salvador. **Rev. ABOPREV**. V. 5, n. 1, p. 47-55, jan./jun. 2002.

MOYSÉS, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev. ABENO**. V. 4, n. 1, p. 30-37, jan/dez. 2004.

_____. A humanização da educação em Odontologia. **Pro-Posições**. V. 14, n. 1, p. 87-106, jan./abr. 2003.

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

_____. Recursos humanos para promoção de saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRINGER, Léo (Coord). **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal - Paradigma**. Ciência e Humanização. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 475-494.

NEVE, Maria do Céu Patrão. **A fundamentação antropológica da bioética**. <http://www.doutorbusca.com>. Acesso em: 11 jul.2006.

OLIVEIRA, Nelson. Véus da intransparência nas transições brasileiras. In: SANTOS, Reginaldo (Org.). **Políticas sociais e transição democrática: análises comparativas de Brasil, Espanha e Portugal**. São Paulo/ Salvador: Mandacaru/ CETEAD, 2001. 178 p.

PADILHA, Paulo Roberto. Projeto político pedagógico: caminho para uma escola cidadã mais bela, prazerosa e aprendente. In: **Pátio**. Ano VII, n. 25, p. 12-15, fev/abr. 2003.

PAIXÃO, Helena Heloísa. **A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do cirurgião-dentista**. 1979, 167f. Dissertação - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1979.

PEREIRA, Júlio César, Rodrigues. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 2.ed. São Paulo: EDUSP, 1999. 157p.

PESSINI, Léo; Bertachini, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. 319p.

PESSINI, Léo. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área de saúde. In: PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 11-30.

PESSOTTI, Isaias. A formação humanista do médico. **Medicina**. Ribeirão Preto, n. 29, p. 440-448, out./dez. 1996.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.

PUCCA, Gilberto. **Jornal APCD**, ano 39, n.567, p. 14/15, jul. 2004.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002. 320p.

RASQUIN, Odilon. A evolução do ensino da odontologia na Bahia. Texto digitado. 64 p. 2004.

RODRIGUES, Roberto; SERPA, Ana Roberta. Perfil bioemocional do paciente e o controle de placa bacteriana. p. 75–85. In: OPPERMANN, Rui; RÖSING, Cassiano (Org.). **Periodontia: ciência e clínica**. Artes Médicas, 2001.

ROSENTHAL, Elias. A odontologia no Brasil até 1900. In: ROSENTHAL, Elias (Org.). **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos. 2001. p. 31-46.

ROSENTHAL, Elias; ALBUQUERQUE, Nilson Tenório. O ensino e as faculdades de odontologia no Brasil. p. 47-104. In: Rosenthal, Elias (Org.). **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos, 2001. 441p.

SALLES Cunha, E. **História da Odontologia no Brasil: 1500-1900**. Rio de Janeiro: Estabelecimento Graphico Fernandes & Röhe, 1931. 129p.

_____. **História da Odontologia no Brasil: 1500-1900**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cientifica, 1952. 288p.

SALLUM, Antonio Wilson; SALLUM, Enilson Antonio; NOCCITI Jr., Francisco Humberto; NOGUEIRA Filho, Getúlio da Rocha. Perfil bio-emocional do paciente periodontal. In: ROCH, Tunes; RAPP, Gisela (Coord.). **Atualização em periodontia e implantodontia**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 61-74.

SANTOS, Boaventura Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços humanizados: coincidência ou coerência. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 78-84, jan./abr. 2001.

SCHAFF, Adam. **A sociedade informática: as conseqüências sociais da segunda revolução industrial**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. 157p.

SEGER, Liliana. **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**. 3.ed. São Paulo: Santos, 1998. 424 p.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética: I - fundamentos e ética biomédica**. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SHADYAC, Tom. Patch Adams. O amor é contagioso. Virgínia - EUA. 1998.

SILVA, Franklin Leopoldo. Da ética filosófica à ética em saúde. In: COSTA, Oselka; GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 19-35.

SILVA Jr., João dos Reis; FERRETTI, Celso João. **O institucional, a organização e a cultura da escola**. São Paulo: Xamã, 2004. 152p.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa; ROSA, Antônio Galvão Fortuna. Características dos cirurgiões-dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araquara SP. **Rev. Odontologia UNESP**. São Paulo, v. 25 (n. especial), p. 9-18. 1996.

SOUZA, Iara. **Relação médico-paciente na clínica em cardiologia:** entrelaçamento entre ciência, técnica e prática em um contexto de formação médica. 2004, 236f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFBA, Salvador. 2004.

TRISTRAM, Engelhardt Júnior. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Loyola, 1998. 518p.

TULKU, Tarthang. **A excelência da realização no trabalho.** São Paulo: Dharma, 1994. 270p.

UNFER, Beatriz. **O cirurgião-dentista do serviço público:** formação, pensamento e ação. 2000, 183f. Tese. (Doutorado em Odontologia) - Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. Projeto político-pedagógico: considerações sobre sua elaboração e concretização. p. 14 – 51. IN: VASCONCELLOS, Celso dos Santos. Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula. São Paulo: Libertad, 2002.

VAZ, Henrique C. de Lima. **Escritos de filosofia II:** ética e cultura. São Paulo: Loyola, 1993, 293p.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim. A Reforma Sanitária no Brasil. In: **Brasil.** Ministério da Saúde. Guia Curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS. Áreas III e IV. Brasília (DF), 1998. 326 p.

ZANETTI, Carlos Henrique Goretti. **Odontologia:** habilidades e escolhas. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em 13 ago.2004a.

_____. **A crise da odontologia brasileira:** as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em 13 ago.2004b.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, diretora do curso público de Odontologia, concordo com a realização da pesquisa acima referida, a ser realizada por Mariângela Silva de Matos, como requisito à obtenção do grau de doutora, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFBA. Reconheço a importância desta pesquisa, uma vez que seus resultados poderão contribuir para uma reflexão das nossas práticas e para o aperfeiçoamento do curso. Declaro, ainda, que fui informada pela pesquisadora, que os nomes das pessoas participantes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar pertinente, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, coordenador do curso privado de Odontologia, concordo com a realização da pesquisa acima referida, a ser realizada por Mariângela Silva de Matos, como requisito à obtenção do grau de doutora, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFBA. Reconheço a importância desta pesquisa, uma vez que seus resultados poderão contribuir para uma reflexão das nossas práticas e para o aperfeiçoamento do curso. Declaro, ainda, que fui informado pela pesquisadora, que os nomes das pessoas participantes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar pertinente, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, aluno (a) do curso de Odontologia, declaro estar perfeitamente informado (a) sobre esta pesquisa, para a qual consinto em participar de um grupo que responderá a um questionário sobre o tema do estudo. Declaro, ainda, que fui informado (a) pela pesquisadora, Mariângela Silva de Matos, aluna do Doutorado da Faculdade de Educação da UFBA, que os nomes das pessoas participantes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, professor (a) do curso de Odontologia, declaro estar perfeitamente informado (a) sobre esta pesquisa, para a qual consinto em participar de um grupo que será entrevistado, por meio de gravação, sobre o tema do seu estudo. Declaro, ainda, que fui informado (a) pela pesquisadora, Mariângela Silva de Matos, aluna do Doutorado da Faculdade de Educação da UFBA, que os nomes das pessoas presentes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar pertinente, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, professor (a) do curso de Odontologia, declaro estar perfeitamente informado (a) sobre esta pesquisa, para a qual consinto em participar de um grupo de observação nas práticas clínicas ambulatoriais, sobre o tema do seu estudo, quando a mesma fará um trabalho de coleta de dados a partir de diálogos e atendimentos ocorridos durante o semestre. Declaro, ainda, que fui informado (a) pela pesquisadora, Mariângela Silva de Matos, aluna do Doutorado da Faculdade de Educação da UFBA, que os nomes das pessoas presentes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar pertinente, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de _____ 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, aluno (a) do curso de Odontologia, declaro estar perfeitamente informado (a) sobre esta pesquisa, para a qual consinto em participar de um grupo de observação nas práticas clínicas ambulatoriais, sobre o tema do seu estudo, quando a mesma fará um trabalho de coleta de dados a partir de diálogos e atendimentos ocorridos durante o semestre. Declaro, ainda, que fui informado (a) pela pesquisadora, Mariângela Silva de Matos, aluna do Doutorado da Faculdade de Educação da UFBA, que os nomes das pessoas presentes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar pertinente, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando colaborar e contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PESQUISA: “FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS ORIUNDOS DE DOIS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE SALVADOR – BAHIA”

OBJETIVOS: Identificar e analisar o perfil profissional de graduandos de Odontologia provenientes de dois cursos de Salvador, um público e um privado, buscando, destacadamente, caracterizar a formação expressa no contexto das atividades clínicas ambulatoriais.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, usuário (a) dos serviços odontológicos desta instituição, declaro estar informado (a) sobre esta pesquisa, para a qual consinto em participar de um grupo que será observado em atendimento e/ou entrevistado, por meio de gravação, sobre o tema do seu estudo. Declaro, ainda, que fui informado (a) pela pesquisadora, Mariângela Silva de Matos, aluna do Doutorado da Faculdade de Educação da UFBA, que os nomes das pessoas presentes não aparecerão em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido garantido completo sigilo da mesma. Estou ciente que poderei desistir deste consentimento a qualquer momento que julgar necessário, e que este fato não me trará nenhum problema. Finalmente, declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa, aceitando contribuir para o sucesso da mesma.

Salvador, de 2005.

APÊNDICE B

Questionário (Alunos do Curso)

I – Identificação

Questionário nº [] (não preencher)

1) Sexo: [] Masc. [] Fem.

2) Data de nasc. ____/____/____

3) Instituição: [] Pública [] Privada

4) Data de ingresso(mês/ano) ____/____

4) Exerce atividade (s) regular (es) externa (s) ao curso de Odontologia? (Ex: outra faculdade, curso de idiomas, atividades artísticas, atividade física, atividades religiosas ou filantrópicas, etc.)

[] Não [] Sim → Citar _____

II – Formação Profissional

1) Razão pela qual escolheu cursar Odontologia (assinale a mais significativa)

[] Gosto pela área de saúde

[] Ser autônomo (gerir meu tempo de trabalho, não ter patrão, definir meus honorários...)

[] Influência → [] família [] amigos [] dentista

[] Perspectiva de boa remuneração

[] Oferece grandes chances de crescimento profissional

[] É uma carreira que confere status profissional

[] Outro (citar) _____

2) Liste em ordem crescente (do mais importante para o menos importante) cinco(5) qualificações que você considera importantes para caracterizar um "bom dentista"?

3) Liste em ordem crescente 06 disciplinas que tenham te despertado mais interesse durante a sua graduação:

1 ^a _____	2 ^a _____
3 ^a _____	4 ^a _____
5 ^a _____	6 ^a _____

4) Liste em ordem crescente seis temas, de qualquer disciplina cursada, que tenham te despertado mais interesse, durante a sua graduação:

1 ^a _____	2 ^a _____
3 ^a _____	4 ^a _____
5 ^a _____	6 ^a _____

5) Qual é o tema ou título do seu trabalho de conclusão de curso monografia? (não é necessário responder a essa pergunta se o seu curso não exige trabalho de conclusão ou se você ainda não pensou nele)_____

6) Você participa ou participou em trabalhos de pesquisa (exceto a monografia)?

☐ Não ☐ Sim → Quantos? _____

7) Se a sua resposta foi sim à questão 5, cite o (s) mais importantes para você (Máximo de 3):

- a) _____
b) _____
c) _____

8) Em sua opinião, o processo de formação profissional em seu curso de graduação tem te estimulado a adquirir quais habilidades? (após analisar as três afirmativas, assinale a resposta que melhor se articula com a sua percepção) :

- (I) Formação do seu senso crítico e habilidade criativa
(II) Formação técnico-científica, te preparando para pensar e agir dentro dos princípios científicos e técnicos construídos e sedimentados ao longo da história.
(III) Formação voltada para desenvolver a sua habilidade em gestão, comunicação e atuação em equipes multiprofissionais.

- ☐ Estimulou todas essas habilidades de forma equilibrada
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase ao item I
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase ao item II
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase ao item III
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase aos itens I e II
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase aos itens I e III
☐ Estimulou todas essas habilidades, mas deu maior ênfase aos itens II e III

III – Percepção sobre a dimensão ético-humanista da formação

1) Expresse a sua percepção sobre o tema “relação professor/aluno” em seu curso de graduação:

2) O que você pensa sobre o tema “relação paciente/profissional” ?

3) No seu curso de graduação em Odontologia, tem havido uma preocupação dos professores em propiciar conhecimentos e experiências que te ajudam a desenvolver e/ou mobilizar a sua dimensão ética (respeito a autonomia do paciente, trabalhar sempre no sentido de promover o bem ao paciente, antes de promover o bem, jamais causar danos a esses)?

- ☐ Não
- ☐ Sim, em todas as disciplinas
- ☐ Sim, na maioria das disciplinas
- ☐ Sim, em poucas disciplinas

4) Se a sua resposta foi sim à questão 3, você pode comentar a sua resposta?

5) Ao planejar, junto com o seu professor orientador, uma proposta de tratamento para os pacientes você:

- ☐ Inicia os atendimentos de acordo com o seu planejamento
- ☐ Apresenta para o paciente (ou responsável) os problemas detectados e inicia o tratamento de acordo com o seu planejamento.
- ☐ Discute com o paciente os problemas detectado e a sua proposta de tratamento, deixando o paciente decidir livremente se aceita ou não a sua proposta.
- ☐ Outra (citar) _____

6) Um dos princípios da Bioética é a beneficência, segundo a qual existe a obrigação do profissional de saúde fazer bem ao outro. Em sua percepção, o que é fazer bem ao paciente?

7) Baseado (a) na questão anterior, você se percebe cumprindo esse princípio?

- ☐ Sim ☐ Não. Você pode comentar a sua resposta?

8) No seu curso de graduação em Odontologia, tem havido uma preocupação dos professores em propiciar conhecimentos e experiências que te ajudam a desenvolver e/ou mobilizar a sua dimensão humanística (acolhimento, cuidado com o ser humano, respeito, afetividade, compreensão, sensibilidade social, atenção aos aspectos psicológicos/emocionais)?

- ☐ Não
- ☐ Sim, em todas as disciplinas
- ☐ Sim, na maioria das disciplinas
- ☐ Sim, em poucas disciplinas

9) Se a sua resposta foi sim à questão 5, você pode comentar a sua resposta?

10) Durante o seu curso de graduação, as atividades práticas curriculares envolvendo espaços sociais que valorizaram a relação ensino/serviço/comunidade e a responsabilidade social, foram:

- ☐ De pouca importância na minha formação
- ☐ Ricas e importantes para a minha formação e em quantidade suficiente
- ☐ Ricas e importantes para a minha formação, mas em quantidade insuficiente

11) Em relação à sua formação ético-humanista na relação paciente-profissional, você pensa que:

- ☐ Ainda não está bem desenvolvida
- ☐ Está relativamente bem desenvolvida, mas preciso melhorar
- ☐ Está bem desenvolvida
- ☐ Outro (citar) _____

IV – Percepção sobre o trabalho em odontologia

1) Qual a sua percepção quanto ao campo de trabalho para os Cirurgiões-Dentistas que se formam atualmente?

2) Quais os seus planos profissionais a curto e médio ou longo prazo?

Curto prazo	Médio/Longo prazo

3) Tendo em mente a situação sócio-econômica do Brasil e o contexto atual do campo de trabalho na Odontologia, qual a sua perspectiva de remuneração mensal para os próximos 5 anos no exercício da sua profissão?

- | | |
|---|---|
| ☐ 01 a 03 SM - R\$ 300,00 a R\$ 900,00 | ☐ 12 a 15 SM - R\$ 3.600,00 a R\$ 4.500,00 |
| ☐ 03 a 06 SM - R\$ 900,00 a R\$ 1.800,00 | ☐ 15 a 18 SM - R\$ 4.500,00 a R\$ 5.400,00 |
| ☐ 06 a 09 SM - R\$ 1.800,00 a R\$ 2.700,00 | ☐ Acima de 18 SM – R\$ 5.400,00 |
| ☐ 09 a 12 SM - R\$ 2.700,00 a R\$ 3.600,00 | |

4) Em quais mecanismos concorrenciais você pretende investir para tornar-se um profissional mais competitivo (numere em ordem crescente de prioridade, mas apenas aqueles nos quais você confia)?

- ☐ Aperfeiçoamento dos meus conhecimentos técnicos-científicos
- ☐ Em marketing empresarial (malas direta, consultas com chamada programada, propaganda...)
- ☐ Nas instalações do consultório
- ☐ Em novas tecnologias
- ☐ Nas relações interpessoais que valorizem os aspectos humanos e éticos
- ☐ Em cursos de outras áreas profissionais que dêem mais versatilidade ao meu trabalho
- ☐ Na flexibilização de honorários, com formas mais adequadas ao contexto sócio-econômico do país
- ☐ Em métodos de prevenção e controle das doenças bucais
- ☐ Outros. Especificar _____

5) Com base nas suas perspectivas de exercício profissional, você acha que o seu curso de graduação apresentou deficiências? ☐ Não ☐ Sim

6) Se a sua resposta foi sim à questão anterior, aponte essa (s) deficiência (s):

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFESSORES

I – Identificação

- ✓ Nome;
- ✓ Sexo;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Ano de graduação.

II – Referencial docente

- ✓ Instituição ou instituições na qual exerce a docência;
- ✓ Ano de ingresso na docência;
- ✓ Ano de ingresso na instituição;
- ✓ Razão (ões) pela (s) qual (is) fez a opção pela carreira docente;
- ✓ Conhecimento sobre as DCNs;
- ✓ Principal (ais) referencial (ais) para formar bons cirurgiões-dentistas.

III – Percepção sobre a dimensão ético-humanista na formação profissional

- ✓ Percepção sobre a relação paciente-profissional;
- ✓ Estímulo à formação humanística do aluno;
- ✓ Como esse estímulo se traduz no processo ensino–aprendizagem;
- ✓ Se trabalha os aspectos éticos que envolvem a profissão e a formação dos alunos;
- ✓ Se sim, como esses aspectos são trabalhados;
- ✓ Um dos princípios da Bioética é a beneficência, segundo a qual existe a obrigação do profissional de saúde fazer bem ao outro. Percepção acerca do que é fazer bem ao paciente;
- ✓ Como esse princípio é trabalhado no processo ensino-aprendizagem;
- ✓ Conduta adotada ao perceber que um aluno durante um atendimento causou algum dano ao paciente, seja em procedimentos técnicos ou na perspectiva do cuidado. Relato de experiência.

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS

I – Identificação

- ✓ Nome;
- ✓ Sexo;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Profissão/Ocupação

II – Percepção sobre o serviço na instituição

- ✓ Tempo que é atendido no curso;
- ✓ Percepção sobre o atendimento no curso;
- ✓ Sentimento ao ser atendido por um estudante de Odontologia

III – Percepção sobre a relação paciente-profissional

- ✓ Referência de um “bom dentista”;
- ✓ Como percebe o atendimento recebido pelos dentistas (alunos);
- ✓ Percepção sobre autonomia;
- ✓ Avaliação sobre a atuação dos professores durante o seu atendimento.

APÊNDICE E

Tabela 1 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo o motivo de escolha do curso.

Grupos de alunos Motivo de escolha do curso	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Gosto pela área de saúde	205 (81,3)	98 (81,0)	107 (81,7)	68 (86,1)	55 (73,3)	81 (83,5)
Ser autônomo	25 (9,9)	10 (8,3)	15 (11,4)	5 (6,3)	11 (14,7)	9 (9,3)
Outros	22 (8,8)	13 (10,7)	9 (6,9)	6 (7,6)	9 (12,0)	7 (7,2)
total	252 (100,0)	121 (100,0)	131 (100,0)	79 (100,0)	75 (100,0)	97 (100,0)

Tabela 2 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a participação em atividades externas ao curso.

Grupos de alunos Atividades Externas ao curso	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Não	93 (33,1)	38 (28,8)	55 (36,9)	29 (32,6)	36 (42,4)	28 (26,4)
Sim	188 (66,9)	94 (71,2)	94 (63,1)	60 (67,4)	49 (57,6)	78 (73,6)
Se Sim						
At. físicas	110 (41,7)	45 (34,6)	65 (48,5)	32 (42,1)	30 (44,8)	47 (39,2)
At. artísticas	11 (4,2)	7 (5,4)	4 (3,0)	2 (2,6)	5 (7,5)	4 (3,3)
At. religiosas	28 (10,6)	17 (13,1)	11 (8,2)	14 (18,4)	6 (9,0)	8 (6,7)
Trabalho Voluntário	24 (9,1)	15 (11,5)	9 (6,7)	4 (5,3)	6 (9,0)	14 (11,7)
Idiomas	27 (10,2)	17 (13,1)	10 (7,5)	4 (5,3)	7 (10,4)	16 (13,3)
Outros	64 (24,2)	29 (22,3)	35 (26,1)	20 (26,3)	13 (19,4)	31 (25,8)
Total	264 (100,0)	130 (100,0)	134 (100,0)	76 (100,0)	67 (100,0)	120 (100,0)

Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as disciplinas e temas de maior interesse no curso.

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Disciplinas e temas de > interesse	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Disciplinas						
Básicas	256 (15,2)	108 (13,6)	148 (16,6)	197 (37,2)	30 (5,9)	29 (4,5)
Humanas	14 (0,8)	7 (0,9)	7 (0,8)	9 (1,7)	2 (0,4)	3 (0,5)
Saúde Coletiva	142 (8,4)	79 (10,0)	63 (7,0)	85 (16,1)	32 (6,2)	25 (3,9)
Clínica	1.263 (74,8)	596 (75,1)	667 (74,5)	231 (43,7)	446 (86,9)	580 (90,6)
Outras	13 (0,8)	3 (0,4)	10 (1,1)	7 (1,3)	3 (0,6)	3 (0,5)
Total	1.688 (100,0)	793 (100,0)	895 (100,0)	529 (100,0)	513 (100,0)	640 (100,0)
Temas						
Básicas	230 (14,8)	96 (12,9)	134 (16,6)	172 (35,0)	34 (7,2)	24 (4,1)
Humanas	35 (2,3)	19 (2,6)	16 (2,0)	15 (3,0)	9 (1,9)	11 (1,9)
Saúde Coletiva	122 (7,9)	68 (9,1)	54 (6,7)	63 (12,8)	30 (6,4)	29 (5,0)
Clínica	1.156 (74,4)	559 (75,0)	597 (74,0)	236 (48,0)	396 (84,1)	518 (88,9)
Outras	9 (0,6)	3 (0,4)	6 (0,7)	6 (1,2)	2 (0,4)	1 (0,2)
Total	1.552 (100,0)	745 (100,0)	807 (100,0)	492 (100,0)	471 (100,0)	583 (100,0)

Tabela 4 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a participação em pesquisas.

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Participação em pesquisa	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Nunca participou	180 (63,6)	56 (42,1)	124 (82,7)	56 (62,9)	61 (70,9)	62 (57,9)
1 a 2 pesquisas	83 (29,3)	59 (44,4)	24 (16,0)	32 (36,0)	21 (24,4)	30 (28,0)
Mais de 3 pesquisas	20 (7,1)	18 (13,5)	2 (1,3)	1 (1,1)	4 (4,7)	15 (14,0)
Total	283 (100,0)	133 (100,0)	150 (100,0)	89 (100,0)	86 (100,0)	107 (100,0)

Tabela 5 - Distribuição da frequência e porcentagem de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção das habilidades mais estimuladas no curso.

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Habilidades estimuladas no curso	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Equilíbrio entre I, II e III	59 (20,9)	27 (20,3)	32 (21,3)	18 (20,2)	17 (19,8)	24 (22,4)
Todas, com ênfase em I	17 (6,0)	3 (2,3)	14 (9,3)	7 (7,9)	4 (4,7)	6 (5,6)
Todas, com ênfase em II	69 (24,4)	40 (30,1)	29 (19,3)	24 (27,0)	20 (23,3)	25 (23,4)
Todas, com ênfase em III	11 (3,9)	2 (1,5)	9 (6,0)	1 (1,1)	7 (8,1)	3 (2,8)
Todas, com ênf. em I e II	70 (24,7)	37 (27,8)	33 (22,0)	22 (24,7)	17 (19,8)	30 (28,0)
Todas c/ ênfase em I e III	19 (6,7)	5 (3,8)	14 (9,3)	6 (6,7)	6 (7,0)	7 (11,2)
Todas c/ ênfase em II e III	38 (13,4)	19 (14,3)	19 (12,7)	11 (12,4)	15 (17,4)	12 (11,2)
Total	283 (100,0)	133 (100,0)	150 (100,0)	89 (100,0)	86 (100,0)	107 (100,0)

I – Formação técnico-científica

II – Senso crítico e criatividade

III – Habilidade em gestão, comunicação e atuação em equipes multiprofissionais

Tabela 6 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a importância atribuída às práticas em espaços sociais .

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Práticas em espaços sociais	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Ricas e import. na minha form. e em no suficiente	160 (56,9)	60 (45,1)	100 (67,6)	45 (50,6)	47 (56,0)	67 (62,6)
Ricas e import. na minha form. e em no insuficiente	111 (39,5)	68 (51,1)	43 (29,0)	44 (49,4)	34 (40,5)	33 (30,8)
Pouco importante na minha formação	10 (3,6)	5 (3,8)	5 (3,4)	- -	3 (3,6)	7 (6,5)
Total	281 (100,0)	133 (100,0)	148 (100,0)	89 (100,0)	84 (100,0)	107 (100,0)

Tabela 7 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre as deficiências do curso.

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Deficiências do curso	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Não	88 (31,1)	12 (9,0)	76 (50,7)	61 (68,5)	59 (68,6)	74 (69,2)
Sim	195 (68,9)	121 (91,0)	74 (49,3)	28 (31,5)	27 (31,4)	33 (30,8)
Se Sim						
Instalações e rec. materiais	91 (29,4)	80 (38,1)	10 (10,1)	32 (33,7)	27 (28,7)	32 (26,9)
Rec. humanos pouco qualificados	15 (4,9)	15 (7,1)	- -	4 (4,2)	2 (2,1)	9 (7,6)
Rec. humanos pouco motivados	7 (2,3)	7 (3,3)	- -	3 (3,2)	1 (1,1)	3 (2,5)
Deficiências pedagógicas	100 (32,3)	68 (32,4)	32 (32,3)	31 (32,6)	30 (31,9)	38 (31,9)
Estímulo à pesquisa	22 (7,1)	2 (1,0)	20 (20,2)	6 (6,3)	10 (10,6)	5 (4,2)
Outros	74 (24,9)	38 (18,1)	37 (37,4)	19 (20,0)	24 (25,5)	32 (26,9)
Total	309 (100,0)	210 (100,0)	99 (100,0)	95 (100,0)	94 (100,0)	119 (100,0)

Tabela 8 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a percepção sobre o campo de trabalho para o dentista.

Grupos de alunos	Pop. total	Público	Privado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Campo de trabalho	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Reconhece ruim	128 (45,8)	65 (48,8)	63 (43,2)	36 (40,4)	42 (50,7)	50 (47,2)
Reconhece bom	12 (4,3)	7 (5,3)	5 (3,4)	6 (6,7)	5 (6,0)	1 (0,9)
Ruim, mas o sucesso depende de melhor qualificação	73 (26,2)	33 (24,8)	40 (27,4)	25 (28,1)	21 (25,3)	27 (25,5)
Bom, mas o sucesso depende de melhor qualificação	19 (6,8)	6 (4,5)	13 (8,9)	7 (7,9)	4 (4,8)	7 (6,6)
Bom em alguns setores/ locais (público/interior)	28 (10,0)	15 (11,3)	13 (8,9)	9 (10,1)	8 (9,6)	11 (10,4)
Outros	19 (6,8)	7 (5,3)	12 (8,2)	6 (6,7)	3 (3,6)	10 (9,4)
Total	279 (100,0)	133 (100,0)	146 (100,0)	89 (100,0)	83 (100,0)	106 (100,0)

Tabela 9 - Distribuição da frequência e porcentagem do total de respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo.

Planos profissionais	Grupos de alunos					
	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Curto Prazo						
Clínica Priv. (autônomo)	63 (11,2)	34 (12,1)	29 (10,3)	13 (7,7)	19 (11,0)	31 (14,2)
Clínica Priv. (terceirizado)	48 (8,5)	29 (10,4)	19 (6,7)	9 (5,3)	12 (6,9)	27 (12,3)
Serviço/Concurso público	56 (10,0)	29 (10,4)	27 (9,6)	17 (10,1)	15 (8,7)	24 (11,0)
PSF	87 (15,5)	35 (12,5)	52 (18,4)	21 (12,4)	32 (18,5)	34 (15,5)
Especialização	139 (23,1)	61 (21,8)	69 (24,5)	42 (24,9)	42 (24,3)	46 (21,0)
Mestrado/Doutorado	21 (3,7)	16 (5,7)	5 (1,8)	8 (4,7)	5 (2,9)	8 (3,7)
Docência	2 (0,4)	2 (0,7)	- -	1 (0,6)	- -	1 (0,5)
Outros	155 (27,6)	74 (26,4)	81 (28,7)	58 (34,3)	48 (27,7)	48 (21,9)
Total	562 (100,0)	280 (100,0)	282 (100,0)	169 (100,0)	173 (100,0)	219 (100,0)
Longo Prazo						
Clínica Priv. (autônomo)	174 (33,6)	83 (32,3)	91 (34,9)	47 (29,0)	55 (35,7)	72 (35,6)
Clínica Priv. (terceirizado)	1 (0,2)	- -	1 (0,4)	- -	- -	1 (0,5)
Serviço/Concurso público	18 (3,5)	14 (5,5)	4 (1,5)	5 (3,1)	3 (1,9)	10 (5,0)
PSF	5 (1,0)	2 (0,8)	3 (1,1)	1 (0,6)	3 (1,9)	1 (0,5)
Especialização	94 (18,1)	44 (17,1)	50 (19,2)	23 (14,2)	26 (16,9)	45 (22,3)
Mestrado/Doutorado	85 (16,4)	47 (18,3)	38 (14,6)	32 (19,8)	22 (14,3)	31 (15,3)
Docência	39 (7,5)	25 (9,7)	14 (5,4)	12 (7,4)	12 (7,8)	15 (7,4)
Outros	102 (19,7)	42 (16,3)	60 (23,0)	42 (25,9)	33 (21,4)	27 (13,4)
Total	518 (100,0)	257 (100,0)	261 (100,0)	162 (100,0)	154 (100,0)	202 (100,0)

Tabela 10 - Distribuição da frequência e porcentagem de alunos (n = 274), por população total e curso de origem, de acordo com os planos profissionais a curto e médio/longo prazo.

Planos profissionais	Número de alunos		
	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)
Clínica Priv. (autônomo)	204 (74,5)	98 (75,4)	106 (73,6)
Clínica Priv. (terceirizado)	48 (17,5)	31 (23,8)	17 (11,8)
Serviço/Concurso público	46 (16,8)	24 (18,5)	22 (15,3)
PSF	86 (31,4)	33 (25,4)	53 (36,8)
Especialização	205 (74,8)	98 (75,4)	107 (74,3)
Mestrado/Doutorado	98 (35,8)	57 (43,8)	41 (28,5)
Docência	41 (15,0)	27 (20,8)	14 (9,7)

Pb: n = 130

Pv: n = 144

Tabela 11 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo a escolha do principal mecanismo concorrencial que eles pretendem investir para tornar-se um profissional competitivo.

Grupos de alunos Mecanismo concorrencial	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Aperfeiçoamento Técnico-científ.	196 (73,7)	97 (75,8)	99 (71,7)	48 (60,8)	63 (75,9)	84 (81,6)
Relações interpessoais	39 (14,7)	16 (12,5)	23 (16,7)	16 (20,3)	12 (14,5)	11 (10,7)
Outros	31 (11,6)	15 (11,7)	16 (11,6)	15 (19,0)	8 (9,6)	8 (7,8)
Total	266 (100,0)	128 (100,0)	138 (100,0)	79 (100,0)	83 (100,0)	103(100,0)

Tabela 12 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, segundo as perspectivas de remuneração nos primeiros cinco anos de exercício profissional.

Grupos de alunos Perspectiva de remuneração	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
De 01 a 06 SM	24 (8,6)	14 (10,8)	10 (6,9)	7 (8,1)	7 (8,4)	10 (9,5)
De 06 a 09 SM	50 (18,1)	32 (24,6)	18 (12,3)	22 (25,3)	11 (13,3)	17 (16,2)
De 09 a 15 SM	136 (49,3)	66 (50,8)	70 (47,9)	41 (47,1)	37 (44,6)	57 (54,3)
Acima de 15 SM	66 (24,0)	18 (13,8)	48 (32,9)	17 (19,5)	28 (33,7)	21 (20,0)
Total	276 (100,0)	130 (100,0)	146 (100,0)	87 (100,0)	83 (100,0)	105 (100,0)

Tabela 13 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação professor/aluno no curso.

Grupos de alunos Relação professor/aluno	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Positiva pedagógica	74 (20,0)	44 (23,5)	30 (16,5)	21 (16,7)	20 (17,4)	32 (25,2)
Positiva ético-humana	118 (32,0)	57 (30,5)	61 (33,5)	44 (34,9)	38 (33,0)	36 (28,4)
Negativa pedagógica	46 (12,5)	26 (13,9)	20 (11,0)	15 (11,9)	16 (13,9)	15 (11,8)
Negativa ético-humanista	43 (11,7)	30 (16,0)	13 (7,1)	20 (15,9)	18 (15,7)	5 (3,9)
Outras	88 (23,8)	30 (16,0)	58 (31,9)	26 (20,6)	23 (20,0)	39 (30,7)
Total	369 (100,0)	187 (100,0)	182 (100,0)	126 (100,0)	115 (100,0)	127 (100)

Tabela 14 - Distribuição da frequência e porcentagem do total das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre as qualificações de um bom dentista.

Grupos de alunos Qualificações de um bom dentista	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Técnica	488 (35,7)	240 (36,8)	248 (34,7)	166 (37,6)	165 (40,1)	156 (30,5)
Humana	405 (29,6)	208 (31,9)	197 (27,5)	149 (33,8)	95 (23,1)	160 (31,3)
Ética	234 (17,1)	107 (16,4)	127 (17,7)	55 (12,5)	78 (19,0)	99 (19,4)
Outras	241 (17,6)	97 (14,9)	144 (20,1)	71 (16,1)	73 (17,8)	96 (18,8)
Total	1.368 (100,0)	652 (100,0)	716 (100,0)	441 (100,0)	411 (100,0)	511 (100,0)

Tabela 15 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre a relação paciente/profissional.

Grupos de alunos Relação paciente/profissional	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Valor à dim. técnica (I)	27 (9,7)	13 (9,8)	14 (9,5)	6 (6,7)	9 (10,8)	12 (11,3)
Valor à dim. humana (II)	81 (29,0)	45 (34,1)	36 (24,4)	33 (37,1)	16 (19,3)	32 (30,2)
Valor à dim. ética (III)	16 (5,7)	9 (6,8)	7 (4,8)	1 (1,1)	9 (19,3)	6 (5,7)
Valor às dimensões I e II	51 (18,3)	22 (16,7)	29 (19,7)	23 (25,8)	14 (16,9)	14 (13,2)
Valor às dimensões I e III	21 (7,5)	14 (19,6)	7 (4,8)	3 (3,4)	11 (13,3)	7 (6,6)
Valor às dimensões II e III	11 (3,9)	4 (3,0)	7 (4,8)	- -	4 (4,8)	7 (6,6)
Valor às três dimensões	11 (3,9)	5 (3,8)	6 (4,1)	5 (5,6)	2 (2,4)	3 (2,8)
Outras	61 (21,9)	20 (15,2)	41 (27,9)	18 (20,2)	18 (21,7)	25 (23,6)
Total	279 (100,0)	132 (100,0)	147 (100,0)	89 (100,0)	83 (100,0)	106 (100,0)

Tabela 16 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à dimensão ética no curso.

Grupos de alunos Estímulo à dimensão ética	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Não	1 (0,4)	- -	1 (0,7)	- -	1 (1,2)	- -
Sim	279 (99,6)	132 (100,0)	147 (99,3)	88 (100,0)	85 (98,8)	105 (100,0)
Se Sim						
Em todas as disciplinas	113 (40,5)	46 (34,8)	67 (45,5)	34 (38,6)	36 (42,4)	43 (40,9)
Na maioria das disciplinas	147 (52,7)	74 (56,1)	73 (49,7)	47 (53,4)	42 (49,4)	57 (54,3)
Em poucas disciplinas	19 (6,8)	12 (9,1)	7 (4,8)	7 (8,0)	7 (8,2)	5 (4,8)
Total	279 (100,0)	132 (100,0)	147 (100,0)	88 (100,0)	85 (100,0)	105 (100,0)

Tabela 17 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à autonomia dos pacientes no curso.

Grupos de alunos Estímulo à autonomia do paciente	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Não	155 (55,4)	78 (58,6)	77 (52,4)	62 (71,3)	38 (44,7)	55 (51,4)
Sim	125 (44,6)	55 (41,4)	70 (47,6)	25 (28,7)	47 (55,3)	52 (48,6)
Total	280 (100,0)	133 (100,0)	147 (100,0)	87 (100,0)	85 (100,0)	107 (100,0)

Tabela 18 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre beneficência (o que é fazer bem ao paciente?).

Grupos de alunos Percepção de beneficência	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Valor à dim. técnica (I)	91 (32,4)	48 (36,4)	43 (28,9)	20 (22,5)	36 (42,9)	34 (31,8)
Valor à dim. humana (II)	16 (5,7)	4 (3,0)	12 (8,0)	9 (10,1)	3 (3,5)	4 (3,7)
Valor à dim. ética (III)	9 (3,2)	4 (3,0)	5 (3,4)	4 (4,5)	2 (2,4)	3 (2,8)
Valor às dimensões I e II	78 (27,8)	38 (28,8)	40 (26,8)	34 (38,2)	12 (14,3)	32 (29,9)
Valor às dimensões I e III	62 (22,1)	24 (18,2)	38 (25,5)	13 (14,6)	24 (28,6)	25 (23,4)
Valor às dimensões II e III	7 (2,5)	4 (3,0)	3 (2,0)	3 (3,4)	2 (2,4)	2 (1,9)
Valor às três dimensões	7 (2,5)	7 (5,3)	- -	1 (1,1)	3 (3,5)	3 (2,8)
Outras	11 (3,9)	3 (2,3)	8 (5,4)	5 (5,6)	2 (2,4)	4 (3,7)
Total	281 (100,0)	132 (100,0)	149 (100,0)	89 (100,0)	84 (100,0)	107 (100,0)

Tabela 19 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre o estímulo à dimensão humana no curso.

Grupos de alunos Estímulo à dimensão humana	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Não	1 (0,4)	1 (0,8)	- -	1 (1,1)	- -	- -
Sim	281 (99,6)	132 (99,2)	149 (100,0)	88 (98,9)	86 (100,0)	106 (100,0)
Se Sim						
Em todas as disciplinas	65 (23,1)	18 (13,6)	47 (31,6)	17 (19,3)	25 (29,1)	23 (21,7)
Na maioria das disciplinas	154 (54,8)	79 (59,8)	75 (50,3)	48 (54,5)	43 (50,0)	62 (58,5)
Em poucas disciplinas	62 (22,1)	35 (26,5)	27 (18,1)	23 (26,1)	18 (20,9)	21 (19,8)
Total	281 (100,0)	132 (100,0)	149 (100,0)	88 (100,0)	86 (100,0)	106 (100,0)

Tabela 20 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas dos alunos, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a autopercepção sobre a habilidade relacional.

Habilidade relacional \ Grupos de alunos	Pop. total Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)
Não está bem desenvolvida	23 (8,1)	15 (11,3)	8 (5,3)	10 (11,2)	6 (7,0)	7 (6,5)
Desenvolvida, mas precisa melhorar	182 (64,3)	86 (64,7)	96 (64,0)	62 (69,7)	56 (65,1)	64 (59,8)
Bem desenvolvida	75 (26,5)	32 (24,1)	43 (28,7)	15 (16,9)	24 (27,9)	35 (32,7)
Outro	3 (1,1)	- -	3 (2,0)	2 (2,2)	- -	1 (0,9)
Total	283 (100,0)	133 (100,0)	150 (100,0)	89 (100,0)	86 (100,0)	107 (100,0)

APÊNDICE F

Grupos Variáveis		Pop. tot Freq (%)	Público Freq (%)	Privado Freq (%)	Grupo 1 Freq (%)	Grupo 2 Freq (%)	Grupo 3 Freq (%)	Pb G1 Freq (%)	Pv G1 Freq (%)	Pb G2 Freq (%)	Pv G2 Freq (%)	Pb G3 Freq (%)	Pv G3 Freq (%)
Sexo	M	102 (36,0)	51 (38,3)	51 (34,0)	28(31,5)	37(43,0)	37 (34,6)	14 (28,0)	14 (35,9)	15 (51,7)	22 (38,6)	22 (40,7)	15 (28,3)
	F	181 (64,0)	82 (61,7)	99 (66,0)	61(68,5)	49(67,0)	70 (65,4)	36 (72,0)	25 (64,1)	14 (48,3)	35 (61,4)	32 (59,3)	38 (71,7)
	Total	283 (100)	133 (100)	150(100)	89 (100)	86 (100)	107(100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)
Faixa etária	19 – 22	131 (47,6)											
	23 – 26	124 (45,1)											
	27 – 38	20 (7,3)											
	Total	275 (100)											
Média (Desvio padrão)		23.1(2.57)											
Moda		22											
Ativ. Externas ao curso	N	93 (33,1)	38 (28,8)	55 (36,9)	29(32,6)	36(42,4)	28(26,4)	15 (30,0)	14 (35,9)	11 (39,3)	25 (43,9)	12 (22,2)	16 (30,8)
	S	188 (66,9)	94 (71,2)	94 (63,1)	60(67,4)	49(57,6)	78(73,6)	35 (70,0)	25 (64,1)	17 (60,7)	32 (56,1)	42 (77,8)	36 (69,2)
At. físicas		110 (41,7)	45 (34,6)	65 (48,5)	32(42,1)	30(44,8)	47(39,2)	19 (42,2)	13 (41,9)	8 (36,3)	22 (48,9)	18 (28,6)	29 (50,9)
At. artísticas		11 (4,2)	7 (5,4)	4 (3,0)	2 (2,6)	5 (7,5)	4 (3,3)	2 (4,4)	- -	1 (4,6)	4 (8,9)	4 (6,3)	- -
At. religiosas		28 (10,6)	17 (13,1)	11 (8,2)	14(18,4)	6 (9,0)	8 (6,7)	8 (17,8)	6 (19,4)	2 (9,1)	4 (8,9)	7 (11,1)	1 (1,8)
Trabalho Voluntário		24 (9,1)	15 (11,5)	9 (6,7)	4 (5,3)	6 (9,0)	14(11,7)	1 (2,2)	3 (9,7)	4 (18,2)	2 (4,4)	10 (15,9)	4 (7,0)
Idiomas		27 (10,2)	17 (13,1)	10 (7,5)	4 (5,3)	7 (10,4)	16(13,3)	3 (6,7)	1 (3,2)	5 (22,7)	2 (4,4)	9 (14,3)	7 (12,3)
Outros		64 (24,2)	29 (22,3)	35 (26,1)	20(26,3)	13(19,4)	31(25,8)	12 (26,7)	8 (25,8)	2 (9,1)	11 (24,4)	15 (23,8)	16 (28,1)
Total		264 (100)	130(100)	134(100)	76 (100)	67 (100)	120(100)	45 (100)	31 (100)	22 (100)	45 (100)	63 (100)	57 (100)
Motivo da escolha do curso													
Gosto pela área de saúde		205 (81,3)	98 (81,0)	107(81,7)	68(86,1)	55(73,3)	81(83,5)	39 (84,8)	29 (87,9)	17 (63,0)	38 (79,2)	42 (87,5)	39 79,6
Ser autônomo		25 (9,9)	10 (8,3)	15 (11,4)	5 (6,3)	11(14,7)	9 (9,3)	2 (4,3)	3 (9,1)	5 (18,5)	6 (12,5)	3 (6,2)	6 (12,5)
Influência (pais, família)		6 (2,4)	5 (4,1)	1 (0,8)	1 (1,3)	2 (2,7)	3 (3,1)	1 (2,2)	- -	2 (7,4)	- -	2 (4,2)	1 (2,0)
Boa remuneração		3 (1,2)	- -	3 (2,3)	- -	2 (2,7)	1 (1,0)	- -	- -	- -	2 (4,2)	- -	1 (2,0)
Crescimento profissional		3 (1,2)	1 (0,8)	2 (1,5)	2 (2,5)	- -	1 (1,0)	1 (2,2)	1 (3,0)	- -	- -	- -	1 (2,0)
Status		- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Outros		10 (4,0)	7 (5,8)	3 (2,3)	3 (3,8)	5 (6,7)	2 (2,1)	3 (6,5)	- -	3 (11,1)	2 (4,2)	1 (2,1)	1 (2,0)

Total	252 (100,0)	121 (100)	131 (100)	79 (100)	75 (100)	97 (100)	46 (100)	33 (100)	27 (100)	48 (100)	48 (100)	49 (100)
Principal qualificação de um bom dentista												
Técnica	118 (41,8)	58 (43,6)	60 (40,3)	33(37,1)	46(54,1)	39(36,5)	19 (38,0)	14 (35,9)	20 (69,0)	26 (46,4)	19 (35,2)	20 (37,7)
Humana	63 (22,3)	32 (24,1)	31 (20,8)	25(28,1)	13(15,3)	25(23,4)	16 (32,0)	9 (23,1)	1 (3,5)	12 (21,4)	15 (27,8)	10 (18,9)
Ética	69 (24,5)	31 (23,3)	38 (25,5)	19(21,3)	16(18,8)	33(30,8)	8 (16,0)	11 (28,2)	7 (24,1)	9 (16,1)	16 (29,6)	17 (32,1)
Outras	32 (11,4)	12 (9,0)	20 (13,4)	12(13,5)	10(11,8)	10 (9,3)	7 (14,0)	5 (12,8)	1 (3,4)	9 (16,1)	4 (7,4)	6 (11,3)
Total	282 (100,0)	133 (100)	149 (100)	89 (100)	85 (100)	107(100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	56 (100)	54 100	53 (100)
Total de Qualificações de um bom dentista												
Técnica	488 (35,7)	240(36,8)	248(34,7)	166(37,6)	165(40,1)	156(30,5)	91 (36,7)	75 (38,9)	66 (46,2)	99 (36,9)	83 (31,8)	73 (29,2)
Humana	405 (29,6)	208(31,9)	197(27,5)	149(33,8)	95 (23,1)	160(31,3)	86 (34,7)	63 (32,6)	34 (23,8)	61 (22,8)	88 (33,7)	72 (28,8)
Ética	234 (17,1)	107(16,4)	127(17,7)	55 (12,5)	78 (19,0)	99 (19,4)	30 (12,1)	25 (13,0)	28 (19,6)	50 (18,7)	49 (18,8)	50 (20,0)
Outras	241 (17,6)	97 (14,9)	144(20,1)	71 (16,1)	73 (17,8)	96 (18,8)	41 (16,5)	30 (15,5)	15 (10,4)	58 (21,6)	41 (15,7)	55 (22,0)
Total	1.368 (100)	652 (100)	716 (100)	441(100)	411(100)	511(100)	248(100)	193(100)	143(100)	268(100)	261(100)	250(100)
Disciplinas de maior interesse												
Básicas	256 (15,2)	108(13,6)	148(16,6)	197(37,2)	30 (5,9)	29 (4,5)	85 (28,8)	112(47,9)	6 (3,4)	24 (7,1)	17 (5,2)	12 (3,8)
Humanas	14 (0,8)	7 (0,9)	7 (0,8)	9 (1,7)	2 (0,4)	3 (0,5)	5 (1,7)	4 (1,7)	1 (0,6)	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)
Saúde Coletiva	142 (8,4)	79 (10,0)	63 (7,0)	85 (16,1)	32 (6,2)	25 (3,9)	54 (18,3)	31 (13,3)	7 (4,0)	25 (7,4)	18 (5,6)	7 (2,2)
Clínica	1.263(74,8)	596(75,1)	667(74,5)	231(43,7)	446(86,9)	580(90,6)	149(50,5)	82 (35,0)	159(91,4)	287(84,7)	288(88,9)	292(92,4)
Outras	13 (0,8)	3 (0,4)	10 (1,1)	7 (1,3)	3 (0,6)	3 (0,5)	2 (0,7)	5 (2,1)	1 (0,6)	2 (0,6)	- -	3 (1,0)
Total	1.688 (100)	793 (100)	895 (100)	529(100)	513(100)	640(100)	295 (100)	234 (100)	174 (100)	339 (100)	324 (100)	316 (100)
Temas de maior interesse												
Básicas	230 (14,8)	96 (12,9)	134(16,6)	172(35,0)	34 (7,2)	24 (4,1)	68 (24,2)	104(49,3)	17 (10,6)	17 (5,5)	11 (3,6)	13 (4,6)
Humanas	35 (2,3)	19 (2,6)	16 (2,0)	15 (3,0)	9 (1,9)	11 (1,9)	9 (3,2)	6 (2,8)	2 (1,2)	7 (2,3)	8 (2,7)	3 (1,1)
Saúde Coletiva	122 (7,9)	68 (9,1)	54 (6,7)	63 (12,8)	30 (6,4)	29 (5,0)	39 (13,9)	24 (11,4)	6 (3,7)	24 (7,7)	23 (7,6)	6 (2,1)
Clínica	1.156(74,4)	559(75,0)	597(74,0)	236(48,0)	396(84,1)	518(88,9)	162(57,6)	74 (35,1)	136(84,5)	260(83,9)	261(86,1)	257(91,8)
Outras	9 (0,6)	3 (0,4)	6 (0,7)	6 (1,2)	2 (0,4)	1 (0,2)	3 (1,1)	3 (1,4)	- -	2 (0,6)	- -	1 (0,4)
Total	1.552 (100)	745 (100)	807 (100)	492(100)	471(100)	583(100)	281 (100)	211 (100)	161 (100)	310 (100)	303(100)	280 (100)

Número de pesquisas Nunca participou (0)	180 (63,6)	56 (42,1)	124(82,7)	56 (62,9)	61 (70,9)	62 (57,9)	22 (44,0)	34 (87,2)	15 (51,7)	46 (80,7)	19 (35,2)	43 (81,1)
1 a 2 pesquisas	83 (29,3)	59 (44,4)	24 (16,0)	32 (36,0)	21 (24,4)	30 (28,0)	27 (54,0)	5 (12,8)	11 (37,9)	10 (17,5)	21 (38,9)	9 (17,0)
> 3 pesquisas	20 (7,1)	18 (13,5)	2 (1,3)	1(1,1)	4 (4,7)	15 (14,0)	1 (2,0)	- -	3 (10,3)	1 (1,8)	14 (25,9)	1 (1,9)
Total	283 (100)	133 (100)	150 (100)	89 (100)	86 (100)	107(100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)
Temas de pesquisa Básicas	24 (16,6)	18 (14,9)	6 (25,0)	4 (10,5)	6 (18,2)	14 (18,9)	1 (3,1)	3 (50,0)	5 (22,7)	1 (9,1)	12 (17,9)	2 (28,6)
Humanas	2 (1,4)	2 (1,7)	- -	- -	- -	2 (2,7)	- -	- -	- -	- -	2 (3,0)	- -
Saúde Coletiva	26 (17,9)	25 (20,7)	1 (4,1)	8 (21,1)	4 (12,1)	14 (18,9)	8 (25,0)	- -	3 (13,6)	1 (9,1)	14 (20,9)	- -
Clínica	86 (59,3)	73 (60,3)	13 (54,2)	22 (57,9)	21 (63,6)	40 (54,1)	20 (62,5)	2 (33,3)	13 (59,1)	8 (72,7)	37 (55,2)	3 (42,9)
Outras	7 (4,8)	3 (2,5)	4 (16,7)	4 (10,5)	2 (6,1)	4 (5,4)	3 (9,4)	1 (16,7)	1 (4,6)	1 (9,1)	2 (3,0)	2 (28,6)
Total	145 (100)	121 (100)	24 (100)	38 (100)	33 (100)	74 (100)	32 (100)	6 (100)	22 (100)	11 (100)	67 (100)	7 (100)
Habilidades estimuladas no curso Equilibrou a formação técnico-científica (I), o senso crítico e criatividade (II) e a hab. em gestão, comunicação e atuação em equipes multiprof. (III)	59 (20,9)	27 (20,3)	32 (21,3)	18 (20,2)	17 (19,8)	24 (22,4)	8 (16,0)	10 (25,6)	5 (17,2)	12 (21,1)	14 (25,9)	10 (18,9)
Todas, com ênfase em I	17 (6,0)	3 (2,3)	14 (9,3)	7 (7,9)	4 (4,7)	6 (5,6)	3 (6,0)	4 (10,3)	- -	4 (7,0)	- -	6 (11,3)
Todas, com ênfase em II	69 (24,4)	40 (30,1)	29 (19,3)	24 (27,0)	20 (23,3)	25 (23,4)	18 (36,0)	6 (15,4)	10 (34,5)	10 (17,5)	12 (22,2)	13 (24,5)
Todas, com ênfase em III	11 (3,9)	2 (1,5)	9 (6,0)	1 (1,1)	7 (8,1)	3 (2,8)	- -	1 (2,6)	- -	7 (12,3)	2 (3,7)	1 (1,9)
Todas, com ênf. em I e II	70 (24,7)	37 (27,8)	33 (22,0)	22 (24,7)	17 (19,8)	30 (28,0)	11 (22,0)	11 (28,2)	8 (27,6)	9 (15,8)	18 (33,3)	12 (22,6)
Todas c/ ênfase em I e III	19 (6,7)	5 (3,8)	14 (9,3)	6 (6,7)	6 (7,0)	7 (11,2)	1 (2,0)	5 (12,8)	1 (3,5)	5 (8,8)	3 (5,6)	4 (7,5)
Todas c/ ênfase em II e III	38 (13,4)	19 (14,3)	19 (12,7)	11 (12,4)	15 (17,4)	12 (11,2)	9 (18,0)	2 (5,1)	5 (17,2)	10 (17,5)	5 (9,3)	7 (13,2)
Total	283 (100)	133 (100)	150 (100)	89 (100)	86 (100)	107 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)
Relação prof. / aluno Positiva pedagógica	74 (20,0)	44 (23,5)	30 (16,5)	21 (16,7)	20 (17,4)	32 (25,2)	13 (17,1)	8 (16,0)	5 (12,8)	15 (19,7)	26 (36,1)	6 (10,9)
Positiva ético-humana	118 (32,0)	57 (30,5)	61 (33,5)	44 (34,9)	38 (33,0)	36 (28,4)	30 (39,5)	14 (28,0)	16 (41,0)	22 (29,0)	11 (15,3)	25 (45,5)
Negativa pedagógica	46 (12,5)	26 (13,9)	20 (11,0)	15 (11,9)	16 (13,9)	15 (11,8)	9 (11,8)	6 (12,0)	2 (5,1)	14 (18,4)	15 (20,8)	- -
Negativa ético-humanista	43 (11,7)	30 (16,0)	13 (7,1)	20 (15,9)	18 (15,7)	5 (3,9)	15 (19,7)	5 (10,0)	12 (30,8)	6 (7,9)	3 (4,2)	2 (3,6)
Outras	88 (23,8)	30 (16,0)	58 (31,9)	26 (20,6)	23 (20,0)	39 (30,7)	9 (11,9)	17 (34,0)	4 (10,3)	19 (25,0)	17 (23,6)	22 (40,0)

Total	369 (100)	187 (100)	182 (100)	126 (100)	115 (100)	127 (100)	76 (100)	50 (100)	39 (100)	76 (100)	72 (100)	55 (100)
Relação Pac./ Profis.												
Valor à dim. técnica (I)	27 (9,7)	13 (9,8)	14 (9,5)	6 (6,7)	9 (10,8)	12 (11,3)	5 (10,0)	1 (2,6)	1 (3,6)	8 (14,6)	7 (13,0)	5 (9,6)
Valor à dim. humana (II)	81 (29,0)	45 (34,1)	36 (24,4)	33 (37,1)	16 (19,3)	32 (30,2)	22 (44,0)	11 (28,2)	6 (21,4)	10 (18,2)	17 (31,5)	15 (28,9)
Valor à dim. ética (III)	16 (5,7)	9 (6,8)	7 (4,8)	1 (1,1)	9 (19,3)	6 (5,7)	1 (2,0)	- -	3 (10,7)	6 (10,9)	5 (9,3)	1 (1,9)
Valor às dimensões I e II	51 (18,3)	22 (16,7)	29 (19,7)	23 (25,8)	14 (16,9)	14 (13,2)	12 (24,0)	11 (28,2)	5 (17,9)	9 (16,4)	5 (9,3)	9 (17,3)
Valor às dimensões I e III	21 (7,5)	14 (19,6)	7 (4,8)	3 (3,4)	11 (13,3)	7 (6,6)	2 (4,0)	1 (2,6)	6 (21,4)	5 (9,1)	6 (11,1)	1 (1,9)
Valor às dimensões II e III	11 (3,9)	4 (3,0)	7 (4,8)	- -	4 (4,8)	7 (6,6)	- -	- -	2 (7,1)	2 (3,6)	2 (3,7)	5 (9,6)
Valor às três dimensões	11 (3,9)	5 (3,8)	6 (4,1)	5 (5,6)	2 (2,4)	3 (2,8)	3 (6,0)	2 (5,1)	- -	2 (3,6)	2 (3,7)	1 (1,9)
Outras	61 (21,9)	20 (15,2)	41 (27,9)	18 (20,2)	18 (21,7)	25 (23,6)	5 (10,0)	13 (33,3)	5 (17,9)	13 (23,6)	10 (18,5)	15 (28,9)
Total	279 (100)	132 (100)	147 (100)	89 (100)	83 (100)	106 (100)	50 (100)	39 (100)	28 (100)	55 (100)	54 (100)	52 (100)
Estímulo à dimensão ética	N 1 (0,4)	- -	1 (0,7)	- -	1 (1,2)	- -	- -	- -	- -	1 (1,8)	- -	- -
	S 279 (99,6)	132 (100)	147 (99,3)	88 (100)	85 (98,8)	105 (100)	50 (100)	38 (100)	29 (100)	56 (98,2)	53 (100)	52 (100)
Total	280 (100)	132 (100)	148 (100)	88 (100)	86 (100)	105 (100)	50 (100)	38 (100)	29 (100)	57 (100)	53 (100)	52 (100)
Se Sim:												
Em todas as disciplinas	113 (40,5)	46 (34,8)	67 (45,5)	34 (38,6)	36 (42,4)	43 (40,9)	20 (40,0)	14 (36,8)	9 (31,0)	27 (48,2)	17 (32,1)	26 (50,0)
Na maioria das disciplinas	147 (52,7)	74 (56,1)	73 (49,7)	47 (53,4)	42 (49,4)	57 (54,3)	27 (54,0)	20 (52,6)	16 (55,0)	26 (46,4)	31 (58,5)	26 (50,0)
Em poucas disciplinas	19 (6,8)	12 (9,1)	7 (4,8)	7 (8,0)	7 (8,2)	5 (4,8)	3 (6,0)	4 (10,5)	4 (13,8)	3 (5,4)	5 (9,4)	- -
Total	279 (100)	132 (100)	147 (100)	88 (100)	85 (100)	105 (100)	50 (100)	38 (100)	29 (100)	56 (100)	53 (100)	52 (100)
Estímulo à autonomia do paciente	N 155 (55,4)	78 (58,6)	77 (52,4)	62 (71,3)	38 (44,7)	55 (51,4)	40 (80,0)	22 (59,5)	16 (55,2)	22 (39,3)	22 (40,7)	33 (62,3)
	S 125 (44,6)	55 (41,4)	70 (47,6)	25 (28,7)	47 (55,3)	52 (48,6)	10 (20,0)	15 (40,5)	13 (44,8)	34 (60,7)	32 (59,3)	20 (37,7)
Total	280 (100)	133 (100)	147 (100)	87 (100)	85 (100)	107 (100)	50 (100)	37 (100)	29 (100)	56 (100)	54 (100)	53 (100)
Percepção sobre beneficiência												
Valor à dim. técnica (I)	91 (32,4)	48 (36,4)	43 (28,9)	20 (22,5)	36 (42,9)	34 (31,8)	16 (32,0)	4 (10,3)	11 (39,3)	25 (44,6)	21 (38,9)	13 (24,5)
Valor à dim. Humana (II)	16 (5,7)	4 (3,0)	12 (8,0)	9 (10,1)	3 (3,5)	4 (3,7)	2 (4,0)	7 (17,9)	1 (3,6)	2 (3,6)	1 (1,9)	3 (5,7)
Valor à dim. ética (III)	9 (3,2)	4 (3,0)	5 (3,4)	4 (4,5)	2 (2,4)	3 (2,8)	2 (4,0)	2 (5,1)	1 (3,6)	1 (1,8)	1 (1,9)	2 (3,8)
Valor às dimensões I e II	78 (27,8)	38 (28,8)	40 (26,8)	34 (38,2)	12 (14,3)	32 (29,9)	20 (40,0)	14 (35,9)	7 (25,0)	5 (8,9)	11 (20,4)	21 (39,6)
Valor às dimensões I e III	62 (22,1)	24 (18,2)	38 (25,5)	13 (14,6)	24 (28,6)	25 (23,4)	5 (10,0)	8 (20,5)	4 (14,3)	20 (35,7)	15 (27,8)	10 (18,9)
Valor às dimensões II e III	7 (2,5)	4 (3,0)	3 (2,0)	3 (3,4)	2 (2,4)	2 (1,9)	1 (2,0)	2 (5,1)	1 (3,6)	1 (1,8)	2 (3,7)	- -
Valor às três dimensões	7 (2,5)	7 (5,3)	- -	1 (1,1)	3 (3,5)	3 (2,8)	1 (2,0)	- -	3 (10,7)	- -	3 (5,6)	- -
Outras	11 (3,9)	3 (2,3)	8 (5,4)	5 (5,6)	2 (2,4)	4 (3,7)	3 (6,0)	2 (5,1)	- -	2 (3,6)	- -	4 (7,5)
Total	281 (100)	132 (100)	149 (100)	89 (100)	84 (100)	107 (100)	50 (100)	39 (100)	28 (100)	56 (100)	54 (100)	53 (100)

Cumpra beneficiência N S	1 (0,4) 281 (99,6)	1 (0,8) 131 (99,2)	- - 150 (100)	1 (1,1) 87 (98,9)	- - 86 (100)	- - 107 (100)	1 (2,0) 48 (98,0)	- - 39 (100)	- - 29 (100)	- - 57 (100)	- - 54 (100)	- - 53 (100)
Total	282 (100)	132 (100)	150 (100)	88 (100)	86 (100)	107 (100)	49 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)
Estímulo à dimensão humana no curso N S	1 (0,4) 281 (99,6)	1 (0,8) 132 (99,2)	- - 149 (100)	1 (1,1) 88 (98,9)	- - 86 (100)	- - 106 (100)	1 (2,0) 49 (98,0)	- - 39 (100)	- - 29 (100)	- - 57 (100)	- - 54 (100)	- - 52 (100)
Total	282 (100)	133 (100)	149 (100)	89 100	86 (100)	106 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	52 (100)
Se Sim: Em todas as disciplinas	65 (23,1)	18 (13,6)	47 (31,6)	17 (19,3)	25 (29,1)	23 (21,7)	7 (14,3)	10 (25,6)	5 (17,2)	20 (35,1)	6 (11,1)	17 (32,7)
Na maioria das disciplinas	154 (54,8)	79 (59,8)	75 (50,3)	48 (54,5)	43 (50,0)	62 (58,5)	29 (59,2)	19 (48,7)	15 (51,7)	28 (49,1)	35 (64,8)	27 (51,9)
Em poucas disciplinas	62 (22,1)	35 (26,5)	27 (18,1)	23 (26,1)	18 (20,9)	21 (19,8)	13 (26,5)	10 (25,6)	9 (31,0)	9 (15,8)	13 (24,1)	8 (15,4)
Total	281 (100)	132 (100)	149 (100)	88 100	86 (100)	106 (100)	49 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	52 (100)
Práticas em esp. sociais Pouco importante na minha formação	10 (3,6)	5 (3,8)	5 (3,4)	- -	3 (3,6)	7 (6,5)	- -	- -	2 (6,9)	1 (1,8)	3 (5,6)	4 (7,5)
Ricas e import. na minha form. e em no suficiente	160 (56,9)	60 (45,1)	100(67,6)	45 (50,6)	47 (56,0)	67 (62,6)	22 (44,0)	23 (59,0)	9 (31,0)	38 (69,1)	29 (53,7)	38 (71,7)
Ricas e import. na minha form. e em no insuficiente	111 (39,5)	68 (51,1)	43 (29,0)	44 (49,4)	34 (40,5)	33 (30,8)	28 (56,0)	16 (41,0)	18 (62,1)	16 (29,1)	22 (40,7)	11 (20,8)
Total	281 (100)	133 (100)	148 (100)	89 (100)	84 (100)	107 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	55 (100)	54 (100)	53 (100)
Auto-percepção sobre habilidade relacional Não está bem desenvolvid	23 (8,1)	15 (11,3)	8 (5,3)	10 (11,2)	6 (7,0)	7 (6,5)	8 (16,0)	2 (5,1)	2 (6,9)	4 (7,0)	5 (9,3)	2 (3,8)
Desenvolvida, mas precisa melhorar	182 (64,3)	86 (64,7)	96 (64,0)	62 (69,7)	56 (65,1)	64 (59,8)	34 (68,0)	28 (71,8)	21 (72 4)	35 (61,4)	31 (57,4)	33 (62,3)
Bem desenvolvida	75 (26,5)	32 (24,1)	43 (28,7)	15 (16,9)	24 (27,9)	35 (32,7)	8 (16,0)	7 (17,9)	6 (20,7)	18 (31,6)	18 (33,3)	17 (32,1)
Outro	3 (1,1)	- -	3 (2,0)	2 (2,2)	- -	1 (0,9)	- -	2 (5,1)	- -	- -	- -	1 (1,9)
Total	283 (100)	133 (100)	150 (100)	89 (100)	86 (100)	107 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)

Percepção sobre campo de trabalho												
Reconhece ruim	88 (31,5)	45 (33,8)	43 (29,5)	22 (24,7)	31 (37,4)	35 (33,0)	18 (36,0)	4 (10,3)	11 (37,9)	20 (37,0)	16 (29,6)	19 (36,5)
Reconhece bom	12 (4,3)	7 (5,3)	5 (3,4)	6 (6,7)	5 (6,0)	1 (0,9)	2 (4,0)	4 (10,3)	4 (13,8)	1 (1,9)	1 (1,9)	- -
Ruim e atribui razões	40 (14,3)	20 (15,0)	20 (13,7)	14 (15,7)	11 (13,3)	15 (14,2)	7 (14,0)	7 (17,9)	6 (20,7)	5 (9,3)	7 (3,0)	8 (15,4)
Ruim, mas o sucesso depende de melhor qualificação	73 (26,2)	33 (24,8)	40 (27,4)	25 (28,1)	21 (25,3)	27 (25,5)	11 (22,0)	14 (35,9)	6 (20,7)	15 (27,8)	16 (29,6)	11 (21,2)
Bom, mas o sucesso depende de melhor qualificação	19 (6,8)	6 (4,5)	13 (8,9)	7 (7,9)	4 (4,8)	7 (6,6)	1 (2,0)	6 (15,4)	1 (3,4)	3 (5,5)	4 (7,4)	3 (5,8)
Bom em alguns setores/ locais (público/interior)	28 (10,0)	15 (11,3)	13 (8,9)	9 (10,1)	8 (9,6)	11 (10,4)	8 (16,0)	1 (2,6)	1 (3,4)	7 (13,0)	6 (11,1)	5 (9,6)
Outros	19 (6,8)	7 (5,3)	12 (8,2)	6 (6,7)	3 (3,6)	10 (9,4)	3 (6,0)	3 (7,7)	- -	3 (5,5)	4 (7,4)	6 (11,5)
Total	279 (100)	133 (100)	146 (100)	89 (100)	83 (100)	106 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	54 (100)	54 (100)	52 (100)
Perspectiva profissional												
Curto Prazo												
Clínica Priv. (autônomo)	63 (11,2)	34 (12,1)	29 (10,3)	13 (7,7)	19 (11,0)	31 (14,2)	11 (10,7)	2 (3,0)	6 (10,0)	13 (11,5)	17 (14,5)	14 (13,7)
Clínica Priv. (terceirizado)	48 (8,5)	29 (10,4)	19 (6,7)	9 (5,3)	12 (6,9)	27 (12,3)	6 (5,8)	3 (4,5)	8 (13,3)	4 (3,5)	15 (12,8)	12 (12,8)
Serviço/Concurso público	56 (10,0)	29 (10,4)	27 (9,6)	17 (10,1)	15 (8,7)	24 (11,0)	7 (6,8)	10 (15,2)	7 (11,7)	8 (7,1)	15 (12,8)	9 (8,8)
PSF	87 (15,5)	35 (12,5)	52 (18,4)	21 (12,4)	32 (18,5)	34 (15,5)	15 (14,6)	6 (9,1)	7 (11,7)	25 (22,1)	13 (11,1)	21 (20,6)
Especialização	139 (23,1)	61 (21,8)	69 (24,5)	42 (24,9)	42 (24,3)	46 (21,0)	23 (22,3)	19 (28,8)	17 (28,3)	25 (22,1)	21 (18,0)	25 (24,5)
Docência	2 (0,4)	2 (0,7)	- -	1 (0,6)	- -	1 (0,5)	1 (1,0)	- -	- -	- -	1 (0,9)	- -
Mestrado/Doutorado	21 (3,7)	16 (5,7)	5 (1,8)	8 (4,7)	5 (2,9)	8 (3,7)	6 (5,8)	2 (3,0)	4 (6,7)	1 (0,9)	6 (5,1)	2 (2,0)
Outros	155 (27,6)	74 (26,4)	81 (28,7)	58 (34,3)	48 (27,7)	48 (21,9)	34 (33,0)	24 (36,4)	11 (18,3)	37 (32,7)	29 (24,8)	19 (18,6)
Total	562 (100)	280 (100)	282 (100)	169 (100)	173 (100)	219 (100)	103 (100)	66 (100)	60 (100)	113 (100)	117 (100)	102 (100)
Longo Prazo												
Clínica Priv. (autônomo)	174 (33,6)	83 (32,3)	91 (34,9)	47 (29,0)	55 (35,7)	72 (35,6)	28 (28,9)	19 (29,2)	20 (35,1)	35 (36,0)	35 (33,3)	37 (38,2)
Clínica Priv. (terceirizado)	1 (0,2)	- -	1 (0,4)	- -	- -	1 (0,5)	- -	- -	- -	- -	- -	1 (1,0)
Serviço/Concurso público	18 (3,5)	14 (5,5)	4 (1,5)	5 (3,1)	3 (1,9)	10 (5,0)	3 (3,1)	2 (3,1)	2 (3,5)	1 (1,0)	9 (8,6)	1 (1,0)
PSF	5 (1,0)	2 (0,8)	3 (1,1)	1 (0,6)	3 (1,9)	1 (0,5)	1 (1,0)	- -	- -	3 (3,1)	1 (1,0)	- -
Especialização	94 (18,1)	44 (17,1)	50 (19,2)	23 (14,2)	26 (16,9)	45 (22,3)	14 (14,4)	9 (13,8)	8 (14,0)	18 (18,6)	22 (21,0)	23 (23,7)
Docência	39 (7,5)	25 (9,7)	14 (5,4)	12 (7,4)	12 (7,8)	15 (7,4)	10 (10,3)	2 (3,1)	7 (12,3)	5 (5,2)	9 (8,6)	6 (6,2)
Mestrado/Doutorado	85 (16,4)	47 (18,3)	38 (14,6)	32 (19,8)	22 (14,3)	31 (15,3)	20 (20,6)	12 (18,5)	9 (15,8)	13 (13,4)	19 (18,1)	12 (12,4)

Outros	102 (19,7)	42 (16,3)	60 (23,0)	42 (25,9)	33 (21,4)	27 (13,4)	21 (21,7)	21 (32,3)	11 (19,3)	22 (22,7)	10 (9,5)	17 (17,5)
Total	518 (100)	257 (100)	261 (100)	162 (100)	154 (100)	202 (100)	97 (100)	65 (100)	57 (100)	97 (100)	105 (100)	97 (100)
Perspectiva Salarial												
1 – 3 SM	4 (1,4)	1 (0,8)	3 (2,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (1,9)	- -	1 (2,6)	- -	1 (1,9)	1 (1,9)	1 (1,9)
3 – 6 SM	20 (7,2)	13 (10,0)	7 (4,8)	6 (6,9)	6 (7,2)	8 (7,6)	5 (10,2)	1 (2,6)	4 (13,8)	2 (3,7)	4 (7,7)	4 (7,5)
6 – 9 SM	50 (18,1)	32 (24,6)	18 (12,3)	22 (25,3)	11 (13,3)	17 (16,2)	13 (26,5)	9 (23,7)	6 (20,7)	5 (9,3)	13 (25,0)	4 (7,5)
9 – 12 SM	80 (29,0)	42 (32,3)	38 (26,0)	29 (33,3)	19 (22,9)	31 (29,5)	17 (34,7)	12 (31,6)	10 (34,5)	9 (16,7)	15 (28,8)	16 (30,2)
12 – 15 SM	56 (20,3)	24 (18,5)	32 (21,9)	12 (13,8)	18 (21,7)	26 (24,8)	9 (18,4)	3 (7,9)	3 (10,3)	15 (27,8)	12 (23,1)	14 (26,4)
15 – 18 SM	33 (12,0)	7 (5,4)	26 (17,8)	8 (9,2)	16 (19,3)	9 (8,6)	2 (4,1)	6 (15,8)	2 (6,9)	14 (25,9)	3 (5,8)	6 (11,3)
> 18 SM	33 (12,0)	11 (8,4)	22 (15,1)	9 (10,3)	12 (14,5)	12 (11,4)	3 (6,1)	6 (15,8)	4 (13,8)	8 (14,8)	4 (7,7)	8 (15,1)
Total	276 (100)	130 (100)	146 (100)	87 (100)	83 (100)	105 (100)	49 (100)	38 (100)	29 (100)	54 (100)	52 (100)	53 (100)
Principal mecanismo concorrencial												
Aperf. Técnico-científico	196 (73,7)	97 (75,8)	99 (71,7)	48 (60,8)	63 (75,9)	84 (81,6)	27 (58,7)	21 (63,6)	26 (89,7)	37 (68,5)	44 (83,0)	40 (80,0)
Relações interpessoais	39 (14,7)	16 (12,5)	23 (16,7)	16 (20,3)	12 (14,5)	11 (10,7)	9 (19,6)	7 (21,2)	1 (3,4)	11 (20,4)	6 (11,3)	5 (10,0)
Cursos de outra área	10 (3,8)	4 (3,1)	6 (4,3)	2 (2,5)	4 (4,8)	4 (3,9)	1 (2,2)	1 (3,0)	1 (3,4)	3 (5,6)	2 (3,8)	2 (4,0)
Métodos de prev. e controle	8 (3,0)	6 (4,7)	2 (1,4)	6 (7,6)	1 (1,2)	1 (1,0)	5 (10,9)	1 (3,0)	- -	1 (1,9)	1 (1,9)	- -
Instal. físicas do consult.	7 (2,6)	2 (1,6)	5 (3,6)	3 (3,8)	2 (2,4)	2 (1,9)	2 (4,3)	1 (3,0)	- -	2 (3,7)	- -	2 (4,0)
Marketing empresarial	3 (1,1)	2 (1,6)	1 (0,7)	3 (3,8)	- -	- -	2 (4,3)	1 (3,0)	- -	- -	- -	- -
Flexibilizar de honorários	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Novas tecnologias	2 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,7)	- -	1 (1,2)	1 (1,0)	- -	- -	1 (3,4)	- -	- -	1 (2,0)
Outros	1 (0,4)	- -	1 (0,7)	1 (1,3)	- -	- -	- -	1 (3,0)	- -	- -	- -	- -
Total	266 (100)	128 (100)	138 (100)	79 (100)	83 (100)	103 (100)	46 (100)	33 (100)	29 (100)	54 (100)	53 (100)	50 (100)
Deficiências do curso												
N	88 (31,1)	12 (9,0)	76 (50,7)	61 (68,5)	59 (68,6)	74 (69,2)	47 (94,0)	14 (35,9)	27 (93,1)	32 (56,1)	47 (87,0)	27 (50,9)
S	195 (68,9)	121 (91,0)	74 (49,3)	28 (31,5)	27 (31,4)	33 (30,8)	3 (6,0)	25 (64,1)	2 (6,9)	25 (43,9)	7 (13,0)	26 (49,1)
Total	283 (100)	133 (100)	150 (100)	89 (100)	86 (100)	107 (100)	50 (100)	39 (100)	29 (100)	57 (100)	54 (100)	53 (100)
Se Sim:												
Instalações / rec. materiais	91 (29,4)	80 (38,1)	10 (10,1)	32 (33,7)	27 (28,7)	32 (26,9)	32 (41,0)	- -	19 (38,8)	8 (17,8)	29 (34,9)	3 (8,3)
Rec. humanos pouco qualificados	15 (4,9)	15 (7,1)	- -	4 (4,2)	2 (2,1)	9 (7,6)	4 (5,1)	- -	2 (4,1)	- -	9 (10,9)	- -
Rec. humanos pouco motivados	7 (2,3)	7 (3,3)	- -	3 (3,2)	1 (1,1)	3 (2,5)	3 (3,9)	- -	1 (2,0)	- -	3 (3,6)	- -

Deficiências pedagógicas	100 (32,3)	68 (32,4)	32 (32,3)	31 (32,6)	30 (31,9)	38 (31,9)	23 (29,5)	8 (47,1)	16 (32,7)	14 (31,1)	29 (34,9)	9 (25,0)
Estímulo à pesquisa	22 (7,1)	2 (1,0)	20 (20,2)	6 (6,3)	10 (10,6)	5 (4,2)	1 (1,3)	5 (29,4)	- -	10 (22,2)	- -	5 (13,9)
Outros	74 (24,9)	38 (18,1)	37 (37,4)	19 (20,0)	24 (25,5)	32 (26,9)	15 (19,2)	4 (23,5)	11 (22,4)	13 (28,9)	13 (15,7)	19 (52,8)
Total	309 (100)	210 (100)	99 (100)	95 (100)	94 (100)	119 (100)	78 (100)	17 (100)	49 (100)	45 (100)	83 (100)	36 (100)

Biblioteca Anísio Teixeira – Faculdade de Educação/ UFBA

M433 Matos, Mariangela Silva de.

Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de odontologia da Bahia / Mariangela Silva de Matos. – 2006. 286 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Robinson Moreira Tenório.

1. Odontologia – Estudo e ensino – Bahia 2. Odontologia – Formação profissional – Bahia. 3. Cirurgiões-dentistas – Ética profissional. 4. Humanização na saúde. I. Tenório, Robinson. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD – 617.607 110 981 42 22.ed.