

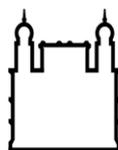


LUCIANA NARCISO DA SILVA CAMPANY

**O PROFISSIONALISMO NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOBRE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Rio de Janeiro

2016



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



uff
Universidade
Federal
Fluminense

LUCIANA NARCISO DA SILVA CAMPANY

**O PROFISSIONALISMO NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOBRE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador: Sergio Tavares de Almeida Rego

Coorientador: Carlos Dimas Martins Ribeiro

Rio de Janeiro

2016

LUCIANA NARCISO DA SILVA CAMPANY

**O PROFESSIONALISMO NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOBRE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 21 de dezembro de 2015.

Banca Examinadora

Doutora Andréia Patrícia Gomes, UFV

Doutor Marcos Antônio Albuquerque de Senna, UFF

Doutora Maria Helena Vieira Machado, FIOCRUZ

Doutora Lilian Koifman, UFF

Doutora Mônica Villela Gouvêa, UFF

Doutor Aluísio Gomes da Silva Júnior, UFF

Doutor Sergio Tavares de Almeida Rego, FIOCRUZ - Orientador

Doutor Carlos Dimas Martins Ribeiro, UFF - Coorientador

Rio de Janeiro

2016

À Sophia e Luigi,
que personificam o amor, iluminam a minha vida e dão a ela plenitude.

Aos meus pais e irmão,
minha base familiar, fonte constante de amparo e incentivo à conquista dos meus
objetivos.

Às amigas e amigos,
por enriquecerem a minha história, compartilharem memórias e alimentarem a minha
alma de forma singular.

Aos que se dedicam ao cuidado em saúde,
com amor e Profissionalismo.

Aos que encontram na Educação um ideal de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao querido orientador, Prof. Dr Sergio Rego, pelo apoio, incentivo e confiança. Agradeço, ainda, pelo compartilhamento dos seus conhecimentos que me proporcionaram tanto crescimento e aprendizado. Quanta honra é ter você, grande referência acadêmica, guiando meus passos na construção deste trabalho!

Ao Carlos Dimas Martins Ribeiro, meu co-orientador, pelo estímulo que me fez chegar até aqui!

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, por todas as enriquecedoras trocas que pudemos realizar em quatro anos de convivência. Em especial, à Vita Mongiovi, pelo encorajamento constante e a parceria nas reflexões sobre formação em saúde.

Às professoras Lilian Koifman e Lenita, que em muito contribuíram para a realização desta tese, a partir da análise crítica do projeto na banca de qualificação.

Aos professores componentes da banca de defesa da tese, Doutores Aluísio Gomes da Silva Júnior, Andréia Patrícia Gomes, Lilian Koifman, Marcos Antônio Albuquerque de Senna, Maria Helena Vieira Machado e Mônica Villela Gouvêa. Agradeço por toda gentileza, contribuições, incentivo e reconhecimento ao meu trabalho!

À Juliana, Simone e Angélica, com quem pude contar, respectivamente, nas secretarias da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Muito obrigada por todo auxílio e carinho de vocês!

À Instituição de Ensino Superior avaliada, que me recebeu com grande gentileza, e aos voluntários que aceitaram participar da pesquisa de campo na qual se baseia a elaboração desta tese. Sem vocês, nada seria possível!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Fundação Oswaldo Cruz, pela bolsa de estudos que me permitiu a realização do doutorado.

Aos que foram fundamentais na assistência a mim e à melhor parte de mim para que eu pudesse me dedicar à construção deste trabalho. Helio, Luiggi e Anna Lúcia, minha eterna gratidão.

Aos que foram fundamentais na etapa final, agindo por mim, quando residente fora do Brasil, na impressão e entrega do trabalho à banca examinadora e à secretaria acadêmica. Alexandra Dias, Seleó Paiva e Aline Perlingeiro, muitíssimo obrigada! Vocês comprovam o que sempre afirmo: “quem tem amigos, tem tudo!”

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos profissionais, mais a um cão ensinado do que a uma criatura harmoniosamente desenvolvida. Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias, para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seus próximos e à comunidade. ”

(Albert Einstein)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Esta tese foi desenvolvida com o objetivo de analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, que contempla a aquisição de expertise, ética e a prestação de serviço. Teve como base uma pesquisa qualitativa, realizada com professores, alunos e responsável pela coordenação da graduação, em um dos cursos públicos de odontologia do estado do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio da realização de entrevistas individuais, grupo focal, observação participante e diário de campo. Os resultados mostraram que os métodos de avaliação empregados contribuem para o estabelecimento de relações abusivas com os pacientes da clínica de ensino, nas quais podem ser equiparados a objetos de consumo usados para fins de aprovação acadêmica. A aquisição de expertise apresenta-se comprometida na Instituição de Ensino Superior pelo curto período de duração do curso, pelas divergências entre o agir em saúde de parte dos docentes e ensinamentos teóricos ministrados, quando os alunos são impedidos de realizar procedimentos que lhes caberia executar. A ética está comprometida quando autonomia e confidencialidade da atenção são violadas, quando ocorre negativa de assistência emergencial por indisponibilidade financeira do paciente, quando se trabalha com a perspectiva de que os usuários da clínica de ensino devem se contentar com serviços de baixa qualidade e inacabados e quando não há compromisso com as responsabilidades profissionais por parte de alunos e/ou professores. O serviço sofre comprometimento quando ocorrem barreiras ao fluxo dos pacientes e descontinuidade da assistência sem que haja resolutividade das necessidades em saúde dos pacientes. Ainda persiste um modelo de conformação profissional pautado no tecnicismo, na assistência curativa e na aquisição de conhecimento teórico, enquanto discussões sobre conduta profissional ética se restringem, quase que em absoluto, ao estudo das responsabilidades civis, sob a perspectiva da ética deontológica. Urge a necessidade de desconstrução desse modelo hegemônico de educação em odontologia e de realização da inclusão da dimensão ética da formação, aplicada à uma práxis reflexiva que promova no discente o desenvolvimento do senso crítico e da autoavaliação, com o objetivo de que se capacite a realizar a melhoria contínua da sua oferta de serviço.

Palavras-chave: Profissionalismo, Odontologia, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Recursos Humanos em odontologia, Ética

ABSTRACT

This dissertation has been developed in order to analyze the preparation of graduates in dentistry from the concept of professionalism, which involves the expertise, ethics and service providing. It was based on a qualitative research conducted among students, teachers and the coordinator of the program in one of the public Schools of Dentistry in Rio de Janeiro. Data collection methods used in this research was in-depth interviews, focus groups, intense observation and field diary. The results showed that the graduate's assessment method contributes to establish an abusive relationship between students and dental care clinic patients, where patients can be seen by the students as consumer objects necessary to their academic approval. Dental students' knowledge acquisition has been compromised by the reduced graduate program period, by the discrepancies between acting in health and taught theoretical lessons on the part of teachers, and when students were unable to perform procedures that would be up them to perform. Ethics has been compromised when dental care autonomy and confidentiality were violated, when there was a denial of providing emergency care due to the financial inability of the patient, when is accepted the clinic costumers the must be settle for low quality or unfinished services and when there is no commitment to professional responsibility on the part of students and / or teachers. The service has been compromised when there were barriers to the flow of patients and interruptions of the service before finishing the treatment. There is still a professional shaping standard based on technical aspects, in curative dentistry and expertise acquisition, while discussions on professional ethical conduct restricted, almost at all, to civil liabilities study under the deontological ethics perspective. There is an urgent need to deconstruct that hegemonic model of education in dentistry and to include the ethical dimension applied to a reflective practice that promotes the critical thinking and self-evaluation mindset in the graduates, in order of enabling them to perform the continuous improvement of the service they deliver.

Key-words: Professionalism, Dentistry, Human Resources Education in Public Health, Dental Students, Ethics

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 - ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
1.1- OBJETIVO GERAL	15
1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3- ETICIDADE DA PESQUISA.....	16
1.4- MÉTODO	16
1.5 - CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA	19
1.6 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS.....	21
1.7 - INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	21
2 - ODONTOLOGIA: A ESTRUTURAÇÃO DO CAMPO PROFISSIONAL DOS	25
CIRURGIÕES-DENTISTAS NO BRASIL.....	25
2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	25
2.2 - CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA: A REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO	
PROFISSIONAL	30
3 – A FORMAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NO BRASIL.....	34
3.1 - ÉTICA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA	40
3.2 – O DOCENTE NO PROCESSO FORMADOR.....	46
4 – PROFISSIONALISMO E ATUAÇÃO EM SAÚDE:.....	53
CONCEITO, PRINCÍPIOS E RESPONSABILIDADES	53
5 – ANÁLISE DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA:	
EXPERTISE, ÉTICA E SERVIÇO EM UM CONTEXTO DE RELAÇÕES FLUIDAS	57
5.1 - EXPERTISE.....	59
5.1.1- A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE DE ENSINO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS	
ESTUDANTES.	59
5.1.2 - COMPROMISSO COM A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL.	70
5.1.3 - PERFIL PROFISSIONAL.....	85
5.2- ÉTICA	99
5.2.1 - RESPEITO AO PRINCÍPIO DA PRIMAZIA DO BEM-ESTAR DOS PACIENTES.	105
5.2.2 - RESPEITO AO PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DO PACIENTE	105
5.2.3 - RESPEITO AO PRINCÍPIO DA JUSTIÇA SOCIAL.....	111
5.2.4 - COMPROMISSO COM A HONESTIDADE PARA COM OS PACIENTES	116
5.2.6 - COMPROMISSO DE MANTER RELAÇÕES APROPRIADAS COM OS PACIENTES	120

5.2.7 - COMPROMISSO COM AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS	122
5.3 - SERVIÇO	145
5.3.1 - COMPROMISSO COM A MELHORIA DO ACESSO AOS CUIDADOS.....	145
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	173
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COORDENADORES.	177
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFESSORES.	178
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ALUNOS.	179
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GRUPO FOCAL.	180
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL.....	181
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	185

INTRODUÇÃO

Sou cirurgiã-dentista, graduada em 1995, especialista em Odontopediatria, Odontologia do Trabalho e Gestão de Saúde Pública de Saúde e mestre em Saúde Coletiva. Desde a graduação, carrego comigo incômodos gerados pela observação de como são delineadas as relações entre docentes/discentes/pacientes e resolvidos os conflitos de interesse, por vezes presentes entre as partes, nas clínicas de ensino.

Para desenvolver a minha dissertação de mestrado, analisei a formação de cirurgiões-dentistas em uma das escolas públicas de graduação em odontologia do estado do Rio de Janeiro, onde constatei, a partir de entrevistas realizadas com professores e alunos, que a formação dos discentes apresentava um foco tecnicista e que a relação aluno-paciente parece refletir o comportamento da atual sociedade consumista. Nesta perspectiva, os alunos transferem para os pacientes o mesmo comportamento que possuem em relação aos objetos de consumo. Ou seja, parecem considerá-los como uma entidade potencialmente geradora de “uma gama de procedimentos” e não como sujeitos dotados de sensibilidade e consciência, sentimentos e autonomia.

Foi observado ainda que o modelo paternalista de atenção prevalece na assistência aos usuários da clínica de ensino analisada, ou seja, “os profissionais (professores e alunos, neste caso) é que sabem o que é melhor para o paciente” e têm todo o poder de decisão sobre o processo terapêutico a ser desenvolvido, num cenário em que esse usuário é visto como um indivíduo “pobre e incapaz de fazer suas próprias escolhas”.

O ensino da bioética e da legislação vigente, relativa aos direitos dos usuários da saúde, não estavam sendo contemplados nas disciplinas ministradas de maneira que pudessem contribuir para a estruturação de uma base sólida de conduta ética dos acadêmicos perante os pacientes atendidos.

Acredito que, enquanto não houver um processo de formação profissional pautado em ética e expertise como pilares da relação docente/aluno/paciente no processo de cuidar, teremos egressos incapazes de promover uma ação integral em saúde aos indivíduos e à sociedade. Por esta razão, prossigo no estudo sobre a formação em odontologia, com o intuito de refletir e provocar a reflexão sobre o tema, para que possamos encontrar um caminho que produza melhores resultados na conformação de egressos éticos e conscientes de seu papel enquanto profissionais de saúde e cidadãos.

A pesquisa desenvolvida nesta tese teve o objetivo de analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, na percepção de

professores, alunos e coordenador de um dos cursos públicos de graduação do estado do Rio de Janeiro.

Ao questionar se a graduação em odontologia prima pela formação de um profissional ético, além de tecnicamente hábil, busquei avaliar a relevância da formação ética na Instituição de Ensino Superior (IES) analisada, a implicação da relação docente-discente-paciente e do ambiente de ensino como estruturadores da conduta profissional do egresso, tendo como hipótese a crença de que a postura do docente frente aos atendimentos aos usuários da clínica de ensino, assim como o processo de avaliação do discente no desenvolvimento de sua conduta profissional (a importância dada à conduta ética na relação aluno-paciente), sejam os grandes norteadores da atuação prática dos alunos, que, de uma maneira geral, será reproduzida fora do ambiente escolar, quando ingressarem no mercado de trabalho.

O ambiente de ensino foi analisado a partir da observação dos métodos utilizados para avaliação dos alunos no processo de formação; dos itens que possuem relevância no processo avaliativo; dos recursos didáticos utilizados pelos docentes participantes da pesquisa; da observação do modelo pedagógico adotado pela IES; da observação das relações profissional-paciente e docente-aluno; da coerência existente entre as diretrizes da IES para formação do acadêmico de odontologia e o perfil do estudante de último ano de graduação.

Esta tese foi desenvolvida em seis capítulos, estruturados da seguinte forma:

No capítulo 1 estão descritos os métodos utilizados para realização da pesquisa sobre a qual esta tese foi desenvolvida, para análise dos dados obtidos, assim como para estruturação do arcabouço teórico utilizado neste trabalho.

O capítulo 2 aborda uma análise sobre a profissão “Cirurgião-dentista” no Brasil. Buscamos na sociologia das profissões o embasamento teórico para definição de profissão e discorremos sobre o surgimento e estruturação da odontologia no país.

No capítulo 3, analisamos a formação em odontologia, por meio de uma revisão de literatura em publicações sobre a graduação dos cirurgiões-dentistas, ensino em saúde, ensino da ética e o papel do docente no processo formador.

O capítulo 4 trata do conceito de profissionalismo e do arcabouço teórico concernente a esse tema, que servirá de analisador da formação em odontologia, objetivo principal da realização deste trabalho.

No capítulo 5, são apresentados os dados obtidos a partir da realização da pesquisa de campo, em discussão com publicações anteriores que enriqueçam a análise do material

coletado e possibilitem a estruturação de novas produções acadêmicas de relevância sobre a formação dos cirurgiões-dentistas.

O capítulo 6 contempla nossas considerações finais sobre o trabalho executado, em resposta aos objetivos estabelecidos e elencados no primeiro capítulo.

1 - ASPECTOS METODOLÓGICOS

A partir da observação do processo de formação de cirurgiões-dentistas, tanto em minha educação profissional quanto em pesquisa de campo desenvolvida para elaboração da minha dissertação de mestrado, tenho como hipótese a crença de que a postura dos docentes frente aos atendimentos aos usuários da clínica de ensino, assim como o método adotado para avaliação dos discentes no desenvolvimento de sua conduta profissional (a importância dada à conduta ética na relação aluno-paciente), sejam os grandes norteadores da atuação prática dos alunos, que, de uma maneira geral, será reproduzida fora do ambiente escolar, quando ingressarem no mercado de trabalho. Com o propósito de comprovar esta hipótese, foi realizada a pesquisa que aqui será apresentada.

1.1- Objetivo geral

Analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, na percepção de professores, alunos e coordenador de curso de uma das escolas públicas de formação em odontologia do Rio de Janeiro.

1.2- Objetivos específicos

- Observar a relevância da conduta profissional ética dos discentes no processo de formação em odontologia;
- Avaliar a relevância do currículo oculto no processo de formação, no que tange ao comportamento do docente enquanto modelo para a atuação profissional dos discentes;
- Observar o ambiente de ensino e sua implicação na formação dos estudantes de odontologia a partir da análise dos métodos utilizados para transmissão de conhecimento e das formas de avaliação utilizadas na instituição de ensino estudada;
- Analisar a coerência entre o perfil de egresso almejado pela instituição de ensino estudada, o perfil de egresso desenvolvido pela instituição de ensino estudada e o perfil de egresso requerido pelas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia.

1.3- Eticidade da pesquisa

Orientada pelos preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹, a investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e teve início após aprovação registrada por meio do parecer de número CAAE 26087013.7.0000.5240.

1.4- Método

Inicialmente, foi feita uma revisão de literatura, utilizando os descritores Profissionalismo, formação em odontologia, formação em saúde, docência em Saúde, Docente em Ensino Superior, Ética, Bioética e odontologia na Biblioteca Virtual em Saúde, periódicos CAPES e em publicações específicas de Bioética (livros e revistas). Foram ainda contempladas obras do sociólogo Zygmunt Bauman (Bauman²; Bauman³; Bauman⁴; Bauman, Donskis⁵).

O desenvolvimento deste trabalho se deu por intermédio de uma pesquisa qualitativa. O método qualitativo de pesquisa responde a questões muito particulares do mundo das relações humanas, das representações e da intencionalidade, o que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores, das atitudes, das aspirações e crenças dos indivíduos (Minayo⁶).

Em pesquisas qualitativas, os pesquisadores tendem a coletar dados, pessoalmente, nos locais onde os participantes vivenciam a questão central estudada, utilizando-se de instrumentos como análise de documentos, observação de comportamentos ou entrevistas com sujeitos de pesquisa. Geralmente, múltiplas formas de coleta de dados são empregadas a fim de que estes possam ser organizados em categorias que serão submetidas à análise. É uma investigação interpretativa na qual os pesquisadores fazem uma leitura sobre o que observam, escutam e entendem (Creswell⁷).

Neste trabalho, foram feitas entrevistas semiestruturadas, que consistem na combinação de perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado pode discorrer sobre o assunto em pauta sem se prender às questões formuladas (Minayo⁶).

Questões abertas definem a área a ser explorada, ao menos de início, a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada pode divergir a fim de prosseguir discorrendo sobre uma determinada ideia ou se aprofundar em detalhes sobre alguma indagação (Britten⁸).

As entrevistas foram registradas em gravadores de vozes para posterior transcrição e análise do material coletado.

A coleta de dados contemplou ainda a realização de grupo um focal com sete participantes de pesquisa, todos do último período da graduação. Este método foi adotado por acreditarmos que os indivíduos tendem a falar de forma mais desinibida e franca quando estimulados a fazê-lo em grupo, principalmente quando esse grupo é constituído por pessoas conhecidas com as quais convivem diariamente.

Grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os membros participantes da pesquisa com a finalidade de gerar dados. São projetados para valorizar a interação grupal, com o intuito de coletar informações diversas – as pessoas são estimuladas a falarem umas com as outras, a contarem histórias, comentarem seus pontos de vista sobre determinado assunto e relatarem experiências vividas (Kitzinger⁹).

Esta técnica permite coletar, a partir do diálogo e do debate com os participantes e entre os participantes, informações acerca do tema pesquisado. É uma reflexão que permite que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre o assunto discutido, gerando informações de cunho essencialmente qualitativo (Cruz Neto et al¹⁰). Para tal, os pesquisadores se utilizam de um pequeno número de questões semiestruturadas, capazes de provocar a discussão de concepções e opiniões dos participantes (Creswell⁷).

De acordo com Minayo¹¹, os grupos focais podem ser definidos como uma modalidade de entrevista em grupo onde é possível confrontar as falas dos participantes. Para a autora, os grupos devem ser pequenos (seis a doze participantes), homogêneos e bem planejados, de forma que a obtenção de informações promova uma crescente interação entre as pessoas, tanto na expressão de ideias comuns quanto na verbalização de divergências, cabendo ao moderador conseguir suscitar o surgimento dos pontos de vista individuais e do coletivo.

Para registro do grupo focal foram utilizados gravadores de vozes e filmadora, para que pudesse haver precisão na correlação dos relatos coletados com os alunos participantes da discussão.

Os roteiros de questões semiestruturadas utilizadas nas entrevistas individuais e no grupo focal serviram como condutores das conversas com os participantes da pesquisa, de forma que os entrevistados tivessem a possibilidade de falar sobre os assuntos abordados livremente, fornecendo informações que julgassem pertinentes para melhor análise do curso de graduação analisado.

Os dados da pesquisa também foram obtidos por meio da observação participante, descrita como o processo pelo qual o pesquisador estabelece uma relação direta com os

participantes de sua pesquisa no contexto que deseja observar, sendo considerada parte “essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa” (Minayo¹¹ p.273).

A observação participante é um método que permite o conhecimento da realidade pelo pesquisador de forma mais livre, sem a obrigatoriedade da utilização de roteiros de entrevistas ou instrumentos rígidos de coleta de dados, permitindo assim que sejam observadas situações que surjam no cotidiano, como contradições entre as normas e as práticas vividas pelo grupo ou Instituição observada (Minayo⁶).

Para a realização da observação participante, o principal instrumento utilizado pelo pesquisador é um diário de campo, que pode ser um caderno ou arquivo eletrônico no qual o pesquisador anota suas observações sobre o contexto observado. Posteriormente, as informações levantadas são utilizadas no desenvolvimento da análise da pesquisa (Minayo⁶; Minayo¹¹). Creswell⁷ refere-se a um instrumento similar que denomina “protocolo observacional”, no qual são inseridas informações diversas, tais como descrições de espaços físicos, relatos de eventos ou atividades, pensamentos do pesquisador, palpites ideias, sentimentos e impressões.

O trabalho de observação participante foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2014. Neste período, a pesquisadora acompanhou o funcionamento da Clínica Integrada em 10 (dez) períodos de atendimento e a clínica de Dentística restauradora, que contemplava as disciplinas Dentística 3 e Dentística 4, igualmente em 10 (dez) períodos de atendimento clínico.

Havia a intenção de acompanhar também atendimentos realizados na clínica de Diagnóstico Oral a partir da perspectiva de que esta seria a porta de entrada dos pacientes na clínica de ensino. Na prática, isto não se configura, uma vez que a instituição trabalha com a possibilidade de ingresso de pacientes em várias clínicas sem que para isto sejam referenciados por uma delas exclusivamente. Foram, então, observados 13 (treze) atendimentos em Diagnóstico Oral. Este quantitativo diferenciado se deveu ao fato de os alunos terem pouca autonomia na referida clínica, onde basicamente acompanham os docentes responsáveis pela avaliação e condução dos casos que os usuários apresentam.

As clínicas supracitadas foram selecionadas por contemplarem ampla possibilidade de oferta de múltiplas opções terapêuticas aos usuários, o que favorece o diálogo entre o prestador de serviço (aluno/docente) e o paciente para esclarecimento sobre sua situação de saúde bucal e busca por resolutividade das suas demandas.

Nosso objetivo com a utilização da observação participante foi analisar a relação “profissional-paciente” (docente-paciente e aluno-paciente) no que tange ao respeito ao princípio da autonomia do usuário, respeito à confidencialidade da atenção e o

compromisso com a honestidade para com os pacientes, elementos enumerados como estruturadores do Profissionalismo, objeto central de análise deste trabalho.

A observação participante nos permitiu, ainda, analisar a relação entre docentes e alunos durante atividades práticas do processo de formação e observar o funcionamento das clínicas de forma ampliada, uma vez que, além do acompanhamento aos atendimentos ali realizados, foi possível ter acesso às secretarias, aos funcionários, aos prontuários odontológicos e à aula inaugural da clínica integrada, ministrada pela equipe de docentes aos alunos do último ano de formação.

Todos os fatos observados foram registrados em um bloco de notas eletrônico e posteriormente utilizados na análise dos dados obtidos, onde foi possível confrontar o discurso dos participantes da pesquisa com o que vimos e com informações recebidas por meio de conversas com funcionários, alunos, docentes e pacientes no cotidiano das clínicas de ensino estudadas.

Toda a coleta de dados foi precedida pela leitura explicativa do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e realizada após a concordância dos participantes de pesquisa em fazerem parte da mesma, sendo-lhes assegurado o direito de desistirem da participação a qualquer momento.

1.5 - Critérios para seleção da amostra

Por ser a pesquisadora residente do estado do Rio de Janeiro, a coleta de dados nessa região do país tornou-se menos complexa. Em razão do grande número de escolas de graduação em odontologia no referido estado (vinte Instituições de Ensino), optamos por desenvolver o estudo em um dos quatro cursos oferecidos pelas três Instituições públicas existentes (CFO¹²).

Esta escolha se deveu ao fato de a pesquisadora ter, em relação à IES, o distanciamento apropriado para a realização da análise. Esta restrição se deveu ainda ao fato de apenas um pesquisador estar envolvido diretamente na coleta de dados, o que é um fator limitador.

Os dados da pesquisa foram obtidos a partir de entrevistas individuais com a pessoa responsável pela coordenação do curso de graduação, professores e alunos de graduação da Instituição de Ensino Superior selecionada. Além das entrevistas individuais, foi realizado um grupo focal com alunos do último período de formação. A constituição da amostra se deu da seguinte forma:

- **Responsável pela coordenação de curso** - a abordagem foi feita a partir da indicação da secretaria acadêmica da IES analisada.
- **Professores** - foram entrevistados sete membros do corpo efetivo de docentes. Achamos importante incluir na pesquisa dois professores de Semiologia/diagnóstico e dois professores de clínica integrada da faculdade participante. Estas disciplinas foram selecionadas por corresponderem ao primeiro e ao último momento em que, geralmente, estabelece-se a relação profissional-paciente na grade de formação clínica em odontologia, o que nos permite levantar informações sobre como se comporta o estudante na assistência aos usuários no início e no final do ciclo de formação.
- A indicação dos docentes de clínica integrada foi feita pela coordenação de curso, assim como a indicação de um dos docentes de Diagnóstico Oral. Este docente foi responsável pela indicação do segundo professor da disciplina. Além destes, incluímos na amostra um docente da disciplina “Orientação profissional em odontologia”, por ser a única disciplina encontrada no currículo da grade de formação que sugeria um foco na conduta profissional do discente fora do âmbito técnico da assistência, e solicitamos à pessoa responsável pela coordenação da graduação que nos indicasse dois docentes responsáveis pelo ensino da ética no curso de graduação. Houve apenas a indicação de um docente, que afirmou ser a única pessoa responsável pelo ensino da ética ao longo do curso. Diante deste fato, complementamos a amostra de docentes entrevistando um professor que tomou conhecimento da realização da pesquisa e procurou a pesquisadora com interesse em participar da mesma.
- **Alunos:** foram selecionados dez estudantes do último ano da graduação da instituição de ensino analisada para participarem da pesquisa por meio de entrevistas individuais. A pesquisadora fez o convite a todos os alunos regularmente matriculados no último ano da graduação e entrevistou os que se voluntariaram a participar da pesquisa. Levamos em consideração o critério de saturação da amostra para definirmos o número de discentes entrevistados.

- **Grupo focal com alunos:** foi constituído por sete alunos da instituição de ensino estudada, quantitativo estabelecido a partir da sugestão de Creswell⁷ para que o pesquisador contemple de seis a oito participantes a cada grupo focal. A pesquisadora fez o convite a todos os alunos regularmente matriculados no último período da graduação e realizou a entrevista em grupo com os que se voluntariaram a participar da pesquisa.

A captação de alunos para a pesquisa se deu nos espaços que nos foram cedidos pelos docentes: ao final da aula inaugural da clínica integrada, ao final de duas aulas da disciplina “Orientação profissional em odontologia” e durante a realização da observação participante. Alguns docentes fizeram um trabalho de divulgação da pesquisa aos seus alunos com o objetivo de auxiliarem a pesquisadora na obtenção do número de participantes almejado.

Foram excluídos da amostra os alunos transferidos de outras instituições de ensino, em razão de possíveis diferenças curriculares em sua formação.

1.6 - Instrumentos utilizados para coleta de dados

Toda a coleta de dados foi precedida da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide apêndices A, F e G, assim como da prestação de todos os esclarecimentos que se fizeram necessários a cada participante de pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas a partir de questionários contemplados nos apêndices B, C, D e E deste trabalho.

Todas as entrevistas individuais foram registradas em gravadores de voz.

Para coleta de dados do grupo focal, foram utilizados gravadores de voz e filmadora.

O diário de campo foi estruturado em arquivo eletrônico e contemplou as observações geradas durante o período em que a coleta de dados no curso de graduação analisado foi realizado e que a pesquisadora considerou relevantes para o enriquecimento do trabalho.

1.7 - Interpretação e análise dos dados

O método utilizado para avaliação e interpretação do material coletado nas entrevistas, nos grupos focais e no diário de campo produzido a partir das observações

efetuadas, foi a Análise Temática que, de acordo com Pope et al¹³, é a mais comumente usada em pesquisas de atenção em saúde, onde o pesquisador agrupa dados por temas e examina-os.

Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Desdobra-se em três etapas (Minayo¹¹):

- Pré-análise: escolha dos documentos a serem analisados e retomada de hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa.
- Exploração do material: classificação do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados são submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

A Análise Temática é uma das modalidades da Análise de Conteúdo que, de acordo com Minayo⁶⁻¹¹, é uma técnica de interpretação de dados qualitativos, por intermédio de procedimentos sistematizados e científicos, que permite a inferência de dados (conteúdo de mensagens e observações, neste caso) de um determinado contexto.

Após a transcrição das entrevistas, foram realizados os seguintes passos:

- a) Leitura e análise criteriosas dos conteúdos obtidos;
- b) Sistematização das informações;
- c) Avaliação e compilamento dos dados;
- d) Estruturação de diálogos entre os dados e as referências teóricas utilizadas.

Foram utilizadas como categorias de análise as bases estruturais do conceito de profissionalismo concebidas neste trabalho (expertise, ética e serviço), que serão detalhadas no capítulo 4.

I. Expertise – Observada por meio de:

I.1. A influência do ambiente de ensino no processo de formação dos estudantes - compreendida a partir da observação dos métodos de ensino e avaliação empregados pela instituição e da análise da

implicação do comportamento dos docentes como modelo para atuação profissional dos discentes;

I.2. Compromisso com a competência profissional – analisado por meio da observação da satisfação dos discentes com a grade de formação, da relevância dada pela instituição à participação dos alunos em estágios (ensino), pesquisa, extensão e ao estímulo dado à educação permanente e continuada dos docentes;

I.3. Análise da coerência entre o perfil de egresso almejado pela Instituição de Ensino Superior avaliada, o perfil de egresso desenvolvido pela Instituição e o perfil de egresso requerido pelas Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação em odontologia.

II. Ética – Observada por meio de:

II.1. Respeito ao princípio da primazia do bem-estar dos pacientes – a prestação de serviço deve estar centrada no interesse do usuário da clínica de ensino;

II.2. Respeito ao princípio da autonomia do paciente - observado por meio da participação dos pacientes na discussão terapêutica; no poder de decisão sobre o tratamento proposto; no consentimento para realização de exames e no esclarecimento sobre as particularidades do seu caso clínico, o que lhe dá empoderamento para fazer as próprias escolhas.

II.3. Respeito ao princípio da justiça social – observação do acesso dado aos economicamente menos favorecidos à clínica de ensino e ao acolhimento proporcionado aos usuários;

II.4. Compromisso com a honestidade para com os pacientes – observação do fornecimento de informações ao paciente sobre tudo o que se relaciona ao seu tratamento, inclusive sobre a ocorrência de erro profissional;

II.5. Compromisso com a confidencialidade dos pacientes - analisado por meio da observação da preservação das informações dos pacientes pelos profissionais em formação e professores; do arquivamento dos dados do acesso aos prontuários¹.

¹Existem ameaças à confidencialidade em muitas instituições que apresentam capacidade para armazenar e disseminar informações médicas, como é o caso das instituições de ensino em saúde (Beauchamp,

II.6. Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes – analisado por meio da observação da inexistência de exploração dos usuários das clínicas de ensino por alunos e professores com o objetivo de obtenção de vantagens pelos profissionais;

II.7. Compromisso com as responsabilidades profissionais – analisado por meio da observação da conduta de docentes e alunos na colaboração para o cuidado aos pacientes, no estabelecimento de uma relação de respeito para com os pares e na participação da auto-regulação de sua profissão.

III. Serviço – Observado por intermédio de:

III.1. Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados – analisado a partir da observação do fluxo interno dos pacientes nas clínicas analisadas.

Para que os participantes de pesquisa tivessem as suas identidades preservadas, foram utilizados os seguintes códigos de identificação:

- Alunos: letra A seguida pela numeração de 11 a 20;
- Grupo focal: relatos comuns serão codificados pela letra G;
- Professores: letra P seguida pela numeração de 3 a 9;
- Responsável pela coordenação da graduação: C.

Childress¹⁴). O acesso indevido às informações dos pacientes configura quebra de sigilo profissional e pode vir a ocorrer na IES analisada caso ocorram falhas no arquivamento dos prontuários.

2 - ODONTOLOGIA: a estruturação do campo profissional dos Cirurgiões-Dentistas no Brasil

2.1 – Contextualização histórica

A história da odontologia tem início em épocas pré-históricas, quando as enfermidades faziam com que os homens primitivos tivessem a necessidade de tratá-las, por meio de práticas guiadas pelo instinto, para se verem livres do sofrimento físico (Cunha¹⁵; Samico¹⁶; Nigre¹⁷).

Embora tenham sido encontrados dentre os escritos de Hipócrates (460-377 a.C.) relatos sobre o desenvolvimento dos dentes e referências às enfermidades buco-dentárias, a odontologia só passou a existir como profissão independente da medicina no século XIX, a partir da fundação da primeira escola de odontologia (Baltimore Dental College), criada em 1839, nos Estados Unidos da América (Cunha¹⁵; Samico¹⁶).

Em sua trajetória evolutiva, a odontologia percorreu Mesopotâmia, Egito, Grécia, Península Ibérica, França, Alemanha, Inglaterra e chegou à América. Alguns povos praticavam uma odontologia voltada para o adorno pessoal e finalidades religiosas, por meio de incrustações em ouro e pedras preciosas (indígenas de Yucatán e Maias). Outros já desenvolveram mecanismos para tratamento de enfermidades com ervas medicinais (astecas) e práticas curativas para alívio da dor, além de métodos de limpeza e prevenção (tribos norte-americanas) (Cunha¹⁵; Nigre¹⁷).

A preocupação com a estética pessoal fez com que fossem criados os primeiros dentes artificiais. A introdução do açúcar na dieta alimentar aumentou a necessidade de tratamento dentário em decorrência do crescimento do número de cáries, crescimento este que configurou uma epidemia em toda a Europa, o que levou a odontologia ao patamar das necessidades vitais de todos os indivíduos (Nigre¹⁷).

No século XVI, chegaram ao Brasil, colônia portuguesa, os primeiros praticantes da “arte de curar” (cirurgiões, barbeiros, sangradores, físicos). Estes eram subordinados ao cirurgião-mor do reino de Portugal, responsável por autorizar o exercício da física e da cirurgia, por meio da Licença Especial, após a realização de um exame perante uma banca composta por físicos e cirurgiões (Cunha¹⁵; Rosenthal¹⁸; Nigre¹⁷).

Dentre os físicos estavam médicos, boticários e curandeiros. O grupo de cirurgiões era composto por indivíduos que lancetavam, realizavam sangrias e curativos. Os barbeiros realizavam atividades dos sangradores e dos tiradentes – faziam barba, sangravam, realizavam cirurgias menores, tiravam dentes e faziam curativos. Sangradores

retiravam sangue das pessoas por meio da utilização de sanguessugas ou ventosas (Rosenthal¹⁸).

A Carta Régia de Portugal, de 09 de novembro de 1629, regularizou o exercício da arte dentária no Brasil. A regulamentação da arte de extrair dentes ocorreu em 1631, com a mudança do Regimento do cirurgião-mor, que passou a prever a comprovação de dois anos de atuação prática, além da licença e pagamento de taxas e impostos. Antônio Francisco Milheiro, enviado de Portugal, realizava os exames de sangradores, parteiras e dos que tiravam dentes juntamente com dois barbeiros. Surgem, então, as primeiras preocupações com a fiscalização da atividade e da efetividade da arrecadação de impostos (Cunha¹⁵; Nigre¹⁷).

A fase científica da odontologia teve origem no século XVIII, na França, por intermédio de Pierre Fauchard que passou a ser considerado o “Pai da odontologia”. Exímio cirurgião, dedicou-se à odontologia ganhando grande notoriedade. Lutou para que a arte dentária fosse regulamentada e exercida por profissionais preparados. Difundiu os conhecimentos da época, de forma magistral, por meio da obra “Le Chirurgien Dentiste ou Traité des Dents”, publicada em 1728 e reeditada em 1745 e 1786 (edição póstuma) (Cunha¹⁵).

Na segunda metade do século XVIII, a odontologia ganhou destaque na América do Norte e grandes avanços surgiram no campo profissional no que se refere à controle da dor, possibilidades de restauração dos elementos dentários e de recuperação da estética e função mastigatória por próteses com melhor adaptação e qualidade de produção (Cunha¹⁵).

Com o objetivo de melhorar a fiscalização nas colônias portuguesas, a rainha D. Maria I extingue os cargos de Físico-Mor e Cirurgião-Mor em 17 de junho de 1782 e institui a Junta de Promedicato, composta por sete deputados, médicos e cirurgiões, que passou a ser responsável pela emissão das Licenças e Cartas (Rosenthal¹⁸).

A palavra DENTISTA passou a constar em documento público do Reino de Portugal em 1800, após a criação de um plano de exames (Plano de Exames da Real Junta de Promedicato) que exigia conhecimentos de anatomia, métodos operatórios e terapêuticos. Em 1832 foi expedida uma Portaria do secretário da Academia Imperial de Medicina cujo objetivo era impedir que barbeiros e sangradores exercessem a arte dentária (Rosenthal¹⁸; Nigre¹⁷).

Em 1839 é fundada a primeira escola de odontologia do mundo, a *Baltimore Dental College*, e em 1840 a *The American Society of Dental Surgeons*, que publica *The American Journal of Dental Science*, fatos de grande relevância na história da profissão,

que passa a se desenvolver de forma autônoma a partir daí (Cunha¹⁵; Samico¹⁶; Almeida¹⁹ et al; Queluz²⁰). Nesse mesmo ano, dentistas de origem estadunidense chegaram ao Brasil e ganharam destaque, paulatinamente, no campo profissional que era dominado pelos franceses desde 1820. A primazia americana teve início em 1850 e ambos contribuíram para o desenvolvimento da odontologia, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo (Rosenthal¹⁸).

A criação da Junta de Higiene pelo Decreto nº 598 de 14 de setembro de 1850 configura a odontologia como uma profissão sanitária e em 1856 os exames de dentistas passaram a ser realizados pelas faculdades de Medicina (Cunha¹⁵; Rosenthal¹⁸; Nigre¹⁷). Os exames eram compostos por uma exodontia em cadáver e por uma parte teórica sobre:

1º) Anatomia, Fisiologia, Patologia e anomalias dos dentes, gengiva e arcadas alveolares; 2º) Higiene e terapêutica dos dentes; 3º) Descrição dos instrumentos que compõem o arsenal cirúrgico do dentista; 4º) Teoria e prática para sua aplicação; 5º) Meios de confeccionar as peças da prótese e ortopedia dentária. (Rosenthal¹⁸, p. 42-43).

O Decreto nº 7.247 de 19 de abril de 1879 determinou que escolas de Farmácia, um curso de Cirurgia Dentária e outro de Ginecologia e Obstetrícia deveriam funcionar anexos às faculdades de Medicina. Em 25 de outubro de 1884, por meio do Decreto nº 9.311 do governo imperial, foi instituído o curso de odontologia nas faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro e o exercício da profissão passou a requerer formação e titulação em escola profissional superior (Cunha¹⁵; Rosenthal¹⁸; Fernandes Neto²¹; Nigre¹⁷).

O curso tinha duração de três anos e era composto pelo seguinte currículo: “1ª série: física elementar, química mineral, anatomia descritiva e topografia da cabeça. 2ª série: histologia dentária, fisiologia dentária, patologia dentária e higiene da boca. 3ª série: terapêutica dentária, cirurgia e prótese dentária” (Samico, 1993, p.17; Rosenthal¹⁸, p.44).

Embora o acesso das mulheres às faculdades brasileiras tenha sido permitido em 04 de julho de 1871, por meio da Decisão do Império nº 10, a primeira cirurgiã-dentista (Isabella Von Sydow – paulista) foi graduada em 1899, no curso de odontologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Rosenthal¹⁸).

O ensino em manequins foi introduzido na formação em 05 de abril de 1911, pelo Decreto 8.661. Em 29 de outubro de 1919 o Decreto 3.830 altera a extensão do curso para quatro anos de duração e dá ênfase aos conhecimentos básicos em Biologias e Técnica Dentária (Fernandes Neto²¹).

Ao final do século XIX, desponta no cenário nacional Augusto Coelho e Souza, professor primário que de início recebe ensinamentos de um dentista prático. Autodidata,

busca conhecimento em fontes reconhecidas à época e prepara candidatos à legalização profissional. Contribui para a formação de milhares de cirurgiões-dentistas por meio da publicação de sua obra **Manual Odontológico**. Formou-se cirurgião-dentista em 1905, pela Escola de odontologia da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, e ganhou notoriedade pelos ensinamentos que transmitiu em cursos, palestras, artigos e participações em congressos. Integrou a Academia Brasileira de Odontologia, ocupando a cadeira nº 1 e, por toda a sua brilhante carreira, ficou conhecido como **O Pai da odontologia brasileira** (Rosenthal¹⁸).

Em 1933, os cursos de odontologia ganharam autonomia, deixando de ser tutelados das escolas médicas. Este fato gerou a criação de disciplinas por algumas instituições, além das obrigatórias já existentes (Fernandes Neto²¹).

O exercício profissional dos cirurgiões-dentistas foi regulamentado pela Lei 1.314, de 17 de abril de 1951, que estabeleceu ainda as normas para exercício profissional de protéticos e dos práticos (Samico¹⁶; Nigre¹⁷). Eram denominados “dentista práticos” os indivíduos que exerciam a odontologia sem autorização para tal. Embora utilizassem os meios terapêuticos e instrumentais consolidados pela ciência para atendimento aos pacientes, assim como técnicas extraídas dos livros utilizados nas escolas de formação profissional, os práticos realizavam o exercício ilegal da odontologia (Carvalho²²).

A odontologia entra em uma fase avançada de profissionalização a partir de progressos ocorridos principalmente no meio acadêmico, após o surgimento dos cursos pós-graduações em nível de especialização (*lato sensu*), mestrado e doutorado (ambos, *stricto sensu*), que promoveram muitos avanços na área científica (Almeida¹⁹ et al). O curso de especialização é voltado ao treinamento em determinada área de saber na qual se insere a especialidade; o mestrado aprofunda a formação científica ou profissional obtida na graduação e o doutorado visa proporcionar formação científica ou cultural ampla e profunda, e desenvolver a capacidade de pesquisa (Brasil²³).

A odontologia é uma profissão cujo exercício, no Brasil, é regulamentado pela Lei 5081²⁴, de 24 de agosto de 1966, que revogou a Lei 1.314/51. Em território nacional, poderá exercer a odontologia o profissional habilitado por Instituição de Ensino Superior reconhecida, após o devido registro do diploma de graduação no Ministério da Educação, e também profissionais habilitados por escolas estrangeiras que possuam diplomas revalidados “por universidades públicas que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando-se os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação” (Brasil²⁴ p.21).

De acordo com Machado²⁵, Carr²⁶ e Rego²⁷ et al, o conceito de profissão está diretamente condicionado à existência de um corpo esotérico de conhecimento, adquirido por meio de um treinamento escolar específico em escolas credenciadas, e a orientação para um ideal de serviço, na solução de problemas de um cliente ou uma coletividade, e que permita ao profissional ocupar-se em tempo integral da atividade exercida obtendo, a partir dela, todos os meios para o seu sustento.

Carr²⁶ destaca, dentre os critérios classificadores de uma profissão, a necessidade de haver grande autonomia profissional, o que se contrapõe às chamadas ocupações (atividades desenvolvidas sob supervisão de um profissional, como é o caso dos técnicos em serviços de saúde, por exemplo).

Toda profissão pressupõe uma regulamentação, que define o campo de atuação profissional e assegura o domínio teórico e prático dos saberes referentes aos profissionais a ela vinculados (Machado²⁵).

Atualmente, a odontologia possui dezenove especialidades, qualificações que podem ser adquiridas pelo cirurgião-dentista em cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* ofertados por universidades ou Instituições credenciadas pelo Ministério da Educação. São elas: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Dentística, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Endodontia, Estomatologia, Radiologia Odontológica e Imaginologia, Implantodontia, Odontologia Legal, Odontogeriatrics, Odontologia do Trabalho, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Odontopediatria, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Patologia Bucal, Periodontia, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Prótese Dentária, Saúde Coletiva e da Família. A maior parte dos especialistas (cerca de 56%) encontra-se na região sudeste do Brasil (Morita²⁸ et al, 2010; CFO¹²).

O ingresso progressivo de mulheres no ensino superior, ocorrido principalmente a partir dos anos 1980, fez com que tenhamos atualmente uma maioria feminina de cirurgiões-dentistas (56,3%). A proporção média de profissional pela população é de 1:838 habitantes, sendo que três quartos do total de profissionais estão concentrados no sudeste e no sul do país, o que gera disparidades regionais significativas (Morita²⁸ et al).

De acordo com a o relatório trienal 2013 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³⁰, que engloba informações referentes aos anos 2010, 2011 e 2012, existem 96 programas de mestrado (76 acadêmicos e 20 profissionalizantes) e 54 de doutorado. Destes, 53 oferecem mestrado e doutorado e um contempla apenas doutorado.

O Decreto nº 68.704, de 03 de junho de 1971³¹, regulamentou a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 referente à atuação dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, determinando:

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, instituídos pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, têm por finalidade a supervisão da ética profissional em todo o território nacional, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Parágrafo único. Cabem aos Conselhos Federal e Regionais, ainda, como órgãos de seleção, a disciplina e a fiscalização da odontologia em todo o País, a defesa do livre exercício da profissão, bem como o julgamento das infrações à Lei e à Ética (Brasil³¹ p.1).

2.2 - Código de Ética Odontológica: a regulação do exercício profissional

Os cirurgiões-dentistas encontram no Código de Ética Odontológica³² a regulação dos direitos e deveres da classe cuja atividade profissional é exercida em benefício do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem qualquer tipo de discriminação, por meio de ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O atual Código de Ética Odontológica encontra-se vigente desde 01 de janeiro de 2013. Ele contempla 19 (dezenove) capítulos e 60 (sessenta) artigos que só podem ser alterados pelo próprio CFO.

O Capítulo I trata das disposições preliminares, em quatro artigos, segundo as quais o código regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da odontologia, em benefício do ser humano, por intermédio de ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

No Capítulo II, constituído por três artigos, são tratados os Direitos Fundamentais dos cirurgiões-dentistas. Preveem o respeito à autonomia profissional na liberdade de realizar diagnóstico, planejamento e tratamento, assim como o desenvolvimento das atividades profissionais em ambiente onde as condições de trabalho sejam dignas, seguras

e salubres. Assegura ainda ao cirurgião-dentista o direito de renunciar ao atendimento do paciente quando constatar fatos que interfiram negativamente na relação profissional-paciente.

Os deveres fundamentais do profissional são descritos no capítulo III, composto por dois artigos que versam sobre as obrigações financeiras junto aos Conselhos Regionais de odontologia, o compromisso ético quando perante o exercício do cargo de chefia e na relação com os pacientes, a necessidade de lutar pela harmonia da classe, a obrigatoriedade de atualização técnico-científica para preservação da qualidade dos atendimentos prestados e a necessidade do zelo com a saúde e dignidade do paciente, assim como a abstenção de atitudes que promovam a mercantilização da odontologia.

O capítulo IV trata das perícias Odontológicas e enfatiza a necessidade de que o perito seja imparcial no ato pericial ou na realização de auditoria e ressalta que o profissional não deverá ultrapassar os limites de suas competências.

O capítulo V é dividido em duas seções que abordam a relação do cirurgião-dentista com o paciente (seção I) e com a equipe de saúde (seção II). São descritos como infrações perante o paciente a discriminação de qualquer ordem, o ato de tirar proveito, a realização de tratamento desnecessário, o desrespeito, o abandono, o uso de materiais cuja eficácia não tenha sido comprovada e a não prestação de esclarecimentos. Ao abordar a relação com os pares, são consideradas faltas éticas a exploração de colegas nas relações de emprego, a concorrência desleal, a conivência com erros técnicos ou o exercício ilegal da profissão, aliciar pacientes de colegas e delegar competências a quem não tem habilitação profissional.

São também contemplados o sigilo profissional obrigatório (capítulo VI), a normatização quanto à documentação odontológica (capítulo VI), a fixação de honorários profissionais (capítulo VIII) obrigatórios para todos os atendimentos a quem possa pagar (inclusive consultas de diagnóstico e emergência), o exercício das especialidades (capítulo IX – apenas duas especialidades podem ser anunciadas) e a odontologia hospitalar (capítulo X).

O capítulo XI versa sobre as responsabilidades das entidades com atividades no âmbito da odontologia, determinando que os cirurgiões-dentistas que atuem em clínicas, policlínicas, cooperativas ou vinculados a planos de saúde serão solidários quando infrações éticas ocorrerem, devendo estar atentos, inclusive, à regularidade da instituição junto aos órgãos de competência reguladora. Devem ser observados fatores tais como a precificação (não pode haver concorrência desleal) e a propaganda, para que estejam em conformidade com o que prevê o Código de ética.

O código de Ética Odontológica ainda abarca a responsabilidade técnica (capítulo XII), o exercício do Magistério (capítulo XIII), vedando a utilização de pacientes e alunos de forma abusiva em aula ou pesquisa, a propaganda abusiva ou enganosa referente a cursos de pós-graduação, o aliciamento de pacientes, a comercialização de órgãos e tecidos humanos e a permissão de atuação do acadêmico como clínico fora do ambiente de formação profissional.

O Capítulo XIV assegura a confidencialidade nos registros de banco de órgãos e tecidos.

O capítulo XV trata das entidades de classe.

Questões éticas referentes ao anúncio, propaganda e publicidade são contempladas no capítulo XVI, que prima pela proteção da sociedade contra atitudes antiéticas tais como a veiculação de propaganda enganosa, o anúncio de especialidades que o profissional não possua, autopromoção por meio de troca de favores e participação em entrevistas, oferta de serviço como premiações de concursos de qualquer natureza e realizar palestras em escolas ou empresas visando ampliar a sua clientela.

Este código contempla, ainda, a proibição da concorrência desleal e desvalorização da profissão por meio do anúncio de serviços em sites de compras coletivas. Observamos a preservação do paciente quando só é permitida a divulgação de imagens de seu tratamento e seus dados pessoais a partir da sua autorização, conferindo um respeito à autonomia desse paciente.

Interessante destacar que o capítulo sobre anúncio, propaganda e publicidade possui uma seção específica para tratar da publicação científica (seção II), configurando como infração o ato de se aproveitar de posição hierárquica para fazer constar seu nome em publicações científicas, assim como a falsificação de dados estatísticos e a realização de pesquisas com seres humanos e animais sem submissão a um comitê de ética.

Ao abordar as penas e suas aplicações (capítulo XVIII), esclarece-se que estas, que constituem um total de cinco (advertência confidencial; censura confidencial; censura pública; suspensão do exercício profissional por até trinta dias e cassação do exercício profissional) são previstas na Lei nº 4.324 de 14 de abril de 1964. A gravidade do ato é avaliada pela extensão do dano e suas consequências e alegar desconhecimento não exime o infrator da penalidade.

O capítulo XIX trata das disposições finais e faz menção ao Código de Processo Ético Odontológico, onde as penas disciplinares e considerações sobre a aplicação de multas são amplamente tratadas.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia¹², existem 220 faculdades de odontologia em território nacional, sendo 28 federais, 19 estaduais e 08 municipais. No Rio de Janeiro, encontram-se 20 destas Instituições de Ensino Superior (2 federais, 1 estadual e 17 particulares) que, conforme definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em odontologia³⁴, devem dotar os futuros profissionais de conhecimentos, competências e habilidades gerais que os permitam realizar diagnóstico e procedimentos operatórios e que os tornem preparados para atuarem em ações integrais de atenção à saúde do indivíduo e da comunidade, juntamente com uma equipe multiprofissional, de forma ética, respeitosa, que valorize o paciente e promova cidadania.

Neste trabalho, avaliaremos a formação de cirurgiões-dentistas em um dos quatro cursos públicos de formação em odontologia do estado do Rio de Janeiro.

3 – A FORMAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NO BRASIL

Os modelos profissionais predominantes na odontologia podem ser (ainda) descritos como o do cirurgião-dentista focado no trabalho clínico especializado, despolitizado e alheio ao seu entorno social, e o do professor-pesquisador, também focado nas especialidades odontológicas e pouco comprometido com as questões que ultrapassam os tradicionais enfoques da odontologia. O fortalecimento de um modelo profissional socialmente mais consciente e empenhado continua sendo, dessa forma, um desafio à formação profissional mais ética e cidadã, capaz de contribuir para a elevação da qualidade de vida da população (Finkler³⁵ et al, p.357).

O desenvolvimento da formação em odontologia no Brasil (e na América Latina) pode ser dividido em três fases (Carvalho³⁶):

- **ARTESANAL:** desenvolvida nos primeiros locais de formação, de forma empírica. A preocupação principal era a estética do paciente;
- **ACADÊMICA:** surge com as primeiras faculdades de odontologia. Valoriza-se o conhecimento científico;
- **HUMANÍSTICA:** Momento atual, onde há a preocupação com a inserção de disciplinas da área de humanidades na grade de formação acadêmica.

Uma importante fase para o ensino da odontologia teve início com a fundação da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), em 1956. Em decorrência da intensa interação estabelecida entre a ABENO e a CAPES, foi possível a implementação de um programa de bolsas para estágio de docentes em instituições de ensino brasileiras e nos Estados Unidos. Ocorre a edição do Boletim da ABENO e esta Associação realiza visitas para avaliação das condições das faculdades de odontologia brasileiras (Carvalho³⁶).

A Lei 4.024 de 1961 determinou que o Conselho Federal de Educação (CFE) passaria a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração de cursos superiores. Por meio do parecer CFE 299/62, é traçado o novo perfil do profissional da odontologia, “dentista geral, policlínico e destinado à coletividade”, e estabelecido o novo currículo, dividido em ciclos básico e profissional (Fernandes Neto³⁷):

- **CICLO BÁSICO (2 anos):** composto por Anatomia, Histologia e Embriologia, Microbiologia, Patologia geral e buco-dental, Farmacologia e terapêutica, Materiais dentários e Dentística operatória.

- CICLO PROFISSIONAL (2 anos): contemplava Clínica Odontológica, Cirurgia Odontológica, Prótese dentária, Prótese buco-maxilo-facial, Ortodontia, Odontopediatria, Higiene e Odontologia Preventiva e Odontologia Legal.

O Conselho Federal de Educação, por meio do parecer nº 840-CFE, de 07 de outubro de 1970, estabeleceu um currículo mínimo de formação em odontologia composto por disciplinas básicas e profissionais, descritas da seguinte forma (Samico¹⁶):

- BÁSICAS: Biologia (leis fundamentais, genética, citologia e evolução); Ciências morfológicas (anatomia, histologia, embriologia); Ciências fisiológicas (fisiologia, bioquímica e farmacologia) e Patologia (processos patológicos, micróbios e parasitas como agentes patogênicos e imunologia).
- PROFISSIONAIS: Patologia e Clínica Odontológica (Patologia, propedêutica, diagnóstico, tratamento e afecções dos dentes, gengivas, alvéolos e articulação têmporo-mandibular); odontologia Social e Preventiva (aspectos deontológicos, legais, preventivos e assistenciais da odontologia); Odontopediatria; odontologia Restauradora (restaurações coronárias, tratamentos endodônticos, reposições dentárias e materiais dentários).

Em 03 de setembro de 1982, entra em vigor a resolução 04 do Conselho Federal de Educação determinando que os cursos de formação em odontologia tivessem um novo currículo mínimo, 8 semestres de formação e carga-horária de 3.600 horas-aula, objetivando que os profissionais adquirissem um perfil generalista (Samico¹⁶; Rosenthal¹⁸; Carvalho³⁶).

O currículo foi dividido em matérias básicas e profissionalizantes, a saber (SAMICO¹⁶; Fernandes Neto²¹):

- BÁSICAS (quatro grupos): Ciências morfológicas (genética, evolução, histologia, embriologia e anatomia); Ciências fisiológicas (biologia, fisiologia e farmacologia); Ciências patológicas (patologia geral, microbiologia, parasitologia e imunologia) e Ciências Sociais (fundamentos de sociologia, de antropologia e de psicologia).

- **PROFISSIONALIZANTES** (cinco grupos): Propedêutica clínica (patologia bucal, semiologia e radiologia); Clínica Odontológica (materiais dentários, endodontia, cirurgia, traumatologia, próteses); Clínica Odontopediátrica; Odontologia Social (aspectos preventivos, sociais, deontológicos, legais e de orientação profissional) e Clínica Integrada (atividades práticas globais, duração mínima de um semestre).

Foram ainda incluídas aulas de escultura dental e oclusão e atividades extra-muro, que configurariam o Estágio Supervisionado, o qual deveria ser realizado em órgãos do Sistema público de saúde. O currículo mínimo obrigatório poderia ser desdobrado na grade acadêmica pelas instituições de ensino, que poderiam ainda criar outras disciplinas, devendo a temática Prevenção de Doenças estar presente ao longo de toda a formação. Havia ainda a recomendação para que o aluno iniciasse as atividades práticas junto aos pacientes o mais cedo possível (Samico¹⁶).

A incorporação ao currículo de matérias das áreas de psicologia, antropologia e sociologia não foi bem aceita pelos que consideravam que essas disciplinas tinham menos valor do que as disciplinas técnicas na grade de formação profissional, e foram pejorativamente classificadas como “perfumaria” por esses opositores (Rosenthal¹⁸, Carvalho³⁶).

O currículo mínimo foi extinto pela Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu artigo 53, onde assegura às universidades, no exercício de sua autonomia, o poder de “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (Brasil²⁴).

Este processo abre espaço para que surjam estruturas curriculares diferenciadas e inovações didático-pedagógicas englobando conteúdos básicos (referentes à formação técnico-científica voltada à aquisição de competências gerais necessárias), conteúdos profissionais específicos e conteúdos complementares (ampliam a gama de conhecimentos correlatos e proporcionam uma formação mais ética, humanística e técnica) (Fernandes Neto, Costa Neto³⁷).

Paralelamente à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), temos a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em odontologia (DCN)³⁴, que definem “princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação” e determinam que os conteúdos abordados devem estar

relacionados com “todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional” e contemplar:

- Ciências Biológicas e da Saúde: conteúdos teóricos e práticos de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos relacionados à prática da odontologia.
- Ciências Humanas e Sociais: conteúdos que contribuam para a entendimento dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença que atingem indivíduos e comunidades.
- Ciências Odontológicas: conteúdos teóricos e práticos de patologia bucal, semiologia, radiologia, materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais e odontologia pediátrica.

Às Instituições de Ensino Superior é dada autonomia para que definam seus currículos plenos e, por conseguinte, conhecimentos, competências e habilidades que pretendem desenvolver em seus alunos para a conformação de um perfil coerente com o delineado pelas DCN (Carvalho³⁸; Masetto³⁹). Em virtude da emergente necessidade de ajustamento das escolas de formação, a ABENO elabora recomendações para implementação das DCN³⁴, apresenta subsídios para o projeto do curso de odontologia⁴¹ e cria diretrizes para definição do estágio supervisionado nos cursos de graduação⁴² (ABENO⁴³; Werner⁴⁴).

A partir das DCN³⁴, torna-se necessária a implementação de mudanças no ensino, de forma que a graduação em odontologia atinja o objetivo de promover ao egresso uma “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”, de forma que ele se torne “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”, para que desta forma, e como também prevista pela LDB²⁴, ele possa trabalhar pela transformação da realidade e em prol da sociedade.

A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão nas universidades está determinada pela Constituição Federal⁴⁵ e é um caminho por meio do qual se faz possível inserir os discentes na prática desse papel social, que promove a almejada consciência

cidadã ao longo do período de formação. Além disto, o aluno que tem sua formação pautada em ciência, cultura e extensão é mais preparado para dar continuidade a projetos, ou até mesmo a ser idealizador de projetos, o que resulta em um desejo contínuo de aquisição de conhecimento e aperfeiçoamento profissional (Madeira⁴⁶).

Muitas das universidades, porém, estão à margem das reais necessidades da comunidade na qual estão inseridas e não levam para seus espaços de discussão (salas de aula, laboratórios e ambulatórios) os problemas de saúde existentes no seu entorno, prática que poderia resultar em ações capazes de promover melhorias nas condições de vida da população local (Garbin et al⁴⁷).

É possível ainda observarmos uma desarticulação entre teoria e prática e o despreparo dos discentes para atuação no Sistema Único de Saúde em virtude de uma formação inadequada para trabalho, administração e gerenciamento da própria prática, além de pouco preparo para se relacionar com pacientes e pares (Cordioli, Batista⁴⁸; Cordioli, Batista⁴⁹). A estruturação de grades curriculares que contemplem a aprendizagem de referenciais teóricos de forma desarticulada com a realidade faz com que os espaços de prática sejam reduzidos a “receptores de conteúdos fragmentados” ministrados em sala de aula (Fagundes, Burnham⁵⁰).

O ensino deveria capacitar docentes, discentes e membros da comunidade para a discussão conjunta sobre as demandas sociais existentes, objetivando a busca da resolutividade dessas demandas, por intermédio da articulação entre políticas de educação e saúde, de forma que se possa produzir a construção de uma sociedade mais justa, solidária e menos desigual (Araújo⁵¹; Morita, Kriger⁵²).

A formação que contemple o SUS, a ação integral atrelada ao contexto social, pode ser alcançada a partir da construção de projetos político-pedagógicos que tenham o binômio ensino-serviço como eixo central dos cursos de graduação (Finkler et al⁵³). A implementação de novos cenários de aprendizagem com esse objetivo ainda é capaz de promover a educação permanente do corpo docente, por meio de reflexões sobre o ensinar saúde no cotidiano das práticas (Araújo et al⁵⁴).

Muito embora esta seja uma necessidade, Péret e Lima⁵⁵ avaliaram que existem obstáculos para o desenvolvimento da formação de docentes em odontologia comprometidos com as questões sociais, sendo possível que isto ocorra em decorrência do caráter dos critérios de avaliação da CAPES, pois apresentam forte tendência produtivista, onde se privilegia o número de publicações e interesses de mercado.

Ou seja, os docentes universitários no Brasil são valorizados pelo número de publicações de artigos em revistas indexadas. Não existem ferramentas que avaliem a

qualidade das aulas ministradas, sejam elas teóricas ou práticas, os critérios de progressão na carreira são baseados mais na produção científica do que no exercício da docência (Costa⁵⁶; Saippa-Oliveira, Koifman⁵⁷). Esta avaliação se faz importante para que novos modelos pedagógicos possam ser implementados, estimulando a aprendizagem ativa e visando promover a associação entre teoria e práxis.

Com o objetivo de promover a integração ensino-serviço e a reorientação da reforma profissional, “assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população” o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, lança o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁵⁸, estruturado em três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (Brasil⁵⁹).

Com o intuito de fazer com que as necessidades do serviço dentro do Sistema Único de Saúde se tornem “fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino”, o Ministério da Saúde lança o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde)⁶⁰, destinado a “fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde. ”

O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho que, sendo instituído em um novo cenário de práticas, proporciona a construção de novos conhecimentos, atitudes e valores, contribuindo para a conformação de um profissional mais crítico, participativo e competente para atuar no SUS a partir de elevada formação técnico-científica e humanística (Rodrigues et al⁶¹; Fonsêca, Rodrigues⁶²; Souza et al⁶³).

A formação de um profissional com o novo perfil delineado, mais humano, solidário e engajado na política, demanda a construção de novos projetos político-pedagógicos que possibilitem ações transformadoras, inclusive derivadas dos docentes, de forma que os novos ideais se tornem palpáveis (Cristino⁶⁴). Para tal, é necessário sensibilizar e motivar o corpo docente para que este venha a ser colaborador do almejado processo de mudança (Ranali, Lombardo⁶⁵).

Uma ótica mercantilista da produção do saber pode ser a responsável por manter a estrutura de formação dos cirurgiões-dentistas calcada no tecnicismo e no interesse privado, distante, por conseguinte, do perfil profissional humanista, crítico e transformador social traçado pelas DCN e que se deseja obter (Péret, Lima⁶⁶).

É importante destacar que as adequações às DCN não se restringem à grade curricular e ao projeto pedagógico, devem abarcar todas as ações que reforcem as suas

determinações e isto inclui os métodos de avaliação empregados nas clínicas odontológicas, que têm implicações diretas sobre o desempenho dos alunos no processo de formação (Carvalho, Pedrosa⁶⁷).

O projeto pedagógico corresponde à necessidade de formação do indivíduo a partir do desenvolvimento de capacidades importantes para sua atuação na sociedade, e compreende ao menos uma dimensão cognitiva (conhecimento/raciocínio) e outra moral (ABENO⁴²). Sua elaboração parte de uma equipe composta por representantes da administração, dos docentes, discentes, ex-alunos e comunidade e visa a qualidade da formação científica, profissional e cidadã dos estudantes. Pressupõe a integração de todo corpo docente, de forma que todos conheçam os objetivos do curso e trabalhem em conjunto, para que não ocorram conflitos conceituais ou de técnicas, o que gera insegurança nos acadêmicos e compromete o processo de ensino/aprendizagem (ABENO⁴³; Carvalho, 200⁶⁹; Ranaldi, Lombardo⁶⁵).

3.1 - Ética na formação em odontologia

Compreendendo a Ética como “a parte da filosofia que se dedica à reflexão sobre Moral” e que se constitui em um tipo de saber “normativo” o qual “pretende orientar as ações do ser humano”, assim como definida por Cortina e Martinez⁶⁸, estruturamos esta parte do trabalho com o objetivo de descrever a formação ética dos estudantes de odontologia, a partir de observações feitas por pesquisadores que nos precederam.

Os termos ÉTICA² e MORAL³ por vezes se confundem em virtude de possuírem significados semelhantes (respectivamente caráter e costumes) que, na prática, se referem a um tipo de conhecimento que nos direciona à conformação de um bom caráter, o qual nos instrumentaliza a termos uma postura justa diante dos fatos e dilemas que a vida venha a nos apresentar; a sermos “humanamente íntegros”.

Embora sejam sinônimos na “linguagem cotidiana”, é necessário distinguir estas palavras para que tenhamos maior clareza na compreensão filosófica sobre elas. Desta forma, podemos dizer que o vocábulo MORAL se aplica à “formação do caráter na vida cotidiana”, enquanto ÉTICA à “filosofia que reflete sobre a formação do caráter”

² Palavra de origem grega – *ethos*.

⁴ Palavra de origem latina – *mos*.

(Cortina⁷⁰, p.15). Sendo assim, quando aqui abordamos a educação moral/formação ética, falamos da educação em valores.

Valor pode ser definido como “aquilo de que gostamos, que valorizamos” (p.20), e está relacionado com a dimensão afetiva dos sujeitos – projetamos sentimentos positivos sobre outras pessoas, ações, objetos e sobre nós mesmos (nossos pensamentos e ações). Cada um constrói um sistema próprio de valores a partir das relações que estabelece com o mundo e consigo mesmo, desde o seu nascimento. As projeções afetivas positivas podem ser morais ou não morais e definem normas de ação adotadas pelos indivíduos. Antagônicos às projeções positivas, estão os contravalores, oriundos da projeção de sentimentos negativos sobre “objetos e/ou pessoas e/ou relações e/ou sobre si mesmas” (p.21), referentes a tudo de que não gostamos ou de que temos raiva/ódio. (Araújo, Puig⁷¹).

No sistema de valores que cada sujeito constrói, a carga de intensidade de sentimentos dada a cada valor é diferenciada. Existem valores com base na projeção de sentimentos positivos que possuem uma grande intensidade de sentimentos. Estes estão localizados em uma posição mais central na identidade do indivíduo, enquanto os valores construídos com menor intensidade de sentimentos se encontram numa posição mais periférica. “Se os valores construídos como centrais na identidade são de natureza ética, existe maior *probabilidade* de que os pensamentos e comportamentos da pessoa sejam éticos (p.28)” (Araújo, Puig⁷¹).

Uma escola que se preocupe com a educação em valores deve conter propostas educacionais capazes de proporcionar aos alunos conteúdos e vivência cotidiana (nas relações existentes dentro da estrutura organizacional e com a comunidade onde esta se localiza) de “sentimentos, emoções e valores éticos” que “promovam relações interpessoais pautadas em valores vinculados à democracia, à cidadania e aos direitos humanos (p.35)” (Araújo, Puig⁷¹).

O ensino odontológico, em muito, está baseado nas atividades práticas desenvolvidas pelos alunos de graduação nos ambulatórios de atendimento clínico das faculdades. Mesmo existindo disciplinas “teóricas”, tratando de temas de bioética e ética profissional, é no cotidiano desses ambulatórios que o aluno observa e exerce as ações. Nesse sentido, o ambulatório é o lugar privilegiado não só para o aprendizado dos procedimentos técnicos, mas também para o exercício da reflexão ética (Ramos⁷², p.165).

Avaliando a dimensão ética da formação em odontologia, Finkler et al⁷³ observaram que houve um grande avanço técnico-científico nos últimos anos, mas o

mesmo não aconteceu com o arcabouço ético necessário à prática profissional. Desta forma, ainda persiste a utilização de métodos tradicionais de ensino e a pequena valorização da formação humanística dos estudantes.

Por esta razão, não é difícil encontrarmos profissionais tecnicamente qualificados, mas que tenham dificuldade de estabelecer uma relação com seus pacientes a qual contemple acolhimento, escuta ativa e que leve em consideração seus anseios e expectativas, nem sempre realizáveis, em relação ao tratamento (Varella et al⁷⁶).

Tal dificuldade é acentuada ao considerarmos o comportamento da “sociedade líquido-moderna”, conforme termo concebido por Zygmunt Bauman². Para este autor, nessa sociedade “as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir” (Bauman⁴ p.7).

Mais do que a celeridade das mudanças, destaca-se um comportamento consumista que se manifesta não apenas na compulsividade do consumo, mas em três outros aspectos particularmente interessantes à esta pesquisa: a forma de se relacionar com outras pessoas criando as “relações puras”; a maneira de perceber a vida, com a supervalorização do momento presente; e a insensibilidade moral (Bauman, Donskis⁵). Pela relevância de tais aspectos comportamentais e culturais e sua íntima associação com o tema aqui estudado, serão dedicadas algumas linhas a essa análise no capítulo 5, onde discutiremos os dados levantados pela pesquisa realizada.

A formação em saúde deve proporcionar o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas, éticas e relacionais a serem expressas na capacidade de agir com reflexão crítica e respeito aos valores do indivíduo e da coletividade e identificação de suas reais necessidades. Em odontologia, é possível observar que o processo formador de novos profissionais está voltado para o desenvolvimento das habilidades manuais, contemplando pouca reflexão teórico-científica e baixo estímulo à capacidade de reflexão ética, sendo dado ao desempenho técnico muito mais ênfase do que à habilidade de se relacionar eticamente com o outro (Prado, Garrafa⁷⁵).

Desta forma, os cirurgiões-dentistas nem sempre estão preparados para lidar com conflitos éticos no exercício da profissão, tornando-se um grande desafio para o ensino em odontologia dotar os profissionais com competências para agirem de forma responsável, autônoma e comprometida com os usuários, a comunidade e o trabalho que desenvolvem em seu cotidiano (Amorim, Souza⁷⁶).

Existe a ideia de que a universidade e o serviço que esta presta à população estão acima de qualquer direito do paciente, justificando-se toda e qualquer atitude tomada nas

clínicas de atendimento em nome do ensino. O paciente é visto como um meio pelo qual se alcança o fim proposto para a instituição: o atendimento a ser realizado pelo aluno. Neste processo cabe, inclusive, uma priorização ao atendimento de casos de interesse acadêmico, desrespeitando a ordem de convocação dos pacientes na fila de inscrição, fazendo com que uns esperem muito mais tempo do que outros por uma oportunidade de assistência às suas necessidades, estabelecendo uma “coisificação” das pessoas. Ou seja, o paciente é tratado como um objeto que será utilizado de acordo com as necessidades de aprendizado do aluno em formação e não a partir de suas demandas pessoais enquanto usuário da clínica de ensino (Gonçalves, Verdi⁷⁷).

O ensino da ética aos profissionais de saúde é fundamental para a prestação da assistência, para realização de um atendimento humanizado e ético onde seja contemplado o respeito aos valores morais e culturais dos indivíduos usuários dos serviços de saúde (Schuh e Albuquerque⁷⁸). O Olhar profissional tem sido reduzido ao processo de “tratar dentes” e o indivíduo e seu contexto de vida têm sido esquecidos na busca por assistência às suas necessidades (Amorim, Souza⁷⁶).

A abordagem teórica de conceitos de ética e humanização acontece em alguns cursos de graduação em odontologia, mas tais conceitos não são devidamente aplicados à prática clínica durante o processo de formação. Por esta razão, participantes de pesquisa do último ano de graduação de duas instituições de ensino brasileiras sugeriram que os aspectos éticos fossem instituídos desde o início da formação acadêmica, e que fosse realizada uma avaliação ética dos alunos na prática clínica. Além disto, os discentes destacaram a necessidade de haver uma capacitação para o corpo docente e a substituição de alguns professores (Lima, Souza⁷⁹).

Emerge a necessidade de haver um estímulo à reflexão sobre ética profissional desde a formação do aluno, de forma que esta esteja presente na execução dos serviços e no estabelecimento das relações interpessoais cotidianas, estimulando a estruturação de relações que culminem em credibilidade, satisfação e confiança na prestação de serviço profissional (Campos⁸⁰).

A eticidade da ação transcende a compreensão hegemônica sobre ética. De uma maneira geral, o foco da preocupação dos profissionais de saúde tem sido com a ética normativa contida em códigos que contemplam uma extensa relação de direitos e deveres imputados a cada classe, ao que chamamos ética Deontológica.

Nesta concepção, deve-se fazer o bem e conseqüentemente não fazer o mal. Deve-se agir de forma correta, fazer o que a lei permite, obedecer ao código que determina quais são as adequadas condutas profissionais a serem adotadas por aquele determinado

grupo de profissionais. Com a evolução do pensamento filosófico, a concepção de ética vai além das obrigações pessoais e recai sobre “capacidade de reflexão e ponderação; exercício da autocrítica; desenvolvimento de valores humanizadores” (Finkler et al⁸¹). Ao processo de “ensino-aprendizagem-vivência da ética em bases não deontológicas”, comprometido com a transmissão desses valores e com a “conformação da identidade profissional durante a graduação” chamamos “formação ética” (Finkler et al⁸²).

A escola de formação deve promover a educação moral dos estudantes fazendo-os vivenciar, “de forma consciente e responsável”, questões que perpassam as relações estabelecidas no dia-a-dia do ambiente de ensino, para que desenvolvam o respeito pelas pessoas de forma espontânea, ou seja, sem que este processo seja norteado pela obediência às determinações contidas no código de ética profissional (Arouca et al⁸³).

Torna-se indispensável aos profissionais de saúde a permanente avaliação da sua própria prática, devendo o profissional questionar a si mesmo quanto à repercussão efetiva de suas atitudes e das decisões que toma sobre os pacientes e seus colegas de profissão. Falhas na formação ética, assim como na técnica, são responsáveis pela insatisfação das pessoas com a assistência à saúde que recebem (Rego et al²⁷).

É importante observar a necessidade da utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que auxiliem especificamente a formação ética dos estudantes ao longo de toda a graduação, metodologias essas que tornem os docentes conscientes do valor da sua função no processo educativo dos discentes, que transcende a transmissão de conhecimento teórico e técnico (d'Ávila⁸⁴).

O cirurgião-dentista, desde a sua formação, enfrenta dilemas diariamente e sua formação ética lhe dará um caráter mais humanitário e humanístico, sendo este processo de aprendizagem mais eficaz nos primeiros anos de estudo, porém, devendo permear toda a sua formação, de maneira dinâmica e interessante para os acadêmicos. Deve-se introduzir no aluno o nexos entre dois mundos: valores éticos e técnicos, convidando-o a transitar entre um e outro como num espaço de reflexão, por meio de um trabalho interdisciplinar. Como demandas que justifiquem a inclusão da bioética em todo o currículo, destaca-se o conhecimento dos limites éticos em relação ao avanço da tecnologia, o reconhecimento do paciente como pessoa em sua dignidade, respeitando a sua autonomia por intermédio do consentimento informado, e a aplicação do código de ética profissional (Guerra⁸⁵).

A partir do processo de formação que vem sendo realizado no país, muitos profissionais acabam por não levar em consideração os aspectos bioéticos do tratamento odontológico na sua atividade clínica cotidiana, desconsiderando a autonomia dos seus

pacientes, principalmente quando há divergência de opinião quanto à escolha do tratamento a ser realizado (Gonçalves et al⁸⁶).

Alguns autores afirmam existir uma íntima relação entre comportamento profissional e formação pessoal, de forma que dificilmente um profissional será ético e terá atitudes humanizadas se não tiver uma semelhante história de formação familiar e social (Lima, Souza⁷⁹).

Uma mentalidade individualista é cultivada na formação dos acadêmicos de odontologia. Ao aluno é dito que ele precisa ser independente e que tem que tomar decisões sozinho, um pensamento com referenciais paternalistas. Além disto, as responsabilidades profissionais são enfatizadas com um cunho jurídico, ou seja, é transmitida a mensagem de que o consentimento para a realização de tratamentos, ao invés de ter sua razão de existir pautada em valores, como o respeito aos direitos de informação e à liberdade do paciente, tem sua concepção preconizada como um instrumento jurídico para evitar processos (Campos⁸⁰).

Os aspectos técnicos são extremamente mais enfatizados no ensino da odontologia do que os aspectos humanitários da relação profissional-paciente. Assim, o paciente deixa facilmente de ser visto como pessoa, com identidade e dignidade próprias, para se tornar “doença” que, como tal, pode ter maior ou menor valor científico (Ramos⁷²).

As ações são desenvolvidas visando promover a cura da doença de um indivíduo, sendo negligenciado o cuidado da pessoa doente e o estímulo ao desenvolvimento da capacidade de cuidar de si mesmo e ter autonomia (Amorim, Souza⁷⁶).

O conhecimento dos fundamentos teóricos e práticos da bioética é, assim, fundamental para formação do profissional de saúde, pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar. Ao ler e discutir temas da pauta bioética, o estudante se depara com análises sobre sistema de valores, crenças e atitudes, que servirão de subsídio para ponderação ética e deliberação de conduta, desenvolvendo habilidades e capacidades que melhor o qualificam para o exercício da assistência em saúde (Prado, Garrafa⁷⁵ p. 273).

Os cursos de odontologia necessitam fazer uma reavaliação com relação ao tipo de profissionais que estão formando, devendo-se pensar também sobre a importância de integração entre ensino e serviço, para que o aluno possa compreender o seu papel enquanto profissional de saúde no seu contexto social (Pinheiro et al⁸⁷). O ensino não tem levado em consideração as condições de vida e o impacto das desigualdades sociais em saúde, contemplando populações de mais alto padrão sócio-econômico, cuja tendência epidemiológica é diferente das populações de baixo poder aquisitivo (Moisés⁸⁸).

Avaliando o ensino da Bioética nos cursos de graduação em saúde, Rego et al²⁷ fazem uma observação relativa à formação dos médicos que é absolutamente adequada ao processo de formação em odontologia: reflexões acerca do conteúdo do Código de Ética Odontológica não são suficientes para a formação de cirurgiões-dentistas em conformidade com o perfil traçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais³⁴, fato observado por Silva⁸⁹ em sua pesquisa com alunos e professores do último período de graduação.

Torna-se fundamental destacarmos a importância do papel do docente e do ambiente de ensino na criação das condições necessárias para a formação de profissionais que dominem a habilidade técnica requerida para um desempenho profissional de qualidade, assim como a habilidade relacional requerida para o estabelecimento de uma postura ética e respeitosa nas relações entre o profissional e o paciente, os pares e a sociedade. A escola não pode negligenciar o seu papel no processo formador delegando à família e à sociedade toda a responsabilidade pela formação ético moral dos indivíduos.

3.2 – O docente no processo formador

As práticas de formação docente constituem desafios importantes para o ensino superior em saúde, desenvolvendo-se a despeito de um panorama acadêmico marcado pela valorização da pesquisa e seus desdobramentos em publicações científicas, um panorama em que a aprendizagem da docência é considerada mera consequência da experiência (Batista⁹⁰).

Sendo a Universidade um espaço de aprendizagem ética, o docente do ensino superior na formação do século XXI deve ser mais do que um “transmissor de conhecimento científico”, ou seja, deve ser capaz de criar cenários de ensino e aprendizagem que imprimam no ensino da técnica um caráter ético, para que assim sejam formados profissionais que tenham expertise e que também sejam bons cidadãos. Para tal, os docentes devem ter comprometimento moral com sua função formadora (Martinez et al⁹¹, 2002).

Atuando como um profissional que presta um serviço à sociedade, “o professor universitário precisa proceder como profissional reflexivo, crítico e competente no âmbito de sua disciplina, além de capacitado a exercer a docência e realizar atividades de investigação” (Pimenta et al⁹²). Deve estar atento, ainda, ao fato de ser uma referência que influencia diretamente o modo de agir em saúde dos seus alunos (Koifman et al⁹³; Saippa-Oliveira, Koifman⁹⁴).

A articulação entre teoria e prática constitui um diferencial na docência superior em saúde, onde o desafio se expande ao abarcar o ensino, a pesquisa e a extensão, não bastando o domínio do conteúdo referente a um campo do saber científico para desenvolver a tarefa educativa (Batista e Batista⁹⁵).

Por meio da pesquisa, os alunos são motivados a buscar fontes de informação e a ter um papel ativo no processo de aprendizagem, fugindo à prática comum de serem apenas receptores de conteúdos que são memorizados para a realização de uma avaliação (Cardoso⁹⁶).

O processo ensino-aprendizagem está baseado na observação da experiência, e não apenas na apreciação do discurso. Desta forma, o aluno olha para o professor e assimila a sua conduta. Por esta razão, todo o corpo docente de uma instituição de ensino tem responsabilidade sobre a formação ética dos futuros profissionais, não devendo esta ficar a encargo do professor de uma única disciplina (como Bioética) (Ramos⁷²), sob pena de privarmos os alunos a perceberem que “a moral está presente em todas as atividades humanas, entre as quais aquelas presentes pelos demais conteúdos escolares” (La Taille⁹⁷ p.252).

Questões referentes à formação ética, aspectos pedagógicos e visão integral dos sujeitos têm sido discutidas, objetivando uma renovação no campo da educação superior em saúde, por intermédio do emprego de metodologias problematizadoras, com currículos voltados à comunidade e abordagens que incluam planejamento e ação em saúde. Tais transformações promoveriam impacto no processo de avaliação, com a “valorização do sujeito e de suas histórias de formação e aprendizagem” (p.105). Emerge assim a necessidade de mesclar o domínio do conhecimento teórico, experiências do campo prático, saberes relativos à profissão de professor universitário, cenários do trabalho em saúde e a construção de inter-relações que estimulem o aprendizado (Abdala et al⁹⁸).

Avaliando concepções sobre a função docente em Medicina, Sonzogno⁹⁹ ressalta o desafio de exercer uma profissão para a qual não houve uma preparação prévia, haja visto que o ato de se tornar professor nesses casos está embasado em competências técnicas, científicas e experiência clínica, entre outras que não incluem a competência docente. Dentre os relatos colhidos pela autora, destacamos:

Acho que nós somos jogados dentro da escola como médicos para dar aula, e não somos treinados para sermos professores de Medicina. O exercício da docência não existe: as coisas são feitas de uma forma empírica, é o bom-senso, mas não que a gente tenha um conhecimento de fato de qual é a metodologia mais correta, qual é a forma didática mais adequada, quando utilizar determinados recursos, quando não utilizá-los, em que situações, para que tamanho de grupo (Sonzogno⁹⁹, p.278).

Batista e Batista⁹⁵ concordam com essas observações e destacam que quando ocorrem atualizações que abordam técnicas e planejamento de ensino, avaliação de discentes e teorias de aprendizagem, a reflexão crítica acerca do processo educativo fica a encargo do professor, em separado do investimento na capacitação técnica necessária a um médico.

Um estudo sobre a formação pedagógica dos professores de medicina de uma Instituição de Ensino Superior brasileira, constatou que a maior parte deles não teve capacitação em docência ao longo da formação profissional, havendo recebido educação em disciplinas pedagógicas de curta duração, ao cursarem alguma pós-graduação, mas sem que houvesse a realização de atividades práticas (Costa⁵⁶).

Ainda que esses estudos tenham sido voltados para professores de medicina, sabe-se que o mesmo processo se dá em todas as áreas da saúde. Muito embora o sistema de admissão nas Universidades venha sofrendo alterações nos últimos anos, quando se tornou necessário que a maior parte do corpo docente tenha a titulação de doutor em alguma área de conhecimento, este fato não alterou o perfil dos professores quanto à formação direcionada à docência do ensino superior, para o desenvolvimento das habilidades que o exercício dessa atividade requer.

A docência em saúde tem sido relacionada ao sucesso profissional dos professores em suas carreiras profissionais e é necessário que os professores tenham inserção na área pedagógica para que se possa romper com a prática tradicional hegemônica em que o conhecimento é centralizado na figura do professor e os alunos são passivos receptores do que lhes é transmitido (Araújo et al⁵⁴).

Torna-se importante destacar que o modo de ação dos docentes na relação com os usuários do serviço de saúde (pacientes e/ou comunidades) inspira e, por vezes, modela a conduta dos alunos e futuros profissionais. O processo de refletir sobre as ações desenvolvidas, integrando teoria e prática, permite ao professor uma construção do conhecimento a partir das particularidades inerentes ao campo do ensino da prática clínica, pilar estruturante na construção de uma assistência à saúde universal, integral, ética e humanizada desde a formação profissional (Batista, Batista¹⁰⁰).

O professor de odontologia tem um papel importante na formação de futuros profissionais, sendo uma referência a ser seguida por suas habilidades técnicas e por sua postura ética, cabendo-lhe fazer com que reflitam sobre estas questões, fornecendo os meios para que esta reflexão aconteça. A condição de objeto de ensino vivenciada pelos pacientes é questionável e não deveria justificar desrespeito à sua dignidade (Gonçalves, Verdi⁷⁷).

Os docentes de clínicas odontológicas de ensino influenciam os alunos que os observam na assistência aos pacientes e a partir daí criam seu referencial do que é certo ou errado na conduta profissional. Professores, que por vezes se utilizam apenas do bom senso no desenvolvimento das atividades pedagógicas, deveriam ter aprendido a trabalhar com valores e comportamentos; deveriam fazer uma reflexão profunda sobre os aspectos ético-pedagógicos relacionados à docência acadêmica (Finkler et al¹⁰¹).

Deve-se atentar ao chamado “**currículo oculto**”, definido como o conjunto de normas não declaradas, valores, atitudes e crenças embutidos nas relações existentes no ambiente de ensino-aprendizagem e que influenciam diretamente a formação do aluno (Giroux¹⁰²; Kentli¹⁰³). Estas influências, oriundas dos meios de comunicação social e das relações sociais que se fazem presentes nos processos de formação, são geradoras de um aprendizado indireto, a partir da observação e incorporação de comportamentos desenvolvidos por docentes e supervisores de estágios pelos discentes em sua atuação profissional (Rego¹⁰⁴).

Ou seja, enquanto o currículo formal contempla o que é previsto em termos de atividades e experiências às quais os alunos serão submetidos, o currículo oculto pode ser definido como o conjunto de experiências e estímulos que o estudante recebe sem planejamento prévio, relacionados principalmente ao desenvolvimento de atitudes, valores e ideologias de uma cultura particular e que são incorporados a partir de uma identificação pessoal com comportamentos reconhecidos socialmente (Galli¹⁰⁵).

É o que ocorre no processo chamado **socialização**, muito bem definido por Dubar¹⁰⁶:

(...) ela constitui uma incorporação das maneiras de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, de sua visão de mundo e de sua relação com o futuro, de suas posturas corporais e de suas crenças íntimas. Quer se trate de seu grupo de origem, no seio do qual transcorreu sua primeira infância e ao qual pertence “objetivamente”, quer se trate de outro grupo, no qual quer se integrar e ao qual se refere “subjetivamente”, o indivíduo se socializa interiorizando valores, normas e disposições que fazem dele um ser socialmente identificável (Dubar¹⁰⁶, p.97).

A socialização é o que faz, por exemplo, alunos de medicina se apropriarem de condutas que observam em profissionais médicos com os quais convivem e que destacam como padrão de referência pessoal ao longo da sua formação, como considerado por Galli¹⁰⁵, fato que é reproduzido nas mais diversas conformações profissionais.

Cabe ressaltar que os alunos são sujeitos ativos no processo de socialização profissional, possuidores de uma bagagem de formação oriunda de sua inserção social

que lhes permite a liberdade de fazer escolhas profissionais e de selecionar quais atitudes irão desenvolver no exercício da profissão que abraçaram (Rego¹⁰⁷).

É importante que o currículo oculto seja diferenciado do **currículo paralelo**, composto pelo conjunto de atividades que os estudantes realizam fora da instituição de ensino, com o objetivo de complementarem a educação profissional, paralelamente ao curso de graduação. Nestes espaços, também ocorre a socialização profissional, que por não contar com o “controle social” promovido pela escola de formação, pode levar o estudante a incorporar comportamentos e valores antiéticos à sua conduta (Rego¹⁰⁸; Rego¹⁰⁷).

Uma relevante questão a ser levantada diz respeito ao processo avaliativo que, de uma maneira geral, contempla a memorização do conteúdo das disciplinas e o manejo técnico dos pacientes ao longo da formação acadêmica, não levando em consideração o aspecto ético relacional entre discentes e usuários das clínicas de ensino.

Moreno e Batista¹⁰⁹, ao estudarem as concepções e práticas dos docentes de Medicina na avaliação do aprendizado dos seus alunos, constataram a existência de um despreparo dos professores para a realização desse processo. Um dos entrevistados afirma: *“eu gostaria de aprender como se avalia. Nós não temos formação para sermos professores, nós viramos professores”* (p.139). A partir daí o que tem sido reproduzido é uma postura avaliativa pautada na avaliação da nota, que gera uma aprovação ou uma temida e excludente reprovação do aluno. Diante do exposto, os autores sugerem investimento na formação permanente dos docentes, objetivando o desenvolvimento de critérios e atitudes reflexivas sobre seu próprio cotidiano de práticas.

A avaliação que não serve para o estudante alcançar as metas fixadas dentro do contexto educacional e de um perfil profissional no qual se insere não pode ser aceita como uma boa avaliação. A avaliação deve ajudar o estudante a alcançar seus objetivos pessoais e profissionais e, ainda, ajudar a reconhecer suas qualidades e estabelecer o princípio de auto-avaliação como parte da rotina profissional, dando-se conta de suas áreas débeis e ajudando a encontrar os caminhos para se corrigir (Koifman, Saippa-Oliveira¹¹⁰ p.254).

As escolas de formação devem ser explícitas no que tange aos valores morais que aprovam e enaltecem, tornando-se indispensável nesse processo a reflexão do corpo docente sobre o que será considerado relevante perante seus alunos, sendo imprescindível que cada um aja de forma coerente com suas convicções no desenvolvimento do seu trabalho junto aos estudantes (Rego²⁷).

A “criação e manutenção de espaços de reflexão e discussão” nas Instituições de Ensino Superior sobre as DCN são um marco inicial para mudanças desejadas na formação profissional em saúde, destacando-se a relevância do investimento no

“aperfeiçoamento humanístico” (p.460) dos docentes para que estes possam ser responsáveis pela formação ética dos discentes, como um dos desafios para o desenvolvimento de um novo perfil de egresso em odontologia “socialmente mais sensível e eticamente mais competente” (p.459) (Finkler et al⁵³).

Há que se considerar que mudanças na legislação não são suficientes para mudar a formação. Saberes e práticas de formação deverão ser repensadas, analisadas, e amplas ações envolvendo Instituições de Ensino Superior, docentes, discentes, sociedade e Estado deverão ser implementadas (Lemos, Fonseca¹¹¹) e periodicamente avaliadas, de forma que os projetos pedagógicos das IES estejam sempre em conformidade com o perfil de egresso que objetivam obter (Carvalho⁶⁹; Ranali, Lombardo⁶⁵).

As DCN nos remetem a um novo perfil de profissional da odontologia, o que prescinde um novo perfil também de formadores - dos professores universitários, que necessitarão atuar como facilitadores do processo ensino-aprendizagem e não mais como meros transmissores de conteúdo (Franco et al¹¹²). Transformações no ensino ocorrerão apenas se os professores ampliarem as percepções sobre si mesmos – “contextos históricos, sociais, culturais e organizacionais da sua própria prática educativa” (Pontes et al¹¹³) e passem a utilizar novos parâmetros de ação e avaliação (Goursand et al¹¹⁴).

As mudanças no sistema educacional deveriam ocorrer primeiramente nas pós-graduações *stricto sensu*, uma vez que a formação dos docentes universitários se dá por meio de disciplinas ministradas nos mestrados e doutorados, cujo foco central tem sido a pesquisa científica e não a formação pedagógica. Desta forma, poderá ser possível interromper a reprodução de um modelo de formação tecnicista e fragmentado, distanciado das questões sociais, que tem se perpetuado na graduação em odontologia (Péret, Lima¹¹⁵, Baltazar et al¹¹⁶). Para que o pós-graduando seja sensibilizado quanto ao seu papel de futuro educador, devem ser incorporados aos currículos conteúdos das ciências sociais e ética (Pordeus et al¹¹⁷).

Devemos considerar que a formação ética dos profissionais de saúde é de responsabilidade de todos os professores envolvidos na educação profissional, não sendo requerida uma vocação especial para melhor desenvolvimento desse trabalho – “a cada atitude tomada por um professor (...) uma lição está sendo ministrada” (Rego et al¹¹⁸, p.487-8). Aos docentes não deve ser conferida toda a responsabilidade pela melhoria do ensino, mas nada acontecerá nesse sentido sem o seu engajamento participativo (Toledo¹¹⁹).

O ensino raramente envolve a aplicação de regras gerais. A partir desta perspectiva, os professores precisam desenvolver, seja por meio da sua formação ou de

experiências adquiridas com o trabalho, diversificadas capacidades profissionais que tornem possível a reflexão sensível sobre o ambiente de ensino, processo que vai além do domínio geral de técnicas pedagógicas de ensino e realização de pesquisa (Carr²⁶).

Compreendendo o ensino como a promoção da educação profissional, observa-se a falta da inclusão da dimensão moral e ética nesse contexto que ainda prioriza o ensino técnico. Essa educação não deveria se dar de forma vertical, onde o professor se coloca numa condição superior a do aluno, na posição de um transmissor de conhecimentos. A educação se dá nos dois sentidos dessa relação, é algo com mais qualidade humana e moral para que se estabeleça uma boa relação docente-discente. Desta forma, a educação moral também é requisito essencial para qualquer professor (Carr²⁶).

Ao abordar a formação do formador, Madeira discorre sobre a “realidade docente”:

Que nós ensinamos sem ter tido formação específica para tal, é incontestável. Que a disciplina de Didática ou Metodologia de Ensino dos cursos de pós-graduação é insuficiente para a formação do docente, é fato sabido. Que a pesquisa é mais valorizada que o ensino, pelo menos nas universidades públicas, também é algo assente. Que as universidades não oferecem (ou oferecem pouco) apoio pedagógico a seus docentes, é notório. E assim seguem os docentes em sua práxis, principalmente os novatos: sem a atenção da instituição, sem grandes investimentos institucionais em seu trabalho, sem um controle de qualidade, sem assessoria pedagógica e, muitas vezes, sem uma tutoria ou ajuda dos colegas mais experientes. Não há estímulo para a educação continuada e nem intenções que visem o aprimoramento para que o professor seja levado à competência e se transforme em bom professor. Só a experiência em sala de aula não basta, é preciso educação! (Madeira¹²⁰, p.221)

4 – PROFISSIONALISMO E ATUAÇÃO EM SAÚDE: conceito, princípios e responsabilidades

O conceito de Profissionalismo tem sido amplamente discutido no cenário internacional, por instituições tais como *American Board of Internal Medicine (ABIM)*, *Society of Academic Emergency Medicine*, *the Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME)*, *American College of Physicians and American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM)*, *UK General Medical Council*, *the Royal College of Physicians*, e a *European Federation of Internal Medicine (EFIM)*, entre outras (Walther et al¹²¹).

De uma maneira geral, o Profissionalismo é abordado em um contexto de relação entre médicos e pacientes/sociedade. Neste trabalho, faremos uma inferência do profissionalismo para o campo da odontologia, mais especificamente para o processo de formação dos cirurgiões-dentistas.

Embora existam diferentes definições para Profissionalismo, há um consenso em referenciá-lo como uma base “contratual” que rege a relação do profissional de saúde com a sociedade, exigindo que os interesses dos pacientes sejam colocados acima dos interesses de quem o assiste. Os currículos de formação incluem nesse conceito valores como: altruísmo, respeito, ética, responsabilidade e integridade (Brennan et al¹²²; Hilton, Southgate¹²³; Walther et al¹²⁵; Bradburn, Staley¹²⁴).

Desta forma, três princípios fundamentais e um conjunto de responsabilidades profissionais foram enumerados como estruturadores desse conceito pelos membros do *Medical Professionalism Project* (Brennan et al¹²²):

- Princípio da primazia do bem-estar dos pacientes: baseado no altruísmo, na prestação de serviço de acordo com o interesse do paciente e não pelas forças do mercado ou pressões administrativas;
- Princípio da autonomia do paciente: prima pelo respeito à autonomia, cabendo ao profissional de saúde capacitar os seus pacientes para que tomem decisões sobre o projeto terapêutico que lhe for proposto. As decisões do paciente sobre a sua saúde são fundamentais para o processo de assistência, desde que estejam em consonância com a ética profissional;

- Princípio da justiça social: o exercício da profissão deve promover justiça, inclusive no processo da alocação de recursos. Os profissionais devem procurar eliminar o preconceito de qualquer natureza;
- Compromisso com a competência profissional: a educação continuada se faz necessária para a prestação de serviço com qualidade (ampliação do conhecimento científico e do desenvolvimento de habilidades clínicas);
- Compromisso com a honestidade para com os pacientes: o paciente deve ser informado sobre tudo o que se relaciona ao seu tratamento, inclusive sobre a ocorrência de erro profissional, de forma a preservar a confiança entre os usuários/comunidade e os profissionais;
- Compromisso com a confidencialidade dos pacientes: guardar segredo sobre as informações recebidas relativas aos pacientes é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre pacientes e profissionais, ainda mais num contexto onde dispomos de sistemas eletrônicos de informação que acumulam dados dos usuários da saúde;
- Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes: os pacientes não devem ser explorados de nenhuma forma para obtenção de vantagens pelos profissionais, particularmente quando se trata de ganhos financeiros, sexuais ou favorecimentos pessoais.
- Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados: trabalhar pela garantia da equidade e de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Compromisso com as responsabilidades profissionais: os profissionais devem trabalhar em colaboração para o cuidado aos pacientes, ter respeito para com os pares, participar da auto-regulação de sua profissão auxiliando, inclusive, no processo de reabilitação e disciplina dos membros que venham a se desviar dos padrões normativos de conduta profissional.

O tema Profissionalismo ganha maior relevância nos dias atuais, quando o mercado exerce grande influência na organização do trabalho em saúde. O aumento da demanda, num contexto onde o número de profissionais é proporcionalmente reduzido

diante do número de usuários da saúde, promove um impacto negativo na prestação de serviços, em decorrência da redução do tempo de escuta e atenção dispensada ao paciente.

Este fato, assim como o mercantilismo, a falsificação de registros de pacientes e a apropriação indevida de créditos no desenvolvimento de trabalhos são conflitos éticos gerados pelas mudanças no campo da assistência em saúde (Walther et al¹²¹, Walther et al¹²⁵).

Hilton e Southgate¹²³ destacam os seguintes temas na composição das referências literárias utilizadas na graduação médica: valores profissionais; humanismo e prática ética; incentivo ao desenvolvimento do juízo reflexivo e efeitos nocivos do currículo oculto (reprodução de comportamentos equivocados observados no cotidiano das práticas).

É um equívoco pensar que o comportamento profissional pode ser regulado unicamente por códigos de ética e sanções disciplinares. Promover o profissionalismo nos programas educacionais é tão importante quanto promover a responsabilidade civil (Walther et al¹²⁶). Além disto, a reflexão e o debate sobre a prática clínica são necessários para a construção de formatos norteadores de educação sobre profissionalismo (Walther et al¹²⁵).

Ainda que raramente sejam formalmente discutidos valores e normas de conduta, ter o docente como modelo é um fato de grande impacto que gera a necessidade de conscientização sobre a importância de que o professor seja uma referência positiva, tornando-se importante a instituição de programas de desenvolvimento/aprimoramento do corpo docente (Walther et al¹²⁵).

A partir da observação de que os modelos docentes poderiam gerar a perpetuação de comportamentos impróprios, a inclusão do Profissionalismo no currículo de escolas de medicina fez com que abordagens inovadoras (vídeos e filmes) fossem utilizadas para estimular a discussão em algumas instituições de ensino, tais como a *University of Califórnia* e o *Royal College of Surgeons* da Irlanda (Bradburn, Staley¹²⁴).

De acordo com Walther et al¹²⁶, ensinar e avaliar o comportamento profissional são formas de estímulo ao desenvolvimento de virtudes, valores e atitudes fundamentais para o cuidado em saúde. Os autores constataram uma relação entre o comportamento do discente ao longo do processo de formação e sua postura enquanto profissional formado, afirmando que apresentam comportamento inadequado enquanto estudantes são os que estão mais sujeitos a sofrerem sanções disciplinares na prática clínica após a conclusão da graduação.

Bradburn e Staley¹²⁴ sugerem como ferramentas para avaliação de profissionalismo em hospitais/instituições de ensino alguns tópicos, dentre os quais destacamos:

- Conhecimentos, habilidades e desempenho: participação em educação continuada;
- Segurança e qualidade: avaliação de queixas e elogios, participação em atividades que promovam melhoria da qualidade do serviço;
- Comunicação, parceria e trabalho em equipe: avaliação pelos pares e pelos pacientes;
- Relação de confiança com o usuário: medida por meio de retorno dos pacientes, reclamações e elogios.

De acordo com Walther et al¹²¹, O *status* profissional é concedido pela sociedade e a manutenção dele está atrelada ao fato de este profissional ser confiável e cumprir com suas obrigações éticas. A prática moral e ética confere ao profissional a autonomia para o exercício da profissão e a possibilidade de auto-regulação (Hilton, Southgate¹²³; Walther et al¹²¹).

Desta forma, concordamos com Rego¹²⁷ ao afirmar que o profissionalismo seja a base de contrato social que legitima “a medicina” na sociedade. Entendendo que isto se aplique a toda a área da saúde. Portanto, cabe-nos avaliar o processo de formação dos “futuros profissionais” e promover as adequações que sejam necessárias para que contemple o desenvolvimento técnico, fundamental para prática clínica, mas também a dimensão ética da prestação de serviço.

Neste trabalho, consideraremos o Profissionalismo como um conceito estruturado sobre três pilares: Expertise, Ética e Serviço. Para análise dos dados obtidos a partir da pesquisa de campo realizada, utilizaremos os princípios fundamentais e o conjunto de responsabilidades apresentados neste capítulo como estruturadores do conceito e observaremos, ainda, o papel do docente como modelo conformador para a prática discente na relação profissional-paciente e a influência do ambiente de ensino no processo de formação.

5 – ANÁLISE DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA: expertise, ética e serviço em um contexto de relações fluidas

O ensino formal da odontologia no Brasil, estruturado em Instituições de Ensino Superior desvinculadas da formação em medicina, conta com 131 (cento e trinta e um) anos de existência. Ao longo deste período e, conforme descrito no segundo capítulo deste trabalho, foram feitas algumas mudanças nas grades curriculares que, na grande maioria das vezes, privilegiaram incrementos na formação técnica dos cirurgiões-dentistas.

Atualmente, após a extinção dos currículos mínimos, as escolas de graduação contam com autonomia para estruturação dos seus cursos, devendo estes contemplar o perfil de egresso estabelecido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em odontologia para a conformação dos seus projetos político-pedagógicos.

A partir daí, é preciso romper com o modelo hegemônico de formação pautada no paternalismo, no cientificismo, no foco na doença e na compreensão de que um profissional ético é aquele que conhece seus direitos e deveres e age de acordo com o que foi estabelecido em um código de conduta moral, concebido para nortear a sua atuação prática e balizar as relações entre profissionais e pacientes/pares/auxiliares.

Para analisar a formação de estudantes de odontologia, a partir do conceito de profissionalismo, avaliamos um dos cursos públicos do estado do Rio de Janeiro, no qual as disciplinas são divididas em departamentos distintos, que funcionam de forma independente e diferenciada uns dos outros. Participaram da pesquisa 25 (vinte e cinco) voluntários, entre alunos de último ano (17 – dezessete), professores (7 - sete) e responsável pela coordenação da graduação (1 - um). Dos sete docentes participantes da pesquisa, cinco possuem doutorado completo (assim como a pessoa responsável pela coordenação da graduação), um possui mestrado completo e um está cursando mestrado.

Durante a realização da coleta de dados, notamos a preocupação individual, quase generalizada, de cada participante da pesquisa em se mostrar como uma pessoa ética, portadora de atitudes respeitadas e cuidadosas para com o outro. Talvez isto possa ter acontecido em razão da minha apresentação como estudante de um Programa de Bioética e Ética Aplicada e das explicações referentes aos objetivos da pesquisa que me propus realizar.

Outra observação que merece atenção é a seleção de docentes para participantes da pesquisa, pois nas disciplinas onde havia vários profissionais e, assim, múltiplas possibilidades de visões sobre o funcionamento da IES na formação de cirurgiões-

dentistas, fui direcionada, pela coordenação da graduação, a captar professores que, posteriormente, constatei serem os de melhor conceituação entre os discentes.

No momento do desenvolvimento da pesquisa, um novo currículo estava em fase de elaboração, fato mencionado por vários dos entrevistados. Dentro da nova perspectiva curricular, a graduação, que atualmente acontece em quatro anos, será estruturada em dez semestres e o número de clínicas integradas, que na grade vigente se restringe a dois períodos da formação, será maior e com graus de complexidade diferenciados, que aumentarão na medida em que os alunos adquirirem maiores conhecimentos sobre as disciplinas teórico-práticas.

Em estudo anterior, cujos resultados foram apresentados em 2009, Costa¹²⁸ observou detalhadamente a transformação curricular pretendida pela Instituição de Ensino Superior avaliada. Desde então, o que observamos foi a exclusão de uma matéria no quadro de disciplinas complementares e a inclusão de outras quatro.

Quanto ao período em que o currículo novo entrará em vigor, não há um consenso. Os alunos não sabem informar, os docentes falam que não há um prazo estabelecido e C diz *“olha, a gente acredita que até o final desse ano a gente tenha ele fechado.”* De todos os entrevistados, P6 e P8, membros da congregação⁴, que *“é basicamente quem decide os rumos do futuro da Faculdade”* (P8), são os que fornecem as informações mais precisas sobre o andamento do processo de mudança. P8 diz *“Eu estou aqui há dois anos e pouco e desde aí já está sendo feito. Aparentemente não tem prazo, mas...”* P6 complementa: *“Agora, a discussão está se encerrando, né. O grande problema tá sendo agora que quando o pessoal sair daqui e for discutir com o XXXX, antes do ciclo básico.”*

Cabe-nos informar que nas falas dos participantes da pesquisa, transcritas em itálico, estarão em caixa alta as partes que foram ditas com grande ênfase, de forma que fiquem diferenciadas no contexto e permitam melhor compreensão do discurso por parte de quem lê. Em negrito, destacamos algumas citações às quais desejamos dar maior enfoque. Entre < > estão esclarecimentos que julgamos pertinentes sobre informações fornecidas pelos entrevistados.

Embora tenhamos estabelecido categorias de análise que nos permitiram a compilação, avaliação e interpretação dos relatos obtidos e observações realizadas, há uma interlocução entre algumas delas, o que acarreta a abordagem de certas questões em mais de um momento ao longo deste capítulo.

⁴ Grupo seletivo de pessoas composto pelo Diretor da faculdade, chefes de Departamentos e representantes de classes: professores associados, professores adjuntos, professores aposentados, alunos, técnicos administrativos e membros dos sindicatos. Estes representantes são eleitos e não são permanentes.

5.1 - Expertise

5.1.1- A influência do ambiente de ensino no processo de formação dos estudantes.

Compreendida a partir da observação dos métodos de ensino e avaliação empregados pela instituição e da análise da implicação do comportamento dos docentes como modelo para atuação profissional dos discentes;

Partindo da concepção de que a postura dos docentes frente aos atendimentos a usuários da clínica de ensino, assim como os métodos empregados para avaliação dos discentes ao longo da formação profissional (a importância dada à conduta ética na relação aluno-paciente), sejam os grandes norteadores da atuação prática dos alunos, buscamos compreender como a IES trabalha os métodos de ensino e avaliação empregados.

a) Ensino e Avaliação

O que os estudantes aprendem com o conteúdo formalmente sancionado do currículo é muito menos importante do que aquilo que aprendem com as suposições ideológicas embutidas nos três sistemas de mensagem da escola: o sistema do currículo; o sistema de estilos pedagógicos de sala de aula; e o sistema de avaliação (Giroux¹⁰² p.63).

A IES é descrita por C como uma escola tradicional, que usa como metodologia de ensino predominantemente a transmissão de conteúdos em aulas teóricas, mas que está abrindo espaços para a realização de seminários e discussões por meio de grupos de estudos.

Estes grupos são denominados LIGAS e surgem do interesse dos estudantes na obtenção de maiores conhecimentos sobre determinadas disciplinas. A17 esclarece sobre a formação das ligas:

“É uma reunião, a proposta parte sempre dos alunos, né. Os alunos que se interessam pela disciplina ou por algum tipo de matéria que algum professor seja especialista, ou entenda. A gente chega pra ele e fala: ‘olha, a gente tem interesse de se aprofundar nessa área, a gente quer saber se a gente pode montar uma liga pra gente fazer reuniões semanais’ e assim que se procedem e a gente recebe um certificado por isso, conta pro currículo de alguma forma - eles falam que é um programa de extensão, uma atividade de extensão.”

A 20 complementa:

“E aí o professor no caso aceitando, ele age conjuntamente com a gente, vai estipulando um cronograma, as atividades que vão ser feitas durante a liga,

cursos esporádicos bimestrais chamando professores de fora pra darem uma palestra pra gente sobre a matéria e tal, mas aí seria com o contato do professor, né, porque a gente não teria muita coisa. Mas quem monta e organiza é a gente, o professor orienta. ”

As formas de avaliação encontradas variaram em decorrência de a disciplina ter ou não sua carga horária dividida entre teoria e prática e do tipo de prática executada pelos alunos. De maneira geral, a parte prática, foco principal da nossa observação, tem como base a necessidade de realização de procedimentos técnicos.

Docentes de disciplinas que conjugam teoria e prática, P9 e P7 nos esclarecem sobre os métodos que adotam:

“Eles vão ser avaliados quanto a apresentação pessoal, quanto a pontualidade, quanto ao material que é exigido para a prática e quanto à participação através de questionamentos diretos durante a aula prática porque eles já têm aula teórica antes e aí depois na prova teórica nós fazemos questionamentos que são relacionados com essas atividades práticas também. E aí fazemos seminários também durante a disciplina, onde eles vão ser avaliados quanto à postura para elaboração de uma apresentação oral, a pesquisa. ” (P9)

“A nota prática a gente evolui o aluno, o comportamento dele em clínica com o paciente em relação à postura profissional dele, o grau de interesse dele. (...) É o comportamento ético dele, na verdade, não é ficar dentro de uma clínica brincando, comendo, olhando celular. É como ele se reporta ao paciente, o respeito que ele tem ao paciente e o paciente tem a ele. Como ele lida com as questões sociais do paciente. (...) Ele ficou com nojo do paciente?” (P7)

Cabe-nos esclarecer que nas partes práticas em que atuam, os alunos ficam restritos à realização de anamnese e exame clínico.

Nas clínicas de Dentística e Integrada são requeridos procedimentos cirúrgico-restauradores, previamente estabelecidos, e uma pontuação mínima é exigida para que o aluno seja aprovado⁵ ou possa colar grau⁶. Caso a meta não seja atingida ao longo do semestre, será necessária a extensão da participação do estudante em atividades clínicas por uns dias, de forma que a pontuação possa ser obtida – esse período adicional é chamado GRAU I (i).

Alguns docentes da clínica integrada dizem levar em consideração aspectos envolvidos no atendimento clínico como critérios subjetivos de avaliação. São abordados a biossegurança, o comportamento, assiduidade, conhecimento (teórico e técnico) e a relação do aluno com os pares, professores, funcionários e pacientes. Destes critérios,

⁵ É o caso das clínicas de Dentística.

⁶ Na clínica integrada, não há reprovação. O cumprimento da produção mínima exigida é necessário para que o aluno possa completar a graduação e assim obter o título de cirurgião-dentista.

apenas a biossegurança foi citada na aula inaugural que tivemos a oportunidade de assistir, ministrada a alunos de 7º e 8º períodos, ultimo ano da graduação.

A avaliação subjetiva, segundo os relatos, é utilizada nos conselhos de classe, que acontecem no meio e no final de cada período e, como nos diz P4, pode vir a auxiliar o aluno na conclusão da disciplina: *“aluno que fica olhando para o teto, que não quer atender o paciente, que está fora da clínica, não será reprovado por isso, mas não será ajudado com nota. ”*

Foi possível observar que não há uma clareza institucional quanto ao processo avaliativo referente ao ultimo ano de graduação. Quando questionamos os alunos sobre o que é relevante na conduta clínica dos acadêmicos para que recebam uma boa avaliação do corpo docente, não apresentaram uniformidade nas respostas, a não ser quanto à pontuação mínima exigida sobre a produção clínica e a importância de obedecerem aos critérios de biossegurança no atendimento aos pacientes.

Muito embora a biossegurança tenha sido realmente citada pelos docentes como um item de grande importância na avaliação dos alunos, na prática foi possível observar uma grande incoerência: os professores não agem de acordo com suas próprias exigências. Vários deles, em Dentística e Clínica Integrada, atuaram com equipamentos de proteção individual incompletos, extremidades desprotegidas e houve, inclusive, atendimento a mais de um paciente, com realização de exame intra-oral, sem que ocorresse a devida troca das luvas de procedimento.

Estes fatos por um lado nos causam grande estranheza, mas por outro nos fazem compreender a razão de muitos estudantes reproduzirem essa falta de autocuidado na seleção das vestimentas de trabalho, no manuseio de materiais e instrumentais e na prestação de assistência aos pacientes – são práticas reflexas dos modelos profissionais que permeiam e orientam a sua formação, ou a falta de compreensão plena sobre a real importância da biossegurança, uma vez que são controversas as posturas em relação a ela (um claro distanciamento entre teoria e prática).

Lembramos aqui a relevância do currículo oculto no processo de socialização profissional (Giroux¹⁰², Galli¹⁰⁵, Rego¹⁰⁸; Rego¹⁰⁷). Como afirmam Walther et al¹²¹, é importante que o currículo oculto seja compatível com o que é formalmente ensinado. Devemos atentar para o fato de que a modelagem do ambiente de ensino é parte integrante do processo educativo e neste espaço não devem ocorrer contradições, como as que encontramos:

“Tem coisas que a gente aprende na faculdade que a gente aprende aqui, mas que a gente sabe que não é desse jeito que funciona, ou que não é desse jeito que devia funcionar. Principalmente a questão de biossegurança, porque aqui

a gente tem os equipos incrivelmente perto um do outro e a gente sabe que a zona de respingo dos sprays que agente tem na cadeira são muito maiores do que a distância que a gente tem entre um equipo e outro. Então, eu estou atendendo naquele ali, a minha colega está atendendo nesse aqui, o ar aqui, os vapores são de dois pacientes, entendeu? Por mais que a gente esteja equipado, os pacientes não estão protegidos eles estão com a boca aberta, entendeu? O raio X, ele é rolopacado de manhã e de tarde. Tem quatro boxes funcionando de manhã e quatro boxes funcionando de tarde, com mais ou menos 20 alunos por box. Então, óbvio que toda hora alguém chega ali com a mão de luva que veio da boca de outro paciente, passou ali, eu tô pegando e vou (interrompido). Entendeu? (...) A principal questão é essa é a Biossegurança que tem aqui e alguns procedimentos que não são tão necessários assim. Por exemplo, na endodontia aqui a gente tira radiografia duplicada para poder ter uma na ficha do paciente e uma pra entregar pro relatório do professor. Então é uma exposição desnecessária do paciente à radiação. ” (A15)

“A gente não tem uma reunião com todos os professores pra saber, por exemplo, qual é a conduta de controle de infecção em todas as clínicas. Ela é igual? Porque a gente ensina aqui na disciplina ‘ah, tem que rolopacar todas as superfícies, tem que trocar de um paciente pra outro, desinfetar todas as superfícies’ a gente coloca todas as normas do Ministério da Saúde em relação à embalagem do instrumental, das caixas pra autoclavagem e tudo mais e aí a gente percebe que eles reclamam que em outras disciplinas a conduta é outra, entendeu? ” (P9)

Um grave problema é gerado pelo sistema de avaliação adotado, que tem como base a produção técnica: o **uso e o abuso dos pacientes** (principalmente dos que não têm uma garantia de continuidade da atenção pela IES) com a finalidade de obtenção de nota/pontuação pelos alunos. Esta situação gera descontentamentos em alguns discentes, docentes e funcionários participantes da pesquisa, que sugerem uma outra forma de avaliação a qual, em nossa compreensão, daria uma maior proteção aos usuários, parte mais vulnerável da relação entre os atores participantes da cadeia de atenção em saúde.

Um dos recepcionistas nos diz “*A PRAGA É O PONTO*”, *tinha que ser alta!* ” De forma concordante pensam A11 e A13:

“Eu acho que a gente deveria ser avaliado, por exemplo, por alta que a gente dá pro paciente porque aqui quando o paciente senta na cadeira, abre a boca e ele tem várias coisas pra fazer a gente fica super feliz porque a gente vai conseguir cumprir a produção. (...) a avaliação tinha que ser, por exemplo, por alta durante o período você tinha que conseguir dar 3 altas pro paciente, dizer que ele está saudável, entendeu?” (A11)

“Não sei como é esse novo currículo do MEC, mas eu acho que seria interessante também a gente contabilizar o final do tratamento do paciente, as altas dadas porque aqui na faculdade a gente não costuma dar muita alta pro paciente, ele fica meio que rolando e a gente vê muito que os pacientes que são atendidos esse período tem gente se preocupa em passar ele pro período que vem, pra outra dupla atender depois que você se forma, tem gente que não. Então, tem muito paciente que se perde, fica rolando e às vezes precisava fazer uma coisinha e quando volta já precisa fazer muitas coisas, sabe? ” (A13)

Na concepção de A12, esse tipo de avaliação adotada promove uma desumanização da assistência aos usuários da clínica de ensino:

“Eu acho que ainda falta muito de a gente ter noção de tratar o paciente como um todo. A gente fica muito aqui dentro focado em fazer a pontuação da integrada, em cumprir a minha produção, em atender não sei o que e ir embora (...) Acho que a gente meio que perde o foco e acaba virando uma competição mesmo, tipo: ‘ah, eu tenho que fazer tantos pontos’ e meio que acaba deixando de lado essa coisa de atender mesmo o paciente, de ser uma coisa humanizada. Eu sinto muita falta disso na integrada.” (A12)

Os participantes do grupo focal, todos do último período de formação, são unânimes na apresentação de críticas ao sistema de avaliação empregado: *“você vê aluno desesperado por ponto”, “até abandonam paciente”. “O paciente fica rodando na faculdade. ” “Tem paciente há 10, 20 anos aqui. ” “**Tem paciente que tratou 4 vezes o mesmo canal porque ninguém concluiu o tratamento, colocaram sempre a provisória com fio de orto, que cai toda hora e permite a contaminação do cana.**”* Cabe-nos esclarecer que a contaminação do canal implica, obrigatoriamente, em necessidade de novo tratamento endodôntico.

De acordo com P3, é importante o aluno entender as expectativas do paciente, mas reconhece, ainda que indiretamente, que o sistema adotado pela IES promove uma redução do paciente a procedimentos fundamentais para aprovação (mesmo que não sejam necessários e lesem o usuário da clínica de ensino).

*“Então é importante que a gente tente entender a necessidade real do paciente. O aluno não consegue entender isso de uma forma fácil não. Ele na verdade, infelizmente, a maioria deles olha o paciente como uma produção e não como uma boca que precisa de tratamento, e que atrás dessa boca tem uma pessoa que tem algumas necessidades básicas, né. (...) O professor sempre tenta mostrar pro aluno que o paciente não é só uma boca. **Mas é muito difícil, ele tem que passar de ano, né, ele tem que se formar. Então, é muito difícil, muito mesmo. (...)** Já vi aluno abrir dente hígido pra fazer restauração. Já vi, infelizmente (...) Às vezes aluno colocando pino em dente que não há necessidade de colocar, é difícil. Pra ter a produção. Mas por outro lado, vou ser bem sincera, eu acho que a produção tem que existir porque se ela não existe, o aluno sai sem fazer vários procedimentos (P3). ”*

Outra observação importante, apresentada por alguns dos participantes, relaciona-se ao fato de a avaliação variar de professor para professor dentro da mesma disciplina, e ter como foco o **quantitativo de procedimentos** produzidos, **sem que para tal haja a necessidade de serem trabalhos de qualidade**. Isto pode justificar, em parte, a necessidade de que alguns sejam refeitos repetidas vezes, o que compromete prognósticos e pode causar danos irreversíveis aos pacientes.

“Na clínica em si não (interrompido) acho que cada professor tem a sua visão e dá a sua nota de acordo com a sua visão, sem seguir um tipo de protocolo mesmo. ”
(A12)

“Eu acho que tem professor que é mais rigoroso do que outros professores, então eu acho que não é padronizado. ” (A19)

“(…) porque cada professor trabalha de um jeito. E a partir do momento que cada professor trabalha de um jeito, ele avalia de um jeito. ” (A20)

“Nesse sistema de pontuação, o que conta realmente é o número de procedimentos feitos. (...) Cada procedimento que você faz vale uma pontuação e você tem um mínimo de pontos no caso pra cada disciplina. ” (A13)

“É mais pelo número de procedimentos que a gente faz do que pela qualidade do procedimento. ” (A14)

*“Por mais que eles sempre te ensinam a fazer a melhor restauração, o melhor procedimento, a melhor prevenção e tudo, na prática isso não vale ponto. **Vale ponto a produção cumprida ou não cumprida.** Então, eu acho que é meio contraditório, assim, né, o que eles dizem pra gente ser importante, o que eles ensinam e a forma como a gente é avaliado. Não condiz com os parâmetros. ”*
(A18)

As falas deixam clara a necessidade de que a IES observe o sistema de avaliação que tem sido utilizado, de forma que venha a promover ajustes para que esse sistema seja capaz de promover no aluno uma preocupação em prestar adequada atenção ao seu paciente dentro da clínica de ensino, devendo prevalecer entre ambos o respeito e a responsabilidade para com o usuário, que ali se apresenta na busca pela resolutividade de suas questões em saúde bucal.

Concordamos com Carvalho e Pedrosa⁶⁷ ao afirmarem que o desempenho da maior parte dos alunos é “um reflexo do tipo de cobrança e ritmo que o curso impõe, associado ao seu interesse em aprender” (p.157). Desta forma, é preciso que a avaliação seja pautada em quesitos que corroborem com o perfil profissional que a Instituição deseja formar; que proporcione ao aluno, sujeito ativo no processo educativo, a reflexão sobre a importância do agir em saúde embasado em valores morais e na importância da ética da relação com seus pacientes na construção da sua identidade profissional.

b) Docente universitário - modelo de atuação profissional

Assim como Toledo¹¹⁹, entendemos que o ato de educar transcende a expressão de ideias e conhecimentos, cabendo aos que se dedicam ao exercício da docência o

desenvolvimento de “qualidades éticas e morais, além das qualidades intelectuais” (p.212). O exemplo advindo de atitudes respeitadas para com os pacientes é capaz de motivar os alunos a observarem suas amplas responsabilidades na prestação de assistência em saúde e valorização da vida.

Com a finalidade de avaliar o entendimento dos docentes sobre a sua implicação na formação dos discentes enquanto “modelos de atuação profissional” e a partir do que estabelecem como exigência para que sejam aprovados nas disciplinas clínicas, questionamos sobre a influência do ambiente de ensino na formação ética dos estudantes. Para realizarmos uma análise mais detalhada, optamos por resgatar aqui todas as colocações feitas sobre o assunto em discussão.

De acordo com P3, a importância do ambiente de ensino na formação ética dos estudantes está na possibilidade de os docentes mostrarem aos discentes como devem se portar profissionalmente *“eu acho que é o que os professores passam pra eles da vida aí fora, né. Eu acho que o professor é responsável por ensinar o aluno não só a parte técnica como a parte moral da coisa, né, então é o respeito, o compromisso, tratar o paciente como um todo.”* Na sua concepção, respeitar o paciente é atendê-lo no horário marcado e dar a ele opções de tratamento de acordo com suas possibilidades financeiras de realização.

Para P5 o importante é o que se **diz** aos alunos sobre condutas éticas no desenvolvimento das atividades profissionais e na relação com os pacientes.

Compreende P6 que é de **responsabilidade do ambiente de ensino a formação ética e técnica do egresso**, ressaltando que não se pode desconsiderar sua bagagem de educação previamente adquirida: *“agora, é claro, tem as outras situações, os valores que ele já traz e aí você vai agregar a isso que ele já tem dele, da família, da sua formação. Mas no ponto de vista específico em relação à conduta dele como profissional, eu acho que tem toda.”*

Por esta razão, P4 diz que a formação dos discentes é muito importante, em nível de graduação e pós-graduação, mas deve ser vista como complementar *“o aluno já vem com seu caráter, já vem com a formação familiar, que tem que ser incluída nisso.”*

Na concepção de P7, é importante que **a escola de formação ensine ética** aos alunos, mas faz uma ressalva de que a fase da graduação é apenas uma das etapas da vida onde este ensinamento deve estar presente:

“Se você também não tiver ética em ensinar alguma coisa para o seu aluno, na verdade você vai ensinar algo errado pra ele. Você tem que ter ética pra fazer tudo na vida. O ser humano é uma pessoa ética, o grande problema é

que essa ética hoje em dia está muito... frágil e essa fragilidade não está começando na escola, está começando em casa. É aquela cultura do mais esperto, do que vai se dar melhor, isso vem de casa e a casa acha que a escola vai ensinar, a escola não tem que ensinar, isso é padrão ético-moral de casa. Quando chegar na faculdade que é o final de tudo, a gente vê muito o reflexo do que faltou, faltou lá em casa, faltou no CA, no fundamental, no ensino médio até chegar aqui na faculdade. (...) a ética tinha que caminhar com o ser humano desde criança pra chegar no ensino superior não ser uma coisa que a gente tem que ensinar, seria inerente. A gente tem que ensinar sim é uma ética específica à situação que ele tá vivendo, o que eu posso e o que eu não posso fazer com o meu paciente, o que eu posso e o que eu não posso fazer com o material que eu colho do meu paciente, o que eu posso e o que eu não posso experimentar no meu paciente. Mas se eu tiver um bom senso, uma ética geral, eu consigo resolver isso. Mas se tudo for permitido pra mim durante a minha vida, quando eu chegar lá na frente eu vou ter que ensinar ética. Por isso é que a ética é uma disciplina obrigatória em todo curso de formação, de pós-graduação. Ética e Bioética. ”

Avalia P9 também que o ambiente de ensino é fundamental na formação ética dos estudantes de graduação “*começando com o exemplo que eles têm dentro da faculdade, em relação à conduta dos professores principalmente*”.

Ao analisar o tema, C enfatiza a posição docente como referência de formação da identidade profissional: “*eu costumo dizer o seguinte, que o professor ele é um formador de opinião e você tem que ter uma boa conduta pra que as pessoas possam se espelhar na sua conduta.* ”

Diante do exposto, podemos considerar que, de uma maneira geral, os docentes participantes da pesquisa têm clareza quanto à importância do papel da escola na formação ética dos estudantes de odontologia, assim como da relevância da conduta ética do professor, uma vez que personaliza um modelo de conduta profissional para os alunos. Sabemos que esse modelo pode ser refutado, a partir da “incompatibilidade” entre valores e princípios morais adotados pelas partes, mas não podemos negar a sua força no processo de conformação profissional dos discentes.

Ainda assim, encontramos relatos que demonstram haver, por vezes, um conflito entre a IES e os professores em relação à condução de situações relativas aos alunos. P4, por exemplo, acredita que o papel do docente como educador tem sido reduzido na faculdade em decorrência de medidas administrativas que foram adotadas:

“Eu acho que já foi até mais importante, mas infelizmente isso caiu um pouco porque a gente tá perdendo espaço (...) com o sistema que tá sendo modificado em função do que os alunos estão apresentando agora, né. Então, muita ouvidoria, muita (interrompido) o aluno vai reclamar não sei aonde porque o professor exigiu tal coisa. Isso de uma maneira ou de outra modifica um pouco as nossas exigências em função do aluno, do que a gente quer do aluno. Mas, eu acho que o aluno saindo formado daqui com (interrompido) é nossa função formar também a parte ética do aluno, também é muito importante isso. ” (P4)

Quando questionados sobre a existência de docentes que lhes inspiravam enquanto modelo de atuação profissional, foi recorrente a menção a dois professores em especial. Como características importantes citadas em alusão a todos os que foram citados, destacamos: habilidade técnica profissional, conhecimento teórico, didática de ensino, paciência (com alunos e pacientes), atenção, paixão pela docência, dedicação à função e honestidade para com os pacientes.

“Eu quis sempre ver como se tratava o paciente, via como tratava e tentava repetir. Outros também pela habilidade. Prof. XXXXX é a referência, acho que pela forma de sentar, olhar pro paciente, conversar, entendeu? ” (A11)

“Alguns professores que sempre são mais marcantes, né, tanto pela forma de dar aula, pela quantidade de conhecimento que ele passa, quanto por assim te abraçar, por ser assim seu amigo, mais eu menos seu amigo, por você poder contar sempre quando precisar e tudo mais.” (...) “a atenção que eles dão pro paciente, a forma como eles lidam com o paciente, querem o melhor pra saúde deles. ” (A13)

“Pela orientação que elas davam pra gente de como tratar o paciente e por toda paciência que elas tinham com a gente de sentar e explicar os procedimentos. ” (A14)

“Por mais que o paciente te irrite, o paciente é enjoado, o tratamento dele é enjoado, tem um canal que você tá retratando 20 vezes e não deu certo ainda, trata como se fosse sua mãe. ” (A15)

Falando sobre o mesmo “docente referência” de A15, A18 revela o quão importante pode ser a colocação imaginária dos afetos pessoais no lugar dos pacientes.

“Olha, essa do professor que falou que a gente tinha que atender todo mundo como se fosse a mãe dele, chamou muito a minha atenção, porque ele é MUITO chato com a gente, muito rigoroso (risos), mas quando ele falou isso, eu parei realmente para pensar. Eu falei: gente, se fosse minha mãe, eu não ia (interrompido) (...) eu mudei, assim, o jeito de ver as exigências dele, assim e... e eu acho, eu PRETENDO ser assim, ter essa característica de atender os pacientes realmente como se fossem meus parentes, meus conhecidos, pessoas quem, assim, eu quisesse tivessem o melhor atendimento possível.”

O referido docente tem a característica de ser exigente com o material que os alunos vão usar em clínica para que o usuário seja bem atendido e não sofra dano pela utilização de instrumentais que estejam fora de condições ideais de uso.

“A exigência dos materiais, a exigência de que ‘ah, tem que tá tudo novo, tem que tá tudo isso, tem que tá tudo... é, é... Ele não quer que você esterilize, que você traga o material estéril de outro período porque ele não sabe se você usou de, de... da forma correta a broca. Se você usou uma broca que era pra cortar esmalte pra cortar resina e aí você desgastou a broca, e aí vai dar um maior atrito pro dente e tal. Assim, são, são coisas pertinentes, né? ” (A18)

Este mesmo docente é mencionado por A17, que nos diz:

“Você vai ouvir falar muito dele. Porque tudo o que a gente viu na faculdade fica muito perdido na nossa cabeça e o XXXXX encontra, faz a gente encontrar, do jeito dele. Tipo, ele não é o professor mais carinhoso, não é o professor mais fofo, mais legal, mas assim, o que eu aprendi na prática mesmo de XXXXX (cita disciplinas) foi com ele, né. Na clínica dele, ele dá conta de muitos pacientes. Demora pra acabar a clínica, às vezes a clínica dele acaba 7 e pouco da noite, mas se tiver um paciente que ele vá fazer um preparo que ele ache digno todo mundo ver, ele manda todo mundo parar o que tá fazendo pra ir lá ver o que ele tá fazendo, entendeu? E ele explica tudo passo a passo. Ele desenha, ele não tem assim “ah, eu tenho que fazer rápido”. Tem a paciência de parar pra realmente explicar, porque isso é muito complicado dentro da faculdade.”

“A paixão delas pelo que elas fazem, entendeu? Elas estão aqui de segunda a quinta, das 7 da manhã até 4 da tarde, e elas estão com o mesmo amor o tempo todo, entendeu? Com cada aluno, na vigésima moldagem elas ainda estão rindo porque o aluno encheu a cara do outro de alginato, entendeu? Então assim, eu vejo que elas gostam do que elas estão fazendo (interrompido). (...) o jeito que elas têm de ensinar e a paixão que elas têm por ensinar.” (A15)

“Ah, eu acho que assim, a honestidade do professor de falar para o paciente as possibilidades que ele tem na hora de fazer e até que ele mesmo domina, essa coisa didática de ensinar mesmo, ter aquela vontade de chegar para você (interrompido) querer que você saia daqui melhor, sabe? É... sei lá, dedicação do professor, não estar se importando muito com que horas que ele vai chegar aqui, que horas que ele vai sair. Está aqui para atender os pacientes e pra ensinar os alunos.” (A16)

“Competência, completo domínio de situações que você aparentemente acharia impossível de resolver e excelência mesmo no que faz. Eu acho isso muito bom, eu gostarei muito de levar isso pra mim e ter uma dessas características um dia.” (A20)

Ao questionar os docentes sobre qual a conduta profissional que possuem gostariam de ver reproduzidas pelos seus alunos, objetivávamos analisar se o foco teria cunho técnico ou moral/relacional. Neste ponto, o conhecimento prévio sobre a minha intenção investigativa pode ter provocado o direcionamento de algumas respostas.

“Respeito com o paciente, pra começar. O que não existe muito, porque o paciente vem, o aluno não aparece, não desmarca o paciente. Outra coisa também que eu acho muito importante assim, é... aqui na faculdade tem produção, né, então eles ficam correndo atrás de produção. E no consultório vai ter dinheiro, eles vão correr atrás de dinheiro. Então a parte ÉTICA que eu acho que seria importante que a gente conseguisse passar pra eles de que você tem que fazer aquilo que o paciente precisa e não aquilo que a gente precisa. E é isso (interrompido) a gente tenta passar isso, fora a parte técnica, o respeito e a ética do profissional com o paciente.” (P3)

Podemos observar aqui a clara percepção sobre o comportamento equivocado que é gerado pelo sistema de avaliação adotado pela IES, mais uma vez mencionado por docente entrevistado, o que nos faz pensar o que os leva à manutenção do mesmo. Se é necessário fazer “aquilo que o paciente precisa e não aquilo que a gente precisa”, todo o sistema de atendimento clínico da instituição deveria funcionar de forma integrada, de

maneira que os pacientes pudessem ser encaminhados aos setores a partir de suas demandas de atenção em saúde e assim obtivessem a resolutividade almejada. Desta forma, o “respeito e a ética do profissional com o paciente” ganhariam ampla vivência nos cenários de aprendizagem.

Ao projetar-se para o comportamento de seus alunos, P4 diz que gostaria de ver reproduzido em suas atitudes:

“Ética (risos). Só isso, ética. (...) Ética com o paciente e ética com o profissional que... (interrompido) com os outros profissionais porque não (interrompido). Caiu muito isso. Caiu muito, muito, muito, muito. Agora, eu sou extremamente ética, eu procuro fazer o certo, eu sou ética comigo, eu sou ética com todo mundo e eu acho que isso se perdeu. Amor à profissão se perdeu também, mas você ser ética, né... E aí engloba várias coisas. (...). Pô, aí engloba você ter respeito ao paciente e ao profissional (aos outros profissionais), engloba você oferecer o melhor ao paciente.” (P4)

Na concepção de P5, importante seria que cada um deles reproduzisse a *“seriedade no que faz, porque isso implica em responsabilidade.”*

Apreciaria P6 que seus alunos incorporassem de si

“Uma visão mais ampla da realidade. Não só da odontologia, do serviço, de tudo que gira em torno da Odonto, não ficar focado em ser especialista, que é o que eles hoje mais imaginam, mas também do ser crítico, envolvido com uma realidade. Uma realidade política e econômica, que estão dentro desse contexto e que têm a ver com a profissão e que às vezes eles se tornam muito isolados, muito distantes sobre isso.” (P6)

“Respeito ao paciente (...) se a gente conseguir mostrar para esse aluno que ele não está lidando com a doença, que ele está lidando com um paciente num contexto social, eu acho que eu estou realizada.” (P7)

Na avaliação de P8, é importante que os alunos tenham curiosidade e vontade contínua de aprender.

“Eu realmente não fico quieto enquanto eu não consigo desvencilhar determinado problema, ou dúvida, ou questionamento. Eu acho que a geração de hoje, realmente, eu não sou muito antigo, mas está começando a ficar um pouquinho diferente, as pessoas estão mais relaxadas, as informações são muito fáceis de serem conseguidas, mas por essa facilidade, eu acho que as pessoas repousam numa... numa tranquilidade em relação ao conhecimento, que a gente não pode ter isso, tem que ir atrás do conhecimento, tem que fazer a coisa acontecer. Acham que, em determinado momento da vida, aquele conhecimento já é o suficiente para você exercer a sua profissão. Nunca a gente sabe tudo, nunca a gente sabe o suficiente, tem que sempre buscar isso. Se eu pudesse passar isso para todos os alunos, eu já estaria satisfeito.” (P8)

Como projeção sua, P9 gostaria de ver em seus alunos a atenção minuciosa aos indivíduos, com vistas à obtenção de um diagnóstico mais preciso. *“Avaliar o paciente como um todo em relação a esse primeiro contato, ele fazer uma anamnese completa pra entender o estado de saúde daquele paciente.”*

Diante destas afirmativas, podemos dizer que houve uma divisão entre os focos de cunho técnico e moral/relacional.

5.1.2 - Compromisso com a competência profissional.

Analisado por meio da observação da satisfação dos discentes com a grade de formação, da relevância dada pela instituição à participação dos alunos em estágios (ensino), pesquisa, extensão e ao estímulo dado à educação permanente e continuada dos docentes;

a) os discentes e a grade de formação

Embora as IES sejam responsáveis pela definição da carga horária mínima dos cursos de graduação, houve uma relevante discussão sobre o aumento das horas de formação em odontologia durante a elaboração das DCN. Existia em pauta a proposta de uma carga horária mínima de 4.500 (quatro mil e quinhentas) horas, que implicam em uma grade acadêmica composta por dez semestres letivos, o que já configura a média dos cursos de odontologia nacionais de acordo com a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO⁴⁰).

Vale ressaltar que nas discussões ocorridas, tanto em reuniões da ABENO quanto pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, foi consensual o entendimento de que a carga horária mínima dos cursos de graduação em odontologia não pode ser inferior à média existente supracitada (ABENO⁴⁰).

Podemos afirmar que é senso comum entre os participantes da pesquisa o fato de a grade acadêmica em curso na IES necessitar de ajustes.

Em sua percepção enquanto docente do último ano da graduação, C avalia a grade de formação como “*apertada*”, o que impede que possa ocorrer um maior aproveitamento da clínica integrada por meio da inclusão de momentos voltados à discussão de casos clínicos. Uma atividade desta natureza enriqueceria o aprendizado dos alunos, uma vez que “*às vezes o problema de um é o problema do outro*”. Acredita que esta seja uma “*lacuna*” do currículo atual, que será corrigida a partir da implementação das mudanças que serão realizadas no curso de graduação.

A necessidade de aquisição de maior aprendizado fez com que alunos criassem grupos de estudo de algumas disciplinas - as já citadas ligas. Para outros, a solução encontrada foi o aumento do tempo de formação, ou seja, optaram por abrir mão de

concluírem o curso juntamente com a turma da qual fazem parte, dentro do tempo regular de 4 anos de graduação, para que possam aprofundar seus conhecimentos em áreas que julgam importantes para o exercício profissional. É o que farão A15 e A19, por exemplo.

Os participantes do grupo focal disseram não haver a necessidade de que a graduação seja “tão corrida”. Para eles, o curso deveria durar cinco anos, ou cinco anos e meio, de maneira que pudessem ter uma educação mais completa, contemplando estágios inclusive. Como veremos no próximo tópico de discussão, os alunos que optam por fazerem estágios fora da IES, de uma maneira geral, estendem o período de formação.

Os integrantes do grupo avaliaram que não tinham maturidade no início do curso nem mesmo para identificar a importância futura das disciplinas do ciclo básico e lamentam o pouco aproveitamento que tiveram: “*ah, se eu pudesse fazer aquela disciplina de novo.*” Acreditam que os alunos que participaram do PET-Saúde receberam um direcionamento melhor quanto ao que fazer ao longo do processo de formação do que os demais.

A fragmentação do ensino é a grande responsável pelo fato de os alunos não compreenderem a conexão entre os ciclos básico e profissionalizante, constituintes da grade de formação.

“Deveria já ser feita há muito tempo, que seria uma reforma curricular porque eu acho que o que a gente aprende no ciclo básico não tem muito a ver e não tem muita aplicabilidade para o que a gente faz aqui, então é como... eu sinto, eu sinto que eu cursei dois cursos diferentes, entendeu? Que eu fiz um curso de ciclo básico e cheguei aqui e agora eu tô fazendo um curso de odontologia, entendeu? São poucas as coisas que eu consigo puxar do ciclo básico e trazer pra cá e aplicar, até porque as matérias do ciclo profissionalizante, tudo o que eu vou precisar é revisto aqui, entendeu? Então o ciclo básico se torna meio que um atrasador de formatura, porque muita gente perde matéria no ciclo básico o que atrasa a faculdade. Fica mais um período, mais um ano aqui por conta de repetir matéria que nem vai usar tanto, sabe? Então isso é uma coisa que eu acho bem importante ser feito. O foco na profissão (risos), entendeu? Quanto mais rápido e mais cedo a gente ser inserido no meio e, mais assim, meio que condicionado à situação, melhor é aceito quando a gente entra aqui porque eu senti um impacto muito grande do ciclo básico pra clínica. Pra mim foi bem impactante, não tinha nada a ver com o que eu vinha fazendo até ali no momento, entendeu? Então, eu acho que isso é bem desgastante e seria uma coisa a ser revista.” (A20)

Esta falta de integração das disciplinas é mencionada por outros alunos, que não conseguem perceber o valor do que foi ministrado no ciclo básico ou que apenas se dão conta da sua importância na fase final da formação profissional. Além disto, para alguns há um equívoco quanto à distribuição de disciplinas entre os grupos de obrigatórias e eletivas:

“A gente sai sem saber muita coisa, por causa (interrompido), porque as eletivas deveriam ser obrigatórias, entendeu? Assim como tem disciplinas obrigatórias que deveriam ser eletivas. A gente tem uma disciplina aqui que chama cirurgia oral e bucomaxilofacial, que a gente não pode (interrompido),

a gente sai daqui sem poder fazer, mas todo mundo que sai desta faculdade fez essa disciplina porque é obrigatória, entendeu? É uma disciplina interessante, mas que deveria ser eletiva, ela não deveria ser uma disciplina obrigatória.”
(A15)

Este processo também foi observado por Lemos e Fonseca¹¹¹, com os quais concordamos ao afirmarem que a lógica da fragmentação se faz presente sempre que a graduação em odontologia não tem como objetivo principal a conformação de profissionais generalistas. Um dos grandes problemas curriculares citados por esses pesquisadores é a separação entre os ciclos básico e profissionalizante, também observada como um aspecto negativo da formação pelos nossos participantes de pesquisa.

A fragmentação curricular empobrece a construção do conhecimento pelo aluno, pois não lhe é mostrada a conexão existente entre as disciplinas, o que constrói uma ideia equivocada de cada uma ser um “compartimento estanque” (La Taille⁹⁷). Em contrapartida, a integração dos conhecimentos proporciona aos alunos maiores possibilidades de resolução de casos complexos, onde diferentes variáveis estão presentes simultaneamente, a partir da aproximação entre experiências anteriores e novos conteúdos aprendidos. Desta forma, cabe às IES a elaboração de projetos pedagógicos que promovam a aproximação entre teoria e prática ao longo de toda a formação (Ranaldi, Lombardo⁶⁵).

b) Estágios (ensino), pesquisa e extensão

É sabido que para o exercício da odontologia grande habilidade técnica é requerida. Por esta razão, os alunos realizam treinamentos em laboratórios, clínicas de ensino e estágios. De acordo com o artigo 7º das DCN, os cursos de formação têm obrigação de garantir o desenvolvimento de estágios supervisionados, que deverão ter uma carga horária mínima correspondente a 20% da carga horária total do curso de graduação (Brasil³⁴).

A partir desta determinação, a Comissão de Ensino da ABENO estabeleceu as Diretrizes Norteadoras do Estágio Supervisionado, segundo as quais (ABENO⁴²):

- O estágio supervisionado promove a integração entre o aluno e a “realidade social e econômica de sua região”, devendo ser também entendido como atendimento integral aos indivíduos (e comunidade), dentro e fora da escola de formação (intra e extramuros). Pode ser

cumprido em atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados;

- Deve fortalecer a relação entre ensino e serviço e ampliar a atuação da universidade junto à sociedade, levando o aluno a ter contato com diversas realidades sociais, estimulando-o a promover a melhoria desses contextos;
- A clínica integrada é considerada um estágio supervisionado intramural e, no período final da formação acadêmica, o estudante deverá realizar: Atenção Básica resolutiva (incluindo promoção de saúde), Diagnóstico clínico e por imagem, Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucal e Próteses;
- Nas atividades extramuros, o aluno desempenha atividades “pertinentes a um profissional de saúde” sob supervisão docente direta ou indireta, podendo ser orientado por preceptores externos.
- São considerados cenários de aprendizagem a Rede Pública de serviços, equipes de Estratégia de Saúde da Família, odontologia de grupo, estruturas das próprias IES, internato rural, estágio metropolitano, *campi* aproximado e avançado.

É previsto ainda pelas DCN (artigo 8º) que o projeto pedagógico da IES formadora contemple atividades complementares, presenciais ou à distância, que promovam o “aproveitamento de conhecimentos” já adquiridos pelos estudantes, tais como a participação em monitorias, programas de extensão e programas de iniciação científica. O projeto pedagógico “deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (artigo 9º) (Brasil³⁴).

De acordo com os relatos colhidos, existe na instituição uma grande oferta de oportunidades de participação para os alunos em pesquisa (iniciação científica) e extensão. Contemplando estágios há, ainda, uma disciplina no último ano de formação. Em contrapartida, a grade acadêmica não comporta adequadamente essas atividades.

“É, pois é, eu acho que é meio paradoxo o que acontece. Ao mesmo tempo em que você é incentivado a participar, a grade curricular não te deixa ir. Então, assim, é muito complicado, porque você tem uma grade que te prende aqui o dia inteiro, todos os dias da semana – tem, assim, uma tarde ou outra que você tem... livre, né. Livre (risos), que não é livre, tipo agora que é minha tarde livre, mas assim... aí aula atrasa, tem trabalho, tem xerox, tem não sei o quê., então, não tem muito tempo para você preencher isso. Aí, com estágio, os estágios geralmente exigem da gente uma carga horaria maior do que a

faculdade libera para que a gente faça, que são doze horas semanais e a gente não, não tem esse tempo para poder estagiar... E você não pode estagiar à noite porque agora tem norma que você não pode mais dar plantão à noite no hospital, nã, nã, nã... então, fica cheio dos cambalachos, né? A gente tem que ficar fazendo 'ah, esse eu fiz à noite, esse eu'...' (A18)

A graduação em cinco anos transformará esta situação, na visão de C:

"Nós vamos dar chance de o aluno conhecer outros cenários de prática, para que ele tenha uma vivência maior. Hoje já existe uma exigência que ele tem que ter extensão. Então a gente já está criando, dentro das disciplinas, um contexto social da extensão. Então isso está sendo burilado." (C)

Na opinião de A14, não há estímulo à participação em atividades extras

"Não somos estimulados, a gente é que tem que procurar. Aqui tem muita iniciação científica, projeto de extensão pra pesquisa, mas nós que procuramos, dentro de cada área que cada um gosta mais, é... participar. Não são os professores que estimulam a gente não. (...) Nós é que procuramos." (A14)

Questionamos se a grade acadêmica comporta as atividades em questão, ao que responde:

"Na verdade, nossa grade é muito apertada. Então, às vezes a gente tem que trancar disciplina. (...) Pra gente terminar em quatro anos, é muito apertado, a gente não tem flexibilidade de horário. Então o que a gente acaba fazendo às vezes trancando uma disciplina para conseguir ter mais horários vagos. (...) O que eu estou escutando, desde que eu entrei na faculdade, é que eles estão tentando fazer uma nova programação de horário, junto com a direção da faculdade, para a odontologia durar cinco anos, para a gente conseguir ter a disponibilidade de tempo para a gente fazer isso, mas a carga horária ainda não foi trocada." (A14)

Participar das atividades (estágios, pesquisa e extensão) é algo creditado a alunos "interessados" pelos participantes da pesquisa, mas é possível notar que, além de interesse, é necessária uma grande parcela de esforço pessoal, que implica até mesmo em redução da qualidade de vida dos estudantes. Em alguns momentos, o empenho realizado ainda não é suficiente e ocorrem situações frustrantes. A12, por exemplo, precisou abrir mão de uma vaga para estágio na prefeitura do Rio de Janeiro, conquistada por meio de disputado concurso público (SUSEME), porque não conseguiria fazer deslocamentos entre a IES e o local do estágio sem comprometer o cumprimento de horário exigido de algum dos dois lugares.

"Dá porque a gente sabe que, sempre quando a gente quer a gente consegue fazer, mas de vez em quando a gente fica (risos) sufocado." (A11)

"Eu não durmo mais (risos) (...) para eu fazer tudo isso que eu faço, eu almoço SÓ nas terças e sextas-feiras (risos)." (A15)

“Tentei monitoria algumas vezes, mas aí passava na prova de monitoria e minha grade não deixava eu ter horário na matéria que eu queria (risos). Aí eu falei: ‘aí, gente, não dá!’ Não tem como, é muito complicado, muito complicado...” (A18)

“A gente não tem tempo nem de almoçar às vezes. Não tem. Tem gente que faz estágio, tem duas meninas da minha turma que faziam estágio no período passado, aí elas tiveram que trancar determinadas matérias para terem horário para fazerem o estágio. ” (A16)

“Não comporta na grade, você não tem tempo. Você tem às vezes uma ou duas tardes livres, aí você faz um estágio e você já tem que ter as duas tardes pra esse estágio, ou três às vezes né, depende do estágio que você faz... Eu lembro quando eu fiz prova pra monitoria de perio e eu passei, só que eu não tinha tempo (risos) e a professora XXXXX falou exatamente isso ‘eu não aguento mais essa grade, porque vocês querem fazer as coisas e vocês não têm tempo’. É verdade, porque eu tava no estágio e naquele período eu ainda tinha mais um tempo livre, só que eu não podia ficar só 1 tempo na monitoria dela, tinha que ter dois. Entre outras coisas, oportunidades que a gente poderia ter.” (A19)

“Olha, pra falar a verdade pra você, eu não tenho vida (risos). Eu chego aqui às 8h da manhã pra começar a atender e só saio 5h a tarde. Então assim, é clínica segunda, quarta e sexta e aí eu tenho algumas janelas, mas acaba que é preenchida por estágio supervisionado e algumas das janelas a gente pode fazer algum estágio, alguma iniciação científica, entendeu? Então... mas tem como (interrompido) por exemplo: estágio tudo bem, acaba que você preenche sua janela com estágio, mas iniciação científica é muito complicado você falar isso porque geralmente não é todo mundo de uma turma só que tá fazendo. Tem pessoas de vários períodos diferentes, então é difícil estipular um horário bom pra todo mundo, entendeu. Então, meio que todo mundo faz porque acaba que é um horário que é vago, entre aspas, que é a hora do almoço. Aí a gente sai daqui e vai, na hora do almoço, para a liga. ” (A20)

O fato de existir a necessidade de refinamento técnico para o exercício da odontologia pode ocasionar a busca por práticas nem sempre adequadas e em conformidade com as normas morais de conduta estabelecidas para a profissão. Em um contexto onde o acesso aos estágios regulares é difícil, esta situação pode ser potencializada.

“Eu fiz estágio, eu fiz estágio voluntário no Souza Aguiar, fiz três meses lá de estágio e agora vou começar a estagiar num consultório particular, assim, né... dentista da minha irmã e tal e eu vou ficar lá ajudando, assim... Vendo... informalmente, digamos assim, lá, pra ganhar experiência, né, treinar o olho, treinar... ganhar experiência mesmo, clínica. ” (A18)

E não podemos dizer que tomam este caminho por desconhecimento de causa, a partir do que nos revela P5:

“A primeira coisa que eu falo, a primeira aula desse período, e em todos eu faço isso, é falar do exercício legal da nossa profissão (...) Até aquela parte também de exercício ilegal de profissão porque eles adoram falar (não é a primeira vez que eu ouço isso) ‘Professora, eu estou fazendo estágio numa clínica’, eu falei: ‘estágio numa clínica, mas tem vínculo de estágio com um

órgão, uma instituição universitária? ' Não, não. É de um pai conhecido, amigo. ' Você não está em estágio, você está em exercício ilegal de profissão. ' E aqui é o momento de (interrompido) é ignorância mesmo, muitos se assustam. Aí já olham um pro outro, riem, tipo assim, estão fazendo besteira. (...). É um contexto onde você tem que aprender a coisa certa, você já começa fazendo errado, mostrando uma formação que você ainda não tem, você está em vias de adquirir. ” (P5)

Os estágios promovem uma formação paralela que por vezes entra em conflito com o que o estudante recebe de orientação no ambiente escolar:

“Aqui na faculdade eu acho que a gente atende em relação à biossegurança melhor do que em muitos lugares por aí, porque os professores exigem isso da gente. Agora, por exemplo, eu fui começar o estágio na prefeitura e eles não fazem nada disso, não existe nem lençol de borracha lá para fazer um isolamento. ” (A19)

As falas do grupo focal reiteram o que foi dito nas entrevistas individuais:

“Aqui ninguém almoça. Quem faz estágio corre que nem um louco e quem faz estágio e iniciação científica não almoça e faz que nem eu – ontem eu saí daqui oito e meia da noite porque eu fiquei na iniciação científica porque é a hora que eu tenho. Fui para o estágio de manhã, não almocei porque tinha liga, emendei para a clínica, fui para a iniciação científica e acabou oito e meia da noite. Cheguei em casa, óbvio que eu não vou fazer exercício, né. ” (G)

Na faculdade, fazer monitoria e estágio implica em estender o período de formação (duas colegas de turma que optaram por fazer estágio no SESC estenderam, obrigatoriamente, o tempo de graduação). Esta é a razão que os faz deixar de optar pelos estágios regulares (SESC, prefeitura do Rio etc.). Em contrapartida, criticam a disciplina que substitui a realização desses estágios porque nela não desenvolvem a habilidade técnica *“O estágio supervisionado é em atenção à família, você não pega mão em clínica. ” “Só que o estágio supervisionado aqui e nada é a mesma coisa. ” “Não funciona. ” (G)*

Participante do PET-Saúde, A12 acha que deveria haver uma maior inserção dos alunos em “ações voluntárias”, cita a participação obrigatória em estágio supervisionado em “clínica da família”, mas critica a breve e improdutiva participação:

“Tem o PET, do qual eu também faço parte, que é uma coisa interessante. A gente faz ação comunitária, a gente organiza jornada, a gente tem que ter produção científica também, então, estimula a gente a buscar alguma coisa fora, né, não só a graduação, de ter aula e tudo mais. (...) “eu acho que a gente até é uma vivência legal, mas eu acho que, assim, são 4 meses, numa faculdade de 4 anos, que a gente vai para fora fazer alguma coisa. Isso tinha que ser mais, assim, desde o começo. Eu não fiz nada quase (risos), assim, porque a gente foi, a minha turma (interrompido). Porque a gente tem uma turma grande e divide em outros pequenos grupos, né. E a minha turma foi para uma clínica da família na XXXXXX que tinha pegado fogo, então, a parte de Odontol. não tá funcionando. Então a gente foi para lá muitas vezes para fazer nada, a gente ficava lá...” (A12)

Além disto, o estágio é vinculado à odontologia, não permitindo ao aluno uma integração plena em uma equipe multidisciplinar: “*É, fica vinculado à Odonto, a gente não tem muita vivência com outras coisas. A gente meio que não sabe que existe um mundo fora da Odonto, sabe? Fica preso nisso.*”

Na vivência do grupo focal, os estágios em comunidade não foram produtivos. Era comum chegarem ao local e encontrarem bilhetes de colegas, deixados em dia anterior, para preceptor “*fulaninha, vim aqui e não tinha ninguém. Fui embora. Beijos.*” Como o preceptor não se encontrava novamente no local, eram direcionados a falar com o enfermeiro da equipe de estratégia de saúde da família. “*A pessoa que não tinha responsabilidade de lidar com a gente tinha que lidar com a gente.*” Ficavam ociosos e tinham a percepção de estarem atrapalhando o andamento do trabalho das pessoas. O horário a ser cumprido deveria ser das 08h às 12h, mas já chegaram a ficar brincando (jogo de cartas) das 10:30h às 12h para cumprirem horário, porque não havia quem ficasse com eles.

Experiências bem-sucedidas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde têm sido apresentadas (Fonseca, Rodrigues⁶²; Rodrigues et al⁶¹; Souza et al⁶³), onde estudantes realizam diagnóstico de saúde em indivíduos e comunidades, e desenvolvem trabalhos de promoção de saúde, prevenção de doenças e, por vezes, curativos. Tudo sob orientação de preceptores e tutores do programa, abrangendo diversas faixas etárias em atividades educativas como avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil, instruções sobre alimentação saudável, cuidados relativos à dengue, diagnóstico de hipertensos e diabéticos, violência doméstica, saúde mental, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre outras.

De forma dinâmica, tem sido possível integrar trabalho, educação e saúde, articulando ensino, pesquisa e extensão, em busca da formação de profissionais que aprendem a aprender em oficinas de elaboração de projetos de pesquisa, produção de pôsteres, leitura e redação de artigos científicos. Este processo se dá juntamente com as demais ações que auxiliam no desenvolvimento de cirurgiões-dentistas generalistas, de consciência cidadã e humanista no processo de cuidar, a partir de vivências em novos cenários de práticas (Fonseca, Rodrigues⁶²; Rodrigues et al⁶¹; Souza et al⁶³).

Estes fatos nos fazem pensar que um melhor aproveitamento pode ser dado à integração entre os alunos da IES avaliada e as comunidades com as quais se articula. A imersão de estudantes em atividades de campo aproxima ensino e serviço, conhecimento e prática e proporciona o contato direto com os indivíduos em seus territórios. Este tipo de atividade é capaz de proporcionar aos alunos uma melhor capacidade de comunicação

(ampliação da escuta e substituição da linguagem técnica por termos simplificados), de acolhimento, de percepção sobre os outros e reconhecimento de que possuem saberes sobre o cuidado de si (não devem ser considerados ignorantes). Reflexões estimuladas sobre as vivências nesses cenários de aprendizagem podem ainda despertar a atenção dos futuros profissionais para uma prática mais humanizada e consciente dos seus limites de atuação (Fagundes, Burnham⁵⁰; Pontes et al¹¹³).

Contudo, é importante considerar que o compromisso social dos discentes com as comunidades não é gerado a partir de uma ação pontual no currículo escolar, o que torna questionável a realização de estágios de extensão apenas ao final dos cursos de graduação. A aproximação entre ensino e serviço, a mudança do enfoque do trabalho em odontologia de uma assistência curativa para um processo de atenção orientado por demandas sociais deve ser promovida ao longo de toda a formação (Queluz²⁰; Finkler et al⁸²).

Pelo que pudemos observar, os alunos participam mais frequentemente da iniciação científica, aparentemente preferindo esta atividade às outras existentes, como o estágio que acreditamos ser de fundamental importância para desenvolvimento da habilidade técnica que um cirurgião-dentista necessita ter. Questionamos, então, se havia um maior estímulo da IES para que isso ocorresse e constatamos que esta é a atividade que melhor se adequa à escassa disponibilidade de tempo dos alunos:

“Não é questão de ter maior estímulo, é questão de disponibilidade de horário. Por exemplo, porque aqui, você dentro da faculdade, você sai da sua aula e você vai para o laboratório fazer o seu experimento ou fazer a sua pesquisa, enfim, o que você estiver fazendo. E quando você faz um estágio, você faz o estágio fora da faculdade. Por exemplo, eu faço estágio do Pavão Pavãozinho, no Cantagalo, pela prefeitura. Então, eu saio daqui meio dia e tenho que está LÁ... no Cantagalo 1 hora. Ou seja, eu já não chego. Então eu já chego lá quase duas horas e aí eu fico até 6h na clínica e volto pra casa. Eu faço isso 3 vezes por semana. Então assim, eu escolhi fazer pela prática, né, pra pegar mais prática no atendimento. Pra isso, eu tranquei disciplina, eu tranquei a disciplina de pediatria pra conseguir fazer o estágio. Assim como algumas pessoas da minha turma também fizeram isso. Então assim, se a pessoa não tiver disponibilidade de trancar matéria ou não quiser, assim, esse deslocamento grande, a pessoa dá prioridade à iniciação. Acho que não necessariamente pelo estímulo, mas pela acessibilidade, porque aqui é um polo de pesquisa, então, qualquer porta em que você vá bater, vai ter uma iniciação pra você fazer. Então assim, eu acho que é mais pela acessibilidade à pesquisa que a gente tem aqui e pela disponibilidade do nosso horário. ”
(A14)

“Porque é o que a gente encaixa, consegue encaixar. Tipo, a gente vai para a iniciação científica no horário do almoço, entendeu? Aí faz o que tem para fazer na hora do almoço e se você tem um tempinho depois de uma certa aula, uma certa clínica aí você acaba ficando. Mas é porque é aqui, você não tem que se deslocar, né, e você consegue flexibilizar os horários. ” (A16)

“A iniciação científica geralmente é algum professor que está fazendo (interrompido), tá trabalhando com algum artigo, tá trabalhando com alguma pesquisa e às vezes você vai auxiliar ou às vezes você tem algum interesse na pesquisa do professor então ele te insere na pesquisa e você trabalha com ele, digamos assim, no desenvolvimento da pesquisa dele. E aí assim, o horário de iniciação científica daria pra você estipular com o professor diretamente. Aí, por exemplo, eu tenho horário vago sexta-feira à tarde que eu não tenho clínica integrada e não tem nada. ‘Ah, então beleza, pode ser sexta à tarde, vamos ver...’ Beleza, já ocupei aquela janela. Agora, liga é mais complicado por isso que eu tinha falado: ser mais gente, é uma sala, é uma turma e períodos diferentes, horários diferentes, então, meio que a gente concilia no horário de almoço que é um horário que tá todo mundo livre, ou a maioria pelo menos. ” (A20)

Na percepção de A12, muitos professores novos entraram na IES *“com vontade de trabalhar”* e, por esta razão, há muitas oportunidades de os alunos participarem de iniciação científica.

A participação em várias atividades que envolvem ensino, pesquisa e extensão ocorre às custas de muito sacrifício pessoal por parte de A15. Quanto ao estímulo da IES para que o aluno tenha esse engajamento na busca por aquisição de conhecimento, revela: *“é, a gente se estimula porque a gente vê os outros fazendo, né, porque se você for ver pela divulgação aqui, é muito mal divulgado. Esses programas extras, atividades extras, são muito mal divulgadas. ”*

Lembramos que as ligas também são consideradas atividades de extensão. Os alunos fundam e participam desses grupos de estudos por interesse próprio, como revela A16, que diz que estímulo ao engajamento dos alunos em atividades extras só viu acontecer em relação à atividade externa, particular, promovida por um dos docentes

“Eu acho isso muito engraçado, porque tem um evento aqui de um professor que é de XXXX, uma não sei se conferência, não sei o quê que é, mas que é fora da faculdade, particular e tudo mais, que uma das professoras saiu passando de equipo em equipo perguntando se a gente tinha interesse em ir fazendo propaganda, não sei o quê, dando os preços, nã, nã, nã. (...) E que o professor faria um preço (interrompido) o preço inicial, que agora já não seria mais esse preço, mas ele faria se tantos alunos fossem. ” (A16)

É importante salientar que este fato foi citado por um dos docentes entrevistados como uma grave situação antiética ocorrida na IES, como veremos mais adiante.

c) Educação permanente e continuada do corpo docente

Primeiramente, cabe-nos fazer uma distinção entre ambas.

A educação permanente é considerada uma ferramenta que potencializa a transformação institucional e objetiva a modificação das práticas em saúde a partir de

demandas do próprio serviço. É uma perspectiva centrada no processo de trabalho na qual são promovidas reflexões conjuntas pelos atores da cadeia de assistência, voltadas à identificação de problemas existentes na vida cotidiana dos serviços de saúde (incluindo relações de cuidado e comprometimento com o serviço) na busca por soluções renovadoras.

A educação continuada tem como objetivo a atualização de conhecimentos e segue a lógica do modelo escolar, contemplando a transmissão de conteúdo, de professores para alunos, em disciplinas de cursos que são relacionados a um determinado campo do saber acadêmico.

Nas universidades, observa-se que a progressão de carreira dos docentes se dá predominantemente a partir da sua produção científica, o que ocasiona o distanciamento dos professores **das atividades de ensino** da graduação para concentração em pesquisa e nos cursos de pós-graduação. Além disto, não raro ocorre de os professores de odontologia não receberem um mínimo de formação pedagógica e, por esta razão, é comum apresentarem dificuldades no exercício da docência, fato que pode ser minimizado com a participação em cursos de educação continuada voltados à prática pedagógica (Rosenthal¹⁸).

A partir desta concepção, buscamos informações sobre a formação dos professores e identificamos que na IES não existe um estímulo direto ao aprimoramento para o desempenho da atividade docente, nem para melhoria da qualificação profissional. Nos foi revelado que a busca por enriquecimento do currículo de formação se dá a partir do interesse individual em ascensão na carreira acadêmica.

“Hoje em dia, os concursos públicos para docente exigem que você já tenha o doutorado. Ao contrário de alguns anos atrás, hoje, praticamente, o professor já entra com a formação dele, básica, já pronta. Coisa, que não acontecia antes. Antes, o garoto entrava direto da faculdade para ser um professor assistente. Depois a faculdade vinha e te dava uma oportunidade para você fazer mestrado, mantendo o vínculo aqui dentro. Depois o doutorado. Hoje não, você faz com mestrado e doutorado fora e depois presta concurso para entrar. Agora aqui dentro, uma vez que você já tenha o doutorado, não existe uma campanha; não existe nada que a faculdade realmente te incentive assim, para você fazer um pós-doutorado. Mas, dentro dos departamentos, é um consenso de que para que haja evolução dos departamentos, em trabalho de equipe, é importante que ao menos uma pessoa do departamento, a cada dois, três anos, faça uma formação adicional, um pós-doutoramento fora do país, preferencialmente, para que haja uma melhor equipe, no futuro. Então assim, o departamento que se destaca, na faculdade, é o departamento com o maior número de professores que fizeram pós-doutoramento fora do país. Então, inevitavelmente, se o departamento é minimamente organizado, o professor vai fazer pós-doutorado fora do país.” (P8)

O foco desta educação continuada é a produção científica. “O único foco é esse”, diz (P8). Esta informação é reiterada por P6 ao afirmar que a progressão de carreira está

vinculada ao desenvolvimento de produções em ensino, pesquisa e extensão: “*you have to have these productions every 2 years.*”

A formação do professor e o exercício da docência devem ter como pilares uma prática pedagógica reflexiva, que venha a gerar um conhecimento profundo sobre o processo de trabalho do educador, capaz de provocar a busca pelo desenvolvimento de habilidades que tornem mais eficaz e eficiente o ato de lecionar (Goursand et al¹¹⁴). O distanciamento do cunho educativo no exercício da docência em saúde também contribui para que o ambiente de ensino seja permeado por desencontros entre teoria e prática, o que pode levar os alunos a assumirem como padrão condutas incorretas, por desconhecimento ou por reprodução do que é aceito/permitido (ainda que não seja apropriado) nos cenários de aprendizagem.

P9 chama a atenção para a necessidade de que a instituição observe as suas práticas e trabalhe em conjunto na formação dos alunos, de maneira que não haja a desconstrução do que aprendem em uma disciplina pelos docentes de outra:

“É, eu acho que falta em relação ao que você falou ter alguma orientação da coordenação, que a gente não tem aqui dentro da faculdade uma integração entre as clínicas, entre conduta de atendimento (...) Então eu acho que isso está faltando de acontecer reuniões ou atualizações para que as diferentes áreas possam falar a mesma língua no que é básico, dentro da formação desses alunos de odontologia. (...) Por exemplo, eu falo pra eles na XXXXX que eles têm que conduzir uma anamnese completa e aí eles falam ‘ah, professora, mas eu chego em outra clínica eles falam que não tem tempo, que já é pra seguir com o exame’, entendeu?” (P9)

Além disto, destaca a necessidade de haver formação continuada por parte dos docentes, para que alguns equívocos não continuem a acontecer:

“Tenho percebido essa falha em alguns profissionais que nos procuram, que nos encaminham pacientes de falhas básicas em diagnóstico, por exemplo, de odontalgia, de coisas que na minha opinião um cirurgião-dentista clínico, apenas com a graduação, deve ter uma base sólida em relação a esse tipo de conhecimento, né, conhecimentos básicos em odontologia. (...) Um aluno, que já tava um pouco mais avançado no curso, acompanhando um paciente que estava com dor e aí foi atendido acho que na clínica de emergência e ‘ah, professora, a gente trouxe pra estômato porque ele tem uma alteração na mucosa e os professores pediram pra você avaliar aqui na XXXXX’ e quando a gente avaliou, era uma situação bem simples, era uma fístula com uma necrose pulpar, entendeu?” (P9)

Dentre as falas do grupo focal, destacamos um relato que reforça essas considerações feitas por P9. De acordo com os participantes, há uma docente, responsável pela emergência em determinado turno, semanalmente, que não tem conhecimento técnico pra auxiliá-los na condução dos casos que necessitam atender. A referida professora fica dispersa na clínica de ensino (conversando ou fora do setor mesmo) e quando os alunos solicitam ajuda, sempre diz para que chamem outros profissionais para

desempenharem um papel que deveria ser seu. Alega trabalhar com apenas uma especialidade há 15 anos, como se este fato justificasse o déficit de conhecimento técnico existente. “*Chama não sei quem porque eu não sei resolver, eu faço XXXX há tantos anos*”.

Questionamos a razão de a referida docente estar vinculada ao setor “emergência”. Respondem que está nesta função por ter sido aprovada em concurso público para o departamento ao qual está vinculada e complementam: “*ela fez uma boa prova de odontologia geral, ela faz XXXX há 15 anos no consultório, ela não sabe porra nenhuma – desculpe o palavrão.*”

A informação de que não há capacitação docente após o ingresso na IES é confirmada por C, que nos apresenta os seguintes relatos sobre o perfil dos docentes da instituição:

*“Eu acho que hoje, com as exigências, nós temos um problema muito sério com relação ao perfil. Porque hoje o professor que vem pra ser concursado, ele tem que ter doutorado, então ele tá muito direcionado à pesquisa. Então, veja bem, eu acho que no total isso aí é uma forma de a gente crescer de uma forma absurda. Mas, por outro lado, eu sinto que muitas vezes esse profissional se torna DOUTOR sem experiência clínica. Então, o que acontece: ele vem com uma visão enorme de pesquisa e quando ele tem que sentar com o aluno pra ensinar o que o aluno vai ter que fazer daqui a pouco no paciente, ele se perde um pouco. Então esse, pra mim, é o grande impasse na coisa. Porque eu acho o seguinte, eu fiz doutorado, mas eu fiz doutorado bem depois. Então, eu fiz a minha especialização, eu fiz o meu mestrado, eu tive a minha experiência como docente, eu tive a minha experiência clínica, depois eu fiz o doutorado, apesar de eu não ter perfil de pesquisadora. **Eu sou MESTRE, entendeu? Eu ensino.** Então eu acho que hoje essa é a pedra na chuteira que a gente tem. Você pega um profissional num patamar enorme sem vivência clínica. **E na odontologia, a pessoa tem que ter experiência clínica, eu costumo dizer: hora de mocho. Então, eu acho que isso é um impasse, um entrave pra nós. Então, a visão da universidade, a visão do governo é que o professor seja doutor. Eu acho que pra gente tinha que ter o doutor e tinha que ter o mestre, ou seja, aquele ligado ao ENSINO realmente e aquele ligado à pesquisa. E trabalhar em conjunto.** Então, isso é o que falta. Então, hoje o nosso problema realmente é esse, **no perfil do professor fica uma lacuna.**” (C)*

Diante do exposto, afirmamos que este perfil descrito nos faz pensar em um ensino mais tecnicista e perguntamos como poderá ocorrer uma humanização do cuidado, ao que responde:

“Isso aí é uma coisa que a gente tem que fazer o mais rápido possível pra gente aproveitar o pessoal da minha época, assim, mais antigo, que tem uma outra visão e começar a lapidar os novos pra poder (interrompido), hoje eu tenho uma reunião com eles, pra poder lapidar isso aí. Porque isso aí, só convivência.” (C)

Ou seja, em sua percepção, o “nó” está no comportamento dos novos.

(...) “A gente conseguiu fazer um trabalho de maior conscientização, eu acho. Entendeu. Então, a própria conduta dos professores, nós temos professores

ótimos aqui, e os mais velhos, que têm mais ou menos a minha faixa etária, talvez um pouco menos, vem direcionando os que vão chegando. Então é aquela história, você vai passando a sua forma de lidar, o contexto em si e os professores têm bastante benevolência. Normalmente, quando tem problema é porque o aluno também tem problema, aí tem que sentar pra dar uma equilibrada. ” (C)

Em contrapartida, para alguns membros do grupo focal, o problema está entre os mais antigos:

“Eu consigo ver uma diferença muito grande entre os professores novos, os que se formaram agora e ainda estão entrando, dos antigos - eles <antigos> não têm a MENOR paciência para te explicar! Porque tá, ele já explicou quatrocentas e cinquenta vezes para alguns alunos, mas a gente tá ali e ele tá ali pra isso. ” “ E é a primeira vez que ele tá explicando pra gente. ” (G)

É importante observar que a formação técnica insuficiente dos docentes mencionada por C é também observada pelos discentes, e pode ser relacionada com falhas por eles apontadas, relativas ao aprimoramento técnico que almejavam obter:

“Mas também tem muito professor novo que tá ali pra aprender também. Tem muito professor que o professor principal colocou como substituto e aí ele não deixa você fazer nada porque ele quer aprender, então, ele vai lá e cimenta as suas coisas, ele faz os seus preparos. E aí você fala: pô <perplexidade>! ” (G)

Outros participantes do grupo focal destacam como negativa a atuação de professores mais antigos:

“Eles precisavam entrar em um curso de capacitação pra SER de verdade, sabe? Entrar em alguma coisa pra aprender.” “Eu acho que eles não QUEREM ser professores, entendeu? Eles querem ter um cargo na universidade porque isso dá um status muito forte, ele é professor XXXXX <da faculdade pública>, tem estabilidade e pesa mesmo ‘vamos lá, ele é professor XXXXX <da faculdade pública>, o cara é bom, ele é experiente’, só que eles não têm a menor vocação pra isso, entendeu? Então assim, caraca, eles estão de saco cheio! Estão de saco cheio de estar aqui! ” (G)

Precisamos dar especial atenção a este aspecto. O que se quer do professor universitário? Se o que se deseja é que sejam pesquisadores e atuem intensamente na produção científica, ou que sejam profissionais de destaque em suas áreas de atuação, talvez estejamos no caminho certo. Mas os relatos evidenciam uma carência de professores que lecionam com dedicação, atenção, que possuem conhecimento técnico e científico e se propõem a compartilhar saberes, dos que de fato “QUEREM ser professores”, dos que chamaremos de **mestres por excelência**, que vivem o magistério com empenho.

Com o início da implementação dos cursos de pós-graduação, surgiram exigências de titulação para a carreira universitária, o que levou a uma mudança de paradigma no

perfil dos professores, que até então eram os profissionais bem-conceituados da cidade, ainda que não tivessem preparo nem vocação para o ensino (Rosenthal¹⁸).

A legislação educacional mais abrangente do Brasil, a LDB²⁴, entende que para o exercício da docência no ensino superior seja realizada, em cursos de pós-graduação, uma preparação do professor, o que tem acontecido por meio de disciplinas de 60 a 90 horas de duração que têm diferentes denominações: Metodologia do Ensino Superior, Didática e Ensino Superior, Pedagogia Aplicada, Bases Pedagógicas Aplicadas ao Ensino da Odontologia (Pimenta et al⁹²; Baltazar et al¹¹⁶).

Este tempo não é suficiente para uma completa formação, para uma profissionalização em docência universitária, constituindo um desafio à preparação dos professores de nível superior (Pimenta et al⁹²; Baltazar et al¹¹⁶). A excelência técnico-científica tem sido priorizada nos cursos de pós-graduação e isto precisa ser repensado, uma vez que este perfil de professor não tem sido suficiente para formar novos cirurgiões-dentistas que se enquadrem ao perfil de egressos estabelecido pelas DCN (Péret, Lima¹¹⁵).

Existem os estágios em docência, obrigatórios aos alunos bolsistas de mestrados e doutorados, que podem funcionar como um auxílio adicional ao processo de “aprender a ensinar” necessário aos que abraçarão o magistério superior, mas isto depende diretamente da postura do pós-graduando frente a essa oportunidade de aquisição de conhecimento e experiência (Baltazar et al¹¹⁶).

Desta forma, as IES devem trabalhar na construção de espaços de reflexão do corpo docente que venham a proporcionar a avaliação de suas práticas, num sistema que contemple a autoavaliação e a avaliação dos professores pelos discentes (Pimenta et al⁹²). O olhar para si e tomar conhecimento sobre si, sobre o impacto do seu desempenho na ação de ensinar aos alunos, é uma ferramenta de lapidação da práxis capaz de proporcionar aos estudantes um ganho de melhoria no aprendizado.

A evolução do conhecimento científico e a disponibilidade de tecnologias educacionais são ferramentas que podem impulsionar o ensino em saúde para um patamar superior ao modelo hegemônico no qual os docentes universitários se limitam a transmitir aos alunos suas experiências profissionais. Para que haja uma transformação do que vem sendo produzido e reproduzido em ambientes de formação em saúde, os professores devem participar de experiências pedagógicas que lhes proporcionem o contato com estratégias de ensino diferenciadas e os auxiliem a assumir seu papel de educador, que vai muito além de ser um bom profissional e/ou pesquisador (Galli¹⁰⁵).

Concordamos com a ideia proposta por Rosenthal¹⁸ de que as IES implementem um sistema de assessoria pedagógica para professores iniciantes. Desta forma, poderão

ter acesso ao estudo de temas relativos ao processo de ensino-aprendizagem e ainda serem preparados para a realização de atividades de planejamento, orientação, avaliação, organização de atividades educativas e participação ativa na revisão de currículos da instituição.

“O avançar no processo da docência e do desenvolvimento profissional, pela preparação pedagógica, não se dará em separado de processos de desenvolvimento pessoal e institucional: esse é o desafio a ser hoje considerado na construção da docência no ensino superior.” (Pimenta et al⁹², p.277)

5.1.3 - Perfil profissional

Análise da coerência entre o perfil de egresso almejado pela Instituição de Ensino Superior analisada, o perfil de egresso desenvolvido pela Instituição e o perfil de egresso requerido pelas Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação em odontologia.

a) Perfil de egresso – o que se deseja formar *versus* o que se forma *versus* o que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em odontologia³⁴ definem “princípios, fundamentos, condições e procedimentos” da formação dos cirurgiões-dentistas, segundo os quais os egressos devem ter um perfil generalista de exercício profissional. Desta forma, cabe-lhes atuar em todos os níveis de complexidade de atenção em saúde bucal, “com base em rigor técnico e científico”, buscando gerar melhorias sociais a partir do desenvolvimento do seu trabalho junto a indivíduos e comunidades.

De acordo com as DCN³⁴, a responsabilidade da atenção em saúde transcende o ato técnico e apenas se completa mediante a “resolução do problema em saúde”, cabendo aos profissionais uma realização de serviços “dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética”. A formação em odontologia deve contemplar o sistema de saúde vigente no Brasil e a atenção integral (individual e coletiva), em um sistema de serviço regionalizado e hierarquizado.

Muito embora as DCN contemplem um delineamento de perfil profissional almejado, os cursos de graduação em odontologia possuem autonomia para definirem seus currículos. Cabe-lhes, assim, a realização de uma criteriosa análise das competências e habilidades requeridas aos egressos, constantes no documento, para que sejam efetuados os ajustes necessários a conteúdos e disciplinas ministradas pela Instituição de Ensino Superior, com o objetivo de promover uma adequada formação.

Pesquisas têm sido desenvolvidas com o intuito de observar o processo de transformação na educação em odontologia para conformação do “novo” cirurgião-dentista. Em abordagem a profissionais com até cinco anos de formação, foi possível constatar que a conformação do perfil de egresso generalista preconizado pelas DCN tem sido dificultada por alguns fatores que demandam atenção especial pelos cursos de graduação: desarticulação entre teoria e prática; visão descontextualizada da realidade, o que gera despreparo para atuação no mercado de trabalho e em equipe de saúde no contexto do SUS, pouca integração com outras áreas da saúde, preparo inadequado para administrar e gerenciar a própria prática e pouco preparo para se relacionar com os pacientes e os pares (Cordioli, Batista⁴⁹).

Buscando compreender qual é a conformação de perfil de egressos que a IES objetiva desenvolver, fizemos um questionamento direto sobre o assunto a todos os participantes da pesquisa. Muitas respostas revelaram a existência de uma lacuna entre o que a instituição deseja e o que consegue produzir.

De acordo com C, a IES trabalha dentro das perspectivas das DCN

*“Eu acho que a gente já trabalha dentro das perspectivas atuais. O nosso aluno sai daqui muito é... consciente das necessidades do todo, porque a gente na Integrada tenta enquadrá-lo de acordo com o perfil sócio econômico do paciente. Nós temos aqui uma variação muito grande de paciente, desde um nível sócio econômico mais baixo até aquele que por uma série de questões prefere procurar a faculdade. Então você pode enquadrar as necessidades do paciente dentro daquilo que ele possa receber. Então, por exemplo, eu acho que o aluno está muito direcionado para o conceito social e hoje a gente já faz (interrompido). Nós já temos o nosso **Pró-Saúde** aqui, então ele já faz visitas externas, ele já está ligado à rede. No estágio supervisionado ele já trabalha dentro de uma escola (...) A gente tem aqui um requisito chamado atenção primária em odontologia, que eles fazem atenção das crianças e dos pais das crianças, eles vão até a Vila do João. Então a gente está tentando abrir o leque para que o aluno não saia só tecnicamente preparado, que ele saia tecnicamente preparado com uma visão social, que é isso o que a gente espera hoje. Então a gente já está bastante enquadrado. O nosso egresso ele já consegue vislumbrar o Saúde da Família. Então, tá o leque bem aberto. A gente sempre trabalhou nisso, de uma forma mais velada porque as exigências não eram essas, mas agora com essa abertura toda a gente está trabalhando muito o todo, essa visão generalista, essa visão social, entendeu? Então acho que o nosso egresso sai bastante preparado pra o contexto atual.” (C)*

Questionamos se as atividades de extensão citadas estão restritas à assistência odontológica e C diz “*não, eles trabalham com outros profissionais. Eles fazem visitas e tem o médico, tem os outros profissionais, eles trabalham de uma forma geral.*”

As DCN definiram competências para a graduação em odontologia e estabeleceram a necessidade de associação entre ensino e serviço, assim como a implementação de mudanças pedagógicas com o intuito de integrar conteúdos

disciplinares e metodologias ativas de ensino e promover o desenvolvimento de atividades práticas junto aos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de complexidade, conforme as diretrizes do SUS de integralidade, universalização e equidade.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, citado por C, surgiu com o propósito de promover transformações no processo de ensino-aprendizagem e na assistência em saúde de indivíduos e comunidades onde estão inseridos, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. Em seu lançamento (2005), foi direcionado às áreas que compõem as equipes de saúde da família – Medicina, Enfermagem e Odontologia. Em 2007, foi ampliado aos demais cursos da área da saúde.

Como objetivos específicos principais, destacam-se (Brasil⁵⁹, p.13-14):

- “Reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS”;
- “Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente”;
- “Incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência”;
- “Ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS.”

O PRÓ-Saúde, assim, busca promover a aproximação entre ensino e serviços públicos de saúde para que o processo de formação tenha como base a realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira, deslocando o foco central da assistência individual e especializada (frequentemente baseada em uma visão hospitalocêntrica, que ressalta a doença e pouco contempla a promoção de saúde e prevenção de agravos) para as necessidades populacionais (Brasil⁵⁹).

Para o desenvolvimento do programa, são propostos três eixos de transformação compostos por três vetores específicos cada um:

- Orientação teórica: determinantes de saúde e doença, pesquisa ajustada à realidade local, educação permanente;
- Cenários de prática: integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção, integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde;
- Orientação pedagógica: integração básico-clínica, análise crítica dos serviços, aprendizagem ativa.

A IES também participa Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e de convênio guarda-chuva, que permite estágios em vários órgãos, mas reconhece que há dificuldades para essas atividades serem comportadas na grade acadêmica.

“Então ele faz estágios na Marinha, no Bombeiro, então ele faz estágio, que é da Universidade, junto com outras Instituições. Mas o nosso grande problema é que na nossa grade nós temos muito pouco espaço. Então, mudando nossa grade, ele vai ter espaço para isso.” (C)

O PET-Saúde é voltado a docentes, estudantes de graduação da área da saúde e profissionais dos serviços de saúde (atuam como preceptores) e tem como objetivo a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades no SUS. Promove a integração entre ensino, serviço e comunidade a partir da inserção de professores e alunos na rede pública de saúde para atuação no desenvolvimento de projetos em Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental e Vigilância em Saúde.

O programa tem proporcionado um maior conhecimento dos alunos das estruturas e funcionamentos do SUS, a partir de atividades extramuros, numa articulação entre ensino e serviço que leva atenção em saúde às comunidades, proporcionando melhoria nos determinantes de saúde-doença nas localidades assistidas e favorecendo a produção de conhecimento e o desenvolvimento de pesquisas científicas, contribuindo para a formação de profissionais com perfil crítico, reflexivo e integrados a equipes multidisciplinares, conforme determinado pelas DCN.

Na percepção de C, após a instituição das DCN, houve apenas a necessidade da realização de alguns ajustes pela IES.

“A gente apenas ajustou. A gente já fazia, é o que eu digo para você, fazia talvez (interrompido) é... como é que eu vou dizer? Instintivamente, né. As Diretrizes só deram uma mobilizada. É muito difícil você mudar um currículo que já está arraigado há muito tempo, porque as pessoas têm muito medo da mudança. (...) Muitos professores já se adequaram, se mobilizaram. Outros são mais reticentes, mas é o tal negócio, aos poucos a gente consegue ir

levando. Então houve essa mudança? Houve essa mudança, com certeza, não tenho a menor dúvida. Não houve efetivamente no papel, mas já houve no contexto geral da, da, da... da formação do aluno. Ele hoje já tem uma outra visão que antes era por causa de meia-dúzia, hoje essa meia-dúzia já foi um crescente maior. Então já houve uma mudança com as Diretrizes. ” (C)

De acordo com P3, o egresso deveria sair da IES “*sabendo fazer odontologia, né. Isso seria a primeira coisa. Infelizmente, a gente percebe que alguns alunos saem bastante despreparados ainda. Talvez a maioria deles saiam bastante despreparados. ”*

A clínica Integrada, na qual os alunos (em tese) desenvolvem atendimentos de perfil generalista para sedimentar os conhecimentos obtidos ao longo de toda a formação, na verdade tem um funcionamento compartimentado em disciplinas, a partir das especialidades dos docentes, conforme descrição de P3:

“Você tem a parte de endo, a parte de perio, a parte de cirurgia, e a parte de prótese e de dentística. Eu fico na parte de prótese e dentística e aí nessa área a gente contempla a parte de restaurações diretas de resina, adequação de meio e remoção de cárie, a gente tem a parte detentores intrarradiculares, de próteses unitárias, poucas próteses fixas (a gente não faz muito), poucas próteses sobre implantes (também não fazemos muito) e tem a parte de próteses removíveis... Mas a gente tenta contemplar o programa (interrompido) na integrada, na verdade o programa completo de odontologia. ” (P3)

Esta situação é bem descrita pelo grupo focal: “*a clínica integrada não existe, ela não é integrada. ”* Em cada box, o professor responsável é especialista em uma área (dentística, periodontia ou endodontia) e o aluno fica restrito a realizar nos pacientes procedimentos que relativos à especialidade do docente ao qual está vinculado. Sendo assim, “*você não faz integrada, você continua fazendo o que fazia nas clínicas*” (G).

A fragmentação do cuidado atrapalha a dinâmica de atendimento aos usuários. Se o aluno está no box de dentística e ocorre a suspeita de que haverá necessidade de tratamento de canal radicular em um elemento dentário, é necessário chamar um professor do box de endodontia para fazer a avaliação do caso. Esse professor dá assistência a outros “*doze alunos*”, logo, é provável que a espera seja longa. Se após a avaliação do paciente ele constatar que o problema é de periodontia, o professor da área será chamado para emitir um parecer definitivo e haverá um outro tempo indeterminado de espera para que o diagnóstico seja realizado e o exame concluído.

Vimos, ao longo da observação participante, a quão morosa é a evolução dos casos quando existe a necessidade de avaliação por mais de um professor, fato que poderia ser minimizado caso os professores não atuassem de forma tão restrita às especialidades. Em um contraditório sistema que deseja formar generalistas a partir de especialistas, um desafio aos docentes é afrouxar os laços com seu sistema de práticas cotidianas fora da

clínica de ensino (em trabalhos ou pesquisas de cunho aprofundado em áreas específicas) para melhor atender às demandas de aprendizado dos alunos.

Um dos participantes do grupo focal revela cuidar de um paciente que apresenta um *“super severo problema periodontal”*. Este paciente é atendido em um horário no qual não há nenhum professor de periodontia na clínica, o que a obriga a realizar um tratamento não resolutivo para o caso (raspagem) porque não há um docente que possa conduzir o caso de forma adequada. Como o usuário está sempre vinculado ao box de um determinado professor, também não é possível transferi-lo.

O caso em questão nos revela o quanto as normas vigentes podem causar dano aos recorrem à escola de formação para obtenção de assistência. Por uma questão burocrática (a vinculação do usuário a determinado professor), o paciente tem a sua necessidade em saúde negligenciada pela IES. Uma doença periodontal severa pode ocasionar perdas dentárias e causar até mesmo problemas cardíacos. O fato de não haver professor de periodontia em determinado horário da clínica integrada não deveria impedir o acesso do paciente a um tratamento eficaz – basta que seja direcionado a outro horário de atendimento ou transferido para a clínica de periodontia, onde todos os docentes saberão oferecer a melhor terapêutica ao indivíduo.

Outro dado importante a ser considerado é o comprometimento do aprendizado do aluno, que fica restrito ao desenvolvimento de procedimentos básicos por não ter um supervisor técnico que possa lhe garantir o apoio necessário à realização de intervenções de maior complexidade.

Na clínica integrada da IES também não contempla a disciplina de estomatologia. Os participantes do grupo focal citam o caso de uma aluna que tinha interesse em seguir essa especialidade, mas perdeu o estímulo porque só teve contato com a disciplina nos dois períodos em que ela é ministrada durante a formação. Quando se deparam com algum caso relativo à disciplina, encaminham para a clínica de estomatologia e o aluno perde, então, a possibilidade de observar a condução do caso, como o estabelecimento do diagnóstico e do plano de tratamento necessário. Uma opção seria ir por conta própria à clínica especializada para fazê-lo, deixando com isto de realizar procedimentos na clínica integrada que ocorre simultaneamente. Diante da exigência de efetuar uma escolha, ninguém acompanha os pacientes encaminhados: *“mesmo que queira, você não vai ganhar ponto, não vai ganhar nada. Você pensa no ponto... (G).”*

O avanço técnico-científico provocou uma grande valorização das especialidades em detrimento da visão global do paciente. A maioria dos docentes é composta por especialistas e as disciplinas que compõem a grade acadêmica são ministradas de forma

desintegrada, o que promove uma visão fragmentada do paciente que precisa ser combatida por uma formação humanista, socialmente comprometida e que contemple o indivíduo de forma integral (generalista) – o docente precisa se comprometer com o profissional que está formando (Cardoso⁹⁶).

O ensino em saúde quando orientado por profissionais especialistas, em serviços especializados, faz com que a integralidade da atenção se limite a um campo teórico, pois na prática cotidiana o que prevalece é uma prestação de serviço fragmentada. Esta realidade faz com que seja necessário se pensar em outros espaços de aprendizagem capazes de contribuir para a formação generalista durante a educação profissional. Com este objetivo, o currículo deverá contemplar estreita relação e integração entre ensino e serviços em saúde, onde a assistência integral possa ser desenvolvida (Galli¹⁰⁵).

“Falamos em tratar o paciente como um todo, quando a nossa prática ensina a lidar com partes de partes. Na melhor das hipóteses, nosso ensino tradicional tem dado conta, quando muito, ‘da boca como um todo’, como se esta pudesse representar ‘algum todo’ de alguém” (Cardoso⁹⁶, p.13).

Na avaliação de P4, os egressos da IES deveriam ter as seguintes características:

*“Em primeiro lugar, que respeitasse seu paciente, eu acho que é o mais importante. (...) A pessoa não vai sair daqui completamente formada. Vai ter todos os pontos básicos pra trabalhar? Vai, mas que seja muito criterioso, não seja negligente e que continue **estudando porque é necessário se especializar**. Hoje em dia, a gente sabe que tem muita necessidade da odontologia. Antigamente a gente tinha um dentista mais clínico, **hoje em dia, a gente tem um dentista mais especialista**, mas que principalmente tenha respeito pelo paciente, é o que a gente pede. E pelo colega também porque não existe classe mais desunida do que a classe de dentista (risos). ” (P4)*

Assim como P4, P3 acredita que a faculdade forma especialistas na atualidade e reconhece a necessidade de ampliação do tempo de treinamento técnico para o exercício profissional:

“Hoje em dia a odontologia assim, o que eu tenho visto é que quase 100% dos alunos saem daqui pra uma especialização, não existe mais um aluno que não faz uma especialização. Eles sentem necessidade de melhorar na técnica. A faculdade tem 4 anos, né, tá mudando o currículo pra 5. Eu acho que precisa de um pouco mais de treinamento, eles têm pouco treinamento” (P3).

Na avaliação de P4, a formação generalista é associada apenas às demandas de mercado de trabalho:

“O nosso novo currículo vai formar o generalista, com certeza. Por que? Porque tudo o que você for trabalhar fora o consultório, fora particular, eles estão pedindo dentista generalista, né. Mas se você for prum consultório, ele tem que ter a especialização dele porque é mais difícil, né. Mas a gente (interrompido) O currículo tá mudando, a gente fazendo esse dentista generalista aqui.” Em seguida, diz que a formação com este foco ainda será estabelecida “Agora, o nosso currículo ainda não está em prática, esse

currículo mais generalista, né. Ele ainda não está em prática. Isso vai mudar porque a gente vai aumentar a quantidade de clínica integrada, a gente vai aumentar pra 4 clínicas integradas. Ai sim pra que a formação dele saia dessa parte de dentística 1 e 2, perio 1 e 2, né, e fique clínica integrada englobando todas essas disciplinas. Mas ainda não começou. ” (P3)

É importante que haja a percepção de que o aumento do número de clínicas integradas por si só não é uma medida suficiente para conformar um profissional generalista, muito menos para dar origem ao perfil de cirurgião-dentista estabelecido pelas DCN. Em nossa compreensão, o aumento da carga horária promove apenas o desenvolvimento das habilidades técnicas. Fundamental no processo formação é a consolidação do conhecimento teórico na prestação de uma assistência integral aos usuários da clínica de ensino, de forma ética e humanizada, a partir das necessidades em saúde que apresentem. Uma assistência comprometida com a resolutividade e não com a produtividade.

De acordo com P6, o perfil do egresso **deveria** estar em acordo com as DCN e acha que a turma do último período é bastante crítica, embora esteja contida em um currículo de formação “*antigo*”, no qual o que importa é a produção clínica. Quanto ao currículo novo, revela que não é uma proposta de aceitação consensual entre os docentes:

“Infelizmente, eles <outros professores> ainda pensam muito ainda dentro daquele perfil mesmo, biológico (...) A MINHA esperança é que o Pró-Saúde e o PET-Saúde tragam, né, essa mudança. Só que eu acho que está faltando que a gente discuta mais isso dentro dos (interrompido) em relação aos docentes. Porque senão a gente acaba fazendo domínios de conhecimento que você domina e você acaba utilizando para o seu benefício próprio em algumas situações que você tá envolvido e não é isso, tem que ser institucional. Isso ainda não tá ocorrendo. ” (P6)

Na aula inaugural da qual pudemos participar, um dos docentes revelou que, de uma maneira geral, os alunos têm apresentado pouca vontade de aprender. Segundo ele, são os discentes que ditam o ritmo de trabalho da clínica integrada, pois os docentes estão permanentemente à disposição dos estudantes. Os relatos de alguns discentes fortalecem esta afirmação:

“Às vezes tem gente que não tem paciente e nem vem para a clínica, tem gente que vem mas fica porque pode aparecer uma emergência, alguma coisa. ” (A19)

Segundo avalia A11, entre os discentes existe “*de tudo*”, ou seja, alunos que só querem produção e outros que querem aprender. Alguns apresentam interesse apenas pela especialidade com a qual mais têm afinidade.

Na opinião de A12, a faculdade peca muito na formação do egresso, o qual acredita que deva ser preparado para trabalhar tanto no setor público quanto no privado.

Sua avaliação, é de que a IES falha na promoção do envolvimento do discente com a sociedade.

“Eu vejo que falta muito aqui, esse envolvimento da gente com o resto da sociedade. Por exemplo, muita gente nem sabe o que é o DCE, que é o Diretório Central dos Estudantes e... quando tem eleição pro CA <centro acadêmico>, o pessoal fala assim: ‘ah, CA é aquele que faz a chopada?’ ‘Não, não é isso. Tem muito mais por trás.’ Ai teve eleição agora pra diretor aqui da faculdade, o pessoal meio que... sabe, não se envolve muito com essa questão de política, de entender que a gente tá (interrompido) antes de ser dentista a gente é... um ser humano (risos), a gente tá vivendo em sociedade e tudo mais. Eu acho que falta muito isso. Eu sei que não é muito o papel da faculdade, assim, é mais o papel de cada um, mas sei lá. Eu acho que se a gente tivesse um estímulo a participar de coisas fora, assim, seria mais legal.”
(A12)

Por que não seria função da faculdade? Enquanto espaço de reflexão e produção de conhecimento, a participação da IES na formação cultural e política dos alunos pode contribuir de forma significativa para o despertar de uma consciência cidadã, que os faça perceber a necessidade do engajamento pessoal na transformação social, e para a importância do trabalho conjunto voltado à construção de uma sociedade na qual a população possa viver de uma maneira melhor e mais justa.

A percepção de A13 acha é de que a IES consegue preparar bem os alunos para a vida profissional, *“a gente sai bem formado, sabendo fazer as coisas”*, enquanto A15 acha que os egressos formados pela IES possuem perfil de atuação generalista, mas apresentam defasagem no aprendizado:

*“A gente sai generalista, mas hoje a gente (interrompido) eu até critiquei isso numa reunião que eu tive com a nova diretora, porque **a gente sai daqui sabendo muito pouco de tudo, entendeu?** Por exemplo, meu pai quando se formou ele aprendeu a fazer extração de siso incluso, ele teve uma disciplina só pra isso. Ele teve uma disciplina pra fazer canal de dentes tri radiculares, tetra radiculares. A gente aqui não faz, só faz de uni e bi, molar a gente não sabe fazer. Se a gente fizer vai se em eletiva, que na nossa grade não tem tempo pra fazer essa eletiva, quem faz é porque vai ficar aqui quatro anos e / cinco anos, como eu vou fazer por causa disso. Antigamente não era assim, o meu pai nunca precisou se especializar, porque (interrompido) ele é o único dentista praticamente numa cidade pequenininha lá em Minas, então ele tem que saber de tudo, porque ele não tem pra onde encaminhar. A cidade mais próxima que tem um dentista especialista é há 2 horas de lá, entendeu? Então ele trata canal de molar, ele faz cirurgia periodontal, ele faz dente incluso, ele laça canino pra encaminhar pra orto, entendeu? Então, ele fala muito disso comigo, e foi uma crítica que eu fiz ao nosso modelo, à nossa grade atual. A diretora me prometeu que ia trabalhar pra nessa nova grade que está sendo montada agora mudar isso um pouco. Porque a gente sai generalista daqui sim, só que sai com um monte ainda de buraco no conhecimento que a gente não teve ou por falta de tempo ou porque não foi dado mesmo...”* (A15)

Na análise de A16 também existe a defasagem mencionada por A15:

“Eu acho que a gente deveria sair daqui dominando as técnicas básicas que um cirurgião-dentista precisa saber, tanto de procedimentos, quanto administrativos, quanto ética com o seu paciente, enfim. Mas eu acho que a

*gente não sai daqui nessa minha visão não. **Eu acho que a gente fica MUITO, muito defasado mesmo, principalmente na integrada.** É... eu vejo que muitos professores não conseguem passar pra gente conhecimento, eles sabem e tudo mais, mas às vezes não têm muita paciência, não sei, querem que as coisas andem rápido e aí eu não consigo absorver tanto conhecimento. Não tô dizendo que é a maioria dos professores não. Tem uns que realmente, eles se mostram querendo que a gente aprenda e tudo mais, mas **eu sinto muita falta disso, os professores sendo professores**, sentando com você na cadeira e te acompanhando do início ao fim, conversando com você pra te guiar mesmo. E dessa parte de administração por enquanto assim, eu não tenho base nenhuma aqui, a faculdade não dá base. ”*

Os alunos participantes do grupo focal reiteram o descontentamento com relação à falta de preparo para gerenciamento de consultório e dizem que as disciplinas de sociologia e psicologia deveriam ser ministradas por profissionais que conheçam a odontologia, pois têm sido trabalhadas com enfoques que não despertam o interesse dos alunos no ciclo básico e a falta desse conhecimento tem sido sentida quando estão nos últimos períodos de formação.

“Então a professora vem, fala um monte de coisa que é interessante, mas não é aplicada à clínica. Então, acho que falta mesmo esse ensinar a gente a lidar com o paciente e tal. ” (A12)

Quanto às dificuldades de aprendizado relacionadas aos professores, foram várias as citações feitas por alunos. Transcreveremos algumas para ilustrar:

“A gente tem uma noção de tudo, mas eu não acho que a gente sai sabendo fazer tudo. Eu acho que tinha que ter mais uma clínica integrada. (...) Olha, infelizmente (risos), eu acho que não é nem só dos alunos também mas também por parte dos professores. Não tem como chegar (interrompido) pôxa, a clínica é até as 17h, chega 16h eles querem ir embora, é meio complicado. A gente quer aprender também, a gente tem muito problema com professor que quer ir embora cedo da clínica porque vai pegar trânsito. Eu acho que se eles fizeram prova pra ser professor da XXXX eles sabiam que aqui é um lugar longe, que você vai enfrentar problemas porque a gente mora no Rio de Janeiro, não adianta. Porque realmente tem muito aluno que não tá nem aí, mas tem muita gente que quer aprender. Semestre passado a gente teve muito problema numa clínica aqui por causa disso e a gente quer aprender, entendeu? Eu não quero sair daqui tendo que ficar pedindo ajuda e isso vai ser inevitável pelo que eu tô vendo. Mas eu queria poder sair com uma formação melhor, eu acho que essa mudança de currículo pra 5 anos vai ser melhor em relação a isso também, porque a gente não tem muito horário livre. Por exemplo, eu estou fazendo estágio agora e eu não tenho tempo de dar uma monitoria. Você tem mais horário livre, você vai tendo mais horário pra poder buscar outras formas de aprender em outras coisas, entendeu? Numa monitoria que você aprende muito, um estágio, uma iniciação, então eu acho que vai ser bom essa mudança pra melhorar mesmo a nossa formação na prática. ” (A19)

No grupo focal, os alunos relatam que os professores muitas vezes não permitem que eles realizem os procedimentos. Citaram como fala de seus professores diante de atendimentos para os quais se prepararam teoricamente e pretendiam realizar: *“deixa que eu faço porque você tá na faculdade, você não sabe fazer”* *“ou então você faz a metade*

e ele a outra metade. ” Quando perguntam se o que fizeram está bom, ouvem vagas observações no sentido de que precisam melhorar, mas não ocorre a explicação detalhada do que é necessário fazer “são poucos os que explicam, tem um ou outro que explica – os professores fazem pelos alunos. ”

Esta informação também surgiu em entrevistas individuais:

“Tem muito professor que às vezes a gente não consegue fazer um negócio, senta na cadeira e faz. Eu não quero que ele sente e faça pra mim, eu quero aprender, eu quero saber por que ele tá fazendo e o que ele tá fazendo, porque no consultório não vai ser alguém que vai sentar e vai fazer pra mim, eu que quero fazer.” (A19)

“Importante é você fazer, aí o professor senta e faz o preparo por você. Aí você quer fazer, aí vem o professor e fala: ‘ah não, deixa que eu faço’. Aí você (interrompido) sei lá, eu me sinto meio impotente, assim sabe... tipo você está aqui pra aprender aí vem o professor e faz por mim” (A12)

Avalia A17 que deve haver uma disparidade entre o perfil de egresso que a IES forma e o que vislumbra formar a partir do curso que oferece: *“olha, como eu vejo e como a instituição vê eu não sei se bate, né. Porque a gente acaba saindo despreparado, se a gente não fizer um estágio, alguma coisa por fora, a gente não tem o ritmo de clínica, de uma clínica aí fora. ”*

Na compreensão de A20, o perfil de egresso da IES deve ser *“o perfil mais generalista possível”*, com domínio do conteúdo básico de cada disciplina e a capacidade de realizar os encaminhamentos necessários quando o caso apresente maior complexidade do que a sua habilidade técnica possa resolver. *“E além disso um perfil mais assim de... reabilitação oral geral, atenção ao paciente. ”* Na sua opinião, **a formação não consegue conformar esse profissional,**

“Porque querendo ou não a gente acaba dando um pouco mais de foco a alguma matéria ou às vezes a gente tem preferência por uma coisa e faz mais uma coisa. Ou às vezes até não tem tempo de executar todos os procedimentos bem, sair com todos os procedimentos bem executados daqui falando ‘eu tenho segurança de fazer isso. ’ Isto não acontece até porque eu não tenho a sorte de ter paciente pra fazer tudo, entendeu? Particularmente acho que deveria ter mais um período de clínica e também essa variação de paciente. ” (A20)

Na percepção de A19, a faculdade forma especialistas:

“Você vê que até agora eu fiz pouquíssimas visitas a... a posto de saúde, a essas outras áreas e a gente vê que isso não é... não é muito incentivado, e quando a gente tem oportunidade, ela não é tão bem aproveitada como ela deveria ser. Então, ainda sai um profissional muito focado em consultório, em ir pra especialização, em virar superespecialista, né, pesquisador e tal e não generalista. (...) a gente é muito incentivado a já sair buscando a especialização e tal, mas eu, particularmente, não vou fazer isso não. ” (A19)

Questiono as razões para que a inserção do aluno na comunidade não aconteça e A19 responde:

“Não é dado, eu acho que não é dado o devido valor, a gente não tem uma disciplina que enfoque isso, que leve a gente pra fazer é... esse tipo de visita, e eu acho que quando a gente vai, é assim, é no meio de uma outra matéria, então você perde a clínica pra tá lá, e aí o próprio professor que tá dando a oportunidade na hora não... né, não tem (risos) aquela flexibilidade que deveria de ter. Então, às vezes tem que sair daqui meio dia pra tá uma hora num posto de saúde que é ... lá na Vila da Penha, que não é tão perto, mas também não... não é tão fácil de chegar, não é tão fácil acesso. E aí é caro, é dinheiro que você gasta pra ir pra lá, pra se locomover pra lá. Pra não chegar atrasado, tem que ir de táxi, aí na volta, volta correndo, às vezes chega no posto e não teve atendimento, aí você perdeu a clínica (risos), perdeu o paciente. Entendeu? Então, é complicado, é muito complicado.” (A19)

A17 revela as dificuldades de acesso aos locais onde os alunos podem participar de atividades de extensão e reclama a falta de apoio por parte da IES.

“A única coisa que foi muito questionada é a questão do deslocamento que a faculdade, que pelo menos pra mim alguma ajuda não ofereceu. Isso é meio complicado, né, porque a gente tá teoricamente na faculdade, mas a gente saiu daqui e foi prum outro ambiente, então, é complicado, né, a gente depender de ir sozinho. (...). Mas eu acho que é um ponto forte porque isso foi muito discutido até nessa, nesses debates pra diretoria da faculdade. Projeto de extensão eu acho muito válido, mas você também não pode pegar o aluno, LARGAR ele e falar assim: ‘olha, vai para a clínica da família no Morro XXXXX.’ Não é assim. (...) E se acontecer alguma coisa comigo nesse trajeto, de quem é a responsabilidade?” (A17)

O grupo focal corrobora com estas informações:

“Eu acho que assim, ninguém aqui tem problema com as dificuldades que uma universidade pública tem, porque a gente sabe que tem dificuldades. Tem vários projetos que a gente teve que participar que a gente sabe que tem dificuldades. O problema é que não é uma, não são duas dificuldades, são milhares. É a gente ter que ir pro XXXXX de carro sozinho, sem saber o caminho e chegar lá e não fazer nada, entendeu?” “Chegar lá e começar tiroteio.” “Teve gente do primeiro período que ficou preso por causa de tiroteio <primeiro período do estágio supervisionado>” “Teve aluno que ficou preso no XXXXX.” (G)

Ainda segundo G, a faculdade os coloca “nesses lugares” em disciplinas obrigatórias, mas não dá apoio algum para que cheguem até lá. Dizem que seus familiares ficam preocupados, tem pai fica até mesmo “revoltado” de haver essa exigência por parte da faculdade nas condições em que são feitas. “A minha mãe pirava.” “Eu não avisava minha mãe que eu ia, porque minha mãe tem pressão alta e ela ficava nervosa” “eu só dizia depois que tinha ido lá.”

Na concepção de P3, os profissionais de perfil generalista determinados pelas DCN são capacitados para a prestação de um serviço de padrão inferior:

“Existem alguns ainda que saem, caem no mercado e continuam fazendo o que eles aprenderam aqui e vai levando e às vezes numa população que é o que a população precisa mesmo, resolve o problema do jeito que dá, não tem uma necessidade assim de... de que as coisas durem por muito tempo. Quando você cai num... num nível particular, numa exigência um pouquinho maior, os pacientes pagam um pouquinho mais, eles querem ser MUITO bem atendidos, eles querem que o trabalho dure muito tempo, que o trabalho fique MUITO bom. Mas isso é uma parte da população, tem outra que quer simplesmente resolver o problema: ‘ah, bota um curativo, bota uma restauração’, se essa restauração durar um ano às vezes tá bom. Pra outros não, precisa durar dez, entendeu? Então acho que tem mercado lá fora pra diferentes tipos de alunos se formando, tá? Uma odontologia mais simples, menos requintada, uma odontologia mais básica, que pode resolver o problema de muita gente, tá. ”
(P3)

Sobre este aspecto, concordamos com Araújo⁵¹ ao afirmar que a proposta de uma formação diferenciada entre os que pretendem atuar no Sistema Único de Saúde e os que almejam exercer a profissão em consultórios particulares “é um grande passo a caminho do abismo da exclusão social” (p.180). Esta concepção corrobora com a percepção de Moysés⁸⁸, que também é a nossa, de que a formação em odontologia não tem levado em consideração dados epidemiológicos, condições de vida e situação de saúde geral e bucal da população brasileira. Ao contrário, o ensino tem visado o exercício profissional liberal e a prestação de assistência a indivíduos de poder aquisitivo mais alto, cujas necessidades em saúde e possibilidades de acesso a diversos meios de reparação diferem das populações de mais baixa renda.

Este olhar por parte dos docentes pode estar vinculado a existência lacunas em sua própria formação - o foco técnico-cientificista voltado às especialidades os afasta dos contextos sociais. A inclusão da dimensão didático-pedagógica na educação do professor é uma ferramenta que permite o desenvolvimento da autocrítica necessária à implementação das mudanças que se almeja obter na estruturação de um novo perfil de egressos em acordo com as DCN - críticos, reflexivos, e comprometidos com a sociedade (Péret, Lima⁶⁶). Sem que se avalie as próprias práticas, não há reformulação do que se faz. Neste caso, o compromisso com a sociedade pode ficar em segundo plano.

O perfil de egresso na opinião de P5 deve ser o do aluno “*consciente primeiro de que ele não tá direcionado ao lucro, ele tá direcionado a prestar um serviço na área de saúde em relação ao maior bem do ser humano, né, que é a sua vida, a sua integridade física. ”*

Na opinião de P9, é fundamental que o egresso tenha:

“primeiro uma BASE sólida em odontologia BÁSICA, de atendimento clínico BÁSICO. (...). Saiba conduzir uma anamnese mais aprofundada, não pular

esse passo que é importante da entrevista do paciente e também a conduzir um exame físico de uma maneira completa, não olhar apenas o dente. ” (P9)

A formação dos cirurgiões-dentistas, conforme determinado pelas DCN, deve contemplar o SUS e trabalhar com o objetivo de melhorar os índices de saúde da população. A universidade precisa identificar os problemas de saúde de cada região e direcionar o ensino e a pesquisa para ações que objetivem resolvê-los. Com o constante avanço tecnológico, as técnicas de trabalho se tornam obsoletas em pouco tempo, tornando-se necessário o estímulo ao auto aprendizado e aperfeiçoamento constante dos alunos para que se tornem capazes de prestar uma assistência integral em saúde, com qualidade e humanização (Moysés⁸⁸; Garbin et al⁴⁷; Araújo⁵¹).

A utilização de atividades pedagógicas que contemplem o processo saúde-doença de indivíduos, famílias e comunidades, em seus contextos de vida e realidades epidemiológicas, pode resultar na formação de sujeitos que não se restrinjam a atender exclusivamente às demandas do mercado (Moysés⁸⁸). A necessidade de se trabalhar em um contexto de ações e serviços articulados, a partir de uma prática mais humanizada, gera reflexões acerca da necessidade de contextualizar os conteúdos científicos no cotidiano das práticas, da importância de haver conexão entre as disciplinas da grade de formação e de a resolutividade em saúde não ser uma preocupação exclusiva das disciplinas de Saúde Coletiva (Galli¹⁰⁵, Cristino⁶⁴; Morita, Kriger⁵²).

Para que possa ser conformado o novo perfil de discentes delineado pelas DCN, existe a necessidade de que o perfil do docente de graduação em odontologia também se adeque aos novos moldes. Neste processo, é importante que os professores não se comportem como meros “repassadores de conteúdo”, e ainda que estejam atualizados nos conhecimentos relativos à sociedade em que vivem, cientes dos valores e linguagens inerentes aos seus alunos (Franco et al¹¹², Pimenta et al⁹²). O jovem “da era da informática” exige maior rapidez e dinamismo dos educadores e ajustar os métodos de ensino às demandas geracionais, motivando a interatividade e participação dos alunos, favorece a aprendizagem (Franco et al¹¹², Madeira⁴⁶; Pimenta et al⁹²).

Uma reforma curricular configura um processo de transformação da instituição de ensino e, para que ocorra, é fundamental o engajamento participativo do corpo docente na implementação das mudanças almejadas. Pois, sendo a prática profissional uma cultura que possui normas e valores, os estudantes devem ser expostos a um ambiente de ensino onde os princípios e valores vivenciados ao longo da formação sejam coerentes com os objetivos da escola (Galli¹⁰⁵).

É necessário que haja mudança do conteúdo e das práticas, de forma que a cultura pedagógica da IES seja transformada a partir de um processo de capacitação em educação para professores que, distantes dos saberes relativos ao campo da docência (conhecimentos didático-pedagógicos), atuam nos centros de formação profissional como numa extensão de seus consultórios, sendo reconhecidos como bons professores em virtude de serem tecnicamente bons (Araújo⁵¹; Franco et al¹¹²).

Aos professores caberá ainda o desafio de promover uma formação de generalistas sendo eles, paradoxalmente, especialistas. Para isto, é importante que se permitam mobilizar pelas motivações internas que os levaram a abraçar a carreira docente como uma realização pessoal, para transcenderem suas especialidades na assistência aos discentes e estarem abertos ao diálogo e às tomadas de decisões em equipe, pois a resistência de docentes especialistas em transitar por diversas áreas da clínica integrada contribui para que aconteça a fragmentação do ensino e estimula a especialização precoce dos estudantes, fato que observamos em nossa pesquisa de campo. (Moysés⁸⁸; Cristino⁶⁴).

5.2- Ética

Em sua crítica ao comportamento da sociedade líquido-moderna, Bauman compara a dor moral à dor física, ressaltando sua função terapêutica na medida em que nos alerta para os problemas orgânicos (dor física) e sociais (dor moral). Porém, da mesma forma como se buscam analgésicos para minimizar a dor física, nossa sociedade busca medidas para suavizar ou anestésiar a dor moral, que advém do estilo de vida adotado na atualidade. Contudo, ao adormecer os sentidos capazes de nos revelar nossos problemas, deixamos de buscar as suas causas e nos limitamos a tratar os seus efeitos (Bauman, Donskis⁵).

O grande perigo reside no fato de que os anestésicos morais são constituídos, na maioria das vezes, por mais consumo, mais mudança, mais fluidez. Desta forma, a sociedade entra num ciclo vicioso, permeado pela insensibilidade moral. Para corrigir tais desvios, a educação aparece como a solução capaz de oferecer alternativas a esses comportamentos e fazer frente às pressões do mercado e da própria sociedade. Surge, assim, um grande desafio para as Universidades: promover críticas, reflexões e transformações desta realidade (Bauman, Donskis⁵).

Como nossos objetivos de pesquisam contemplavam a observação da “relevância da conduta profissional ética dos discentes no processo de formação”, buscamos analisar

a importância facultada a este assunto questionando os alunos sobre a abordagem dada à “ética na relação profissional-paciente”, pelos docentes, ao longo da graduação.

De acordo com A13, este foi um assunto pontual, ministrado pela disciplina Deontologia “*que a gente fala do código de ética da odonto*”. Contudo, diz que os professores sempre falam sobre a “*conduta com relação ao paciente*” ao abordarem alguns tratamentos, enfatizando a importância de “*ser honesto, de você expor todas as opções pro paciente, de você tentar não enrolar o paciente, de você sempre querer fazer o melhor pra ele, não dar um tratamento assim... que não vai suprir as necessidades dele.*” A 17 e A19 têm discurso semelhante.

A relação com a citada disciplina também é feita por A15: “*olha, a gente tem uma conversa muito rápida disso na disciplina de Deontologia.*”

Segundo A14, a ética na relação profissional-paciente não foi abordada “*de forma direta*” ao longo da sua formação, e refere-se a um seminário que apresentou sobre “*consentimento informado*” como o único momento em que teve contato com o tema

“A gente fez um seminário. (...) O único momento foi esse que o meu grupo específico, que foram eu mais duas meninas, foi sorteado um tema e o nosso tema foi consentimento informado e aí a gente falou um pouco de ética, mas não pelos professores, foi o nosso trabalho especificamente.” (A14)

Quando este tópico é abordado no grupo focal, questiono sobre como é a formação ética deles, ao que respondem em coro: “*não tem, é bem fraca.*” Alguns dizem que o tema “*ética*” é abordado em Deontologia, outros já não se recordam mais nem mesmo da disciplina. Informam, ainda, que não há avaliação da conduta ética dos alunos ao longo da graduação e acreditam que este fato contribua para que alunos se utilizem dos pacientes, fazendo vários atendimentos pontuais sem dar continuidade aos casos, para obterem o cumprimento da produção requerida pelas disciplinas.

A recordação sobre a abordagem da ética na relação profissional-paciente ao longo da formação não foi feita por A18, nem mesmo sobre Deontologia, embora tenha estudado o código de ética.

“Foi Deonto? Eu fiz Deonto, gente...? Verdade. É, aí, então assim, só que eu acho muito distante, né, porque acaba/ É uma matéria que fica muito longe do momento onde a gente tem que usar realmente aquilo que a gente aprende. E aí, a gente esquece. Verdade seja dita. Porque aí, é aquela matéria que acaba entrando quando você repete alguma disciplina e aí fica brecha no currículo e ela não tem pré-requisito, então a gente acaba puxando e colocando ela fora do período que ela tinha que realmente estar.” (A18)

Como se vê, a Ética é compreendida como a normatização contida no Código de Ética Odontológica e, ainda assim, está descontextualizada na formação dos alunos – é

vista como um momento pontual, pouco valorizado e que é esquecido por muitos dos participantes da pesquisa.

“A gente até brinca: então, a prova é com consulta ao código de ética, né (risos)? Então assim, né, você não, não... leva muito tão a sério quanto você deveria levar e... eu acho que muito por isso também, por ser uma matéria que está distante do momento em que a gente está realmente lidando com o paciente.” (A18)

A carga horária semanal da disciplina mencionada, que é ministrada em um único semestre, é de 50 minutos. São feitas interpretações do código de ética, estudados conceitos sobre ética geral, ética profissional, conceitos de moral, a evolução da sociedade e consequentemente das normas de conduta.

Quando perguntamos à coordenação e aos professores sobre a abordagem da ética na formação dos alunos, muitos vinculam este tópico à disciplinas teóricas nem sempre por eles ministradas. É curioso notar, porém, que, quando diretamente provocados com o questionamento sobre a sua implicação pessoal na formação ética dos alunos, despertam para a importância da vivência ética no cotidiano do ambiente de ensino. Vejamos:

De acordo com C, a IES contribui para a formação ética dos estudantes de duas formas:

“Bom, a gente contribui primeiro porque nós temos uma disciplina que fala sobre o Código de Ética, que fala sobre toda a parte legal da coisa. E segundo porque é o que eu digo a você, é o nosso dia a dia. Então, na realidade, apesar das falhas, os nossos professores eles têm bastante ética e um comportamento bem adequado. Então, é o que eu digo, exemplo: ele tem uma formação básica na disciplina e ele tem o dia a dia.” (C)

Afirmando não saber informar sobre o assunto, P3 acredita que “nas cadeiras de *Odontologia Social*” possamos encontrar melhores respostas para nosso questionamento, como se a ética na formação estivesse restrita a uma disciplina. Sobre a sua participação diretamente na formação ética dos alunos fala “*é tentar passar pra eles a forma como eu ajo na minha vida, no meu dia-a-dia. Respeitar, compromisso, seriedade, caráter e honestidade.*”

Uma associação entre formação ética e teoria é feita primeiramente por P4 “*a gente aqui no último período a gente não tem a parte teórica. Então a conversa com o aluno cai muito. (...) Meramente na clínica que a gente conversa com eles; tenta falar para eles aquilo que eu já falei hoje na aula inaugural, que a gente vai ter que respeitar o profissional que assinou o planejamento; que a gente vai respeitar literalmente o que o professor planejou; que a gente vai respeitar o paciente nos dias de plantão; que a gente vai respeitar o paciente com dor. A gente tenta passar dessa forma, mas uma aula,*

uma teoria, isso a gente não aborda porque nem a gente não tem, não teria esse tempo no currículo. ” (P4)

Quando questionamos sobre a sua participação direta na formação ética dos alunos, responde: *“é nos exemplos que a gente da aqui. ”*

Para P5 é fundamental na relação discente-paciente o *“respeito ao outro. (...) É aquela máxima, não sei se ela é religiosa ou não, eu não vou querer fazer no outro o que eu não gostaria que fizessem em mim. ”*

A vinculação entre a formação ética dos alunos a uma disciplina também é feita por P6, que avalia que o conteúdo teórico que ministra seja apenas complementar:

“Olha, não é muito assim (interrompido) a discussão direta sobre esse campo na minha disciplina ela não é muito feita porque quem faz isso mais é XXXXXX De Deontologia e de Odontologia Legal, né. (...) Então, eu falo bastante da questão do perfil do profissional, porque aí acaba abrangendo tudo. A conduta dele desde a formação que ele tem familiar, como essa inserção na sociedade, como que é o comportamento dele também na sociedade e que reflexo isso tem dentro da sua profissão e os aspectos éticos também, mas eu acabo falando assim, de modo mais amplo. E eles já vem, já tiveram Deonto, já passaram por isso, já são quase... quase profissionais, né. ” (P6)

Quanto à sua participação direta na formação ética dos alunos, P6 diz *“Eu tento, além de passar que isso é muito importante dentro do atendimento em si, essa parte mais profissional, né, da odontologia, tentar melhorar a formar o caráter deles. ”* Questionamos sobre os recursos utilizados para auxiliar nessa formação de caráter dos alunos, ao que responde: *“Muita discussão que a gente tem sobre alguns temas, seminários e a aula propriamente dita. ”* Estas discussões são pautadas na legislação vigente.

Uma preocupação é demonstrada por P7 com a proteção dos pacientes, na condução dos casos, de forma mais incisiva:

*“Ética pra mim é uma coisa muito séria, não existe mais ou menos, nada disso. Ou é ou não é, é uma linha reta. Existe um limite muito fino aí que você tem (interrompido). Quando a gente trabalha em instituição de ensino, isso é muito perigoso, normalmente tem um paciente, mas aquele paciente é um objeto de estudo e de repente se ele tiver uma lesão rara fica todo mundo querendo fotografar, publicar. **A gente precisa ter muito cuidado com isso. Primeiro, pedir autorização, estar tudo por assinado, ver a hora certa de pedir isso, porque tem o fator emocional desse paciente. ” (P7)***

Sobre a abordagem da ética na formação dos estudantes, P7 diz:

“É postura (...) Então a gente vai conversando, o que que é certo o que que é errado... o que não pode falar, quando ele preenche a ficha e tudo o que o paciente fala e ele não pode contar no corredor. Por mais absurdo que o paciente fale, ele não pode contar no corredor. Então a gente vai falando dos limites através de exemplos para eles entenderem bem. ” (P7)

Quanto à sua participação na formação ética dos estudantes, pondera:

“Bom, primeiro que eles já chegam a mim com uma ética formada. É o que se espera. Na verdade, a gente está pegando aquela ética dele e colocando numa conduta de clínica. Então, na verdade, o que a gente vai fazer assim... aquela ética global dele tem que ser específica em algumas situações. Não é mudar o valor na ética. Às vezes ela mais rígida: o que é certo é certo, o que é errado é errado, não existe meio termo quando se lida com o ser humano. Ele tem um comportamento, ele tem que ter respeito, tem que ter respeito à situação. O paciente é o frágil da situação. Nós somos o forte. Ele não pode, em momento algum, titubear em cima do frágil. Isso para mim é ética.” (P7)

Revela-nos P9 o fato de trabalhar junto aos alunos conteúdos teóricos sobre a relação ética entre profissionais e pacientes, englobando o trato com informações pessoais e a realização de pesquisas:

“Eu acho que dentro da nossa disciplina a gente tem alguns conteúdos teóricos que vão remeter à parte ética, a gente tem inclusive um seminário sobre TCLE na nossa disciplina e a todo momento acho que (interrompido). A gente, por exemplo, já começa abordando ética na aula de, na parte de controle de infecção, onde a gente já mostra pra eles a importância dos conhecimentos de controle de infecção pra evitar a contaminação de um paciente pro outro, de profissional dentista, que eles são os responsáveis por isso no serviço que eles vão atuar. Então, em vários aspectos teóricos e práticos a gente está abordando ética. Em relação à confidencialidade das informações que estão na ficha clínica a gente aborda isso com eles, né, em relação ao uso das imagens que o paciente não pode ser identificado. A gente já passa também isso pra eles que pra pesquisa deve, antes de se iniciar a pesquisa, o projeto vai ter que ser submetido ao comitê de ética em pesquisa da unidade, que essas informações não podem ser utilizadas. Eu sempre também comento que eles não podem comentar com funcionários ou outros colegas sobre o quadro daquele paciente, que isso é com o professor, né. Então a gente explica a importância da confidencialidade das informações.” (P9)

Quanto à sua participação na formação ética dos estudantes, P9 reitera sobre a abordagem teórica anteriormente descrita, e complementa sobre a parte prática:

“A gente tenta trabalhar essas habilidades em relação à comunicação com o paciente já na anamnese, porque as informações serão importantes e aí falamos do sigilo e de como isso tem que ser transcrito pra ficha clínica, né. E também acho que no exemplo que a gente dá na clínica, na maneira como a gente trata os pacientes. A gente aborda também dessa maneira que eles têm que tratar igual o paciente do serviço público e privado, deve receber o mesmo tipo de atendimento, então eu acho que dessa maneira, tanto em conhecimentos teóricos quanto na prática, né.” (P9)

Estas afirmações nos levam a pensar que a ética está sendo compreendida, por parte dos docentes, com base nos recursos que a técnica pode oferecer de proteção aos indivíduos – o controle de infecção; o adequado preenchimento do prontuário odontológico; o estudo da ética Deontológica e os cuidados necessários ao atendimento a partir do que está determinado no código de ética; a preocupação com a coleta de assinaturas que resguarda os profissionais.

Ao conversarmos sobre as compreensões individuais referentes ao significado de “ética na relação profissional-paciente”, os alunos fizeram relatos que incluíram o respeito às necessidades do paciente e preservação da confidencialidade do atendimento:

“Primeira coisa que me vem à cabeça quando você fala ética em relação ao paciente, é você não oferecer pra ele um sobretratamento só pra você ganhar seja ponto ou dinheiro em cima daquilo, entendeu? Porque é uma coisa muito comum de a gente ver aqui também, infelizmente. O paciente tá com uma restauração satisfatória, não tá a melhor coisa do mundo, mas tá satisfatória, e aí a gente troca porque precisa fazer uma classe II ou classe III ou classe IV pra produção, entendeu? (...) Eu acho que a principal relação de ética com o paciente é essa, você não oferecer pra ele o que ele não precisa. É uma coisa muito importante é o diagnóstico, você saber o que você tá falando, né. Porque se você errou o diagnóstico, você vai errar o tratamento. Você “acho que é isso”. Se você acha, pergunta pra alguém que tenha certeza. Você não começa a tratar ACHANDO que é alguma coisa. Se você tem certeza, aí tudo bem, você pode partir pra fazer o plano de tratamento daquele paciente. Ter a certeza do que ele precisa e do que ele NÃO precisa. ” (A15)

“É você ser sincero com o paciente. Você ter uma relação transparente com ele, não querer ter vantagens sobre ele. Aqui no nosso caso que é a produção, não tratá-lo, não vê-lo só como uma produção, principalmente porque a gente está fazendo integrado. Você tem que tratá-lo como um paciente, ver o que ele precisa, as necessidades e tentar sanar. Dar alta. E durante todo o tratamento, tentar manter um bom relacionamento, sempre deixando ele sem dúvidas do que possa acontecer, tanto o diagnóstico, prognóstico, o tratamento, enfim, acho que é isso. ” (A16)

“O que eu vejo como ética mesmo é o que eu procuro fazer na prática. É não comentar nada de um outro caso, de um outro paciente, não citar nomes, sabe? Tentar, tipo, “ah, o paciente \ é porque eu não sei como faço” “ah não, porque eu já fiz algo parecido”, mas eu não relato “foi no paciente tal e eu fiz assim. O paciente é chato. ” Eu acho que isso, pra mim, não se deve comentar, é uma ética. E em relação ao paciente e também aos nossos colegas que a gente tem, se a gente pegou um paciente esse paciente é nosso. ” (A17)

“Ah, eu acho que tem muito a ver assim com a relação dos nossos direitos e deveres do profissional, do paciente, o respeito, o respeito de, de... do sigilo dos casos, das informações, de você tratar realmente aquilo com seriedade, né? Eu acho que é encarar com, com... maturidade, assim, a relação de paciente e profissional. ” (A18)

“Eu acho que envolve tanto você fazer as coisas de maneira correta porque você tem que dar um tratamento correto pro seu paciente, mas também ali ele é o seu paciente. Você tem que tratar ele como seu paciente, o que ele tá te falando ali você não tem que falar para as pessoas, porque ele tá ali como seu paciente, não tá ali como seu amigo ou como (interrompido) você tem que tratar todos os pacientes de maneira igual e não tem que levar os problemas dele ali pra alguém. Às vezes ele não quer contar pra alguém que ele tem alguma coisa no dente. ” (A19)

“Ter aquela relação um pouco mais assim profissional, evitar uma intimidade muito grande com o paciente, que não há necessidade, e ter a conduta profissional, educação, sentar com o paciente, explicar pro paciente os procedimentos, esclarecer pra ele toda e qualquer dúvida que ele tenha, inclusive de custos, e procedimentos, e dúvidas e dar opções caso elas existam,

entendeu? Eu acho que isso seria o mais ético a ser feito e não chegar e fazer algo ao meu bel prazer simplesmente porque eu vou ganhar pontos na clínica ou porque eu vou ganhar dinheiro com isso futuramente, entendeu? Eu acho que isso não é ético. Isso é antiprofissional. ” (A20)

A educação moral deve estar presente de forma transversal no currículo escolar, o que implica em um trabalho de equipe do corpo docente para que haja discussão do papel de cada um no processo e para que ocorra uma articulação entre as diversas disciplinas, de forma que exista sempre uma coerência entre o que os professores dizem ser moralmente correto e os valores, princípios e regras adotados pelo todo - instituição de ensino e professores. A reflexão sobre a moral pelo coletivo gera um ganho para a instituição de ensino que uma única disciplina dedicada a ela não é capaz de proporcionar (La Taille⁹⁷).

5.2.1 - Respeito ao princípio da primazia do bem-estar dos pacientes.

De acordo com este princípio, a prestação de serviço na clínica de ensino deve estar centrada no interesse do usuário.

Como analisa Bauman, “**agora**” é a palavra-chave na forma de viver a vida e conduzir as relações na atualidade. Desta forma, a busca incessante pela satisfação dos interesses pessoais orienta o consumo desenfreado de objetos e pessoas, que são facilmente desprezados e substituídos diante de novos focos de interesse. O predomínio do desapego e da insensibilidade diante do sofrimento do outro promove um processo de “cegueira moral” que afeta a capacidade de os indivíduos tratarem desconhecidos de forma mais humanizada Bauman²³⁴, Bauman, Donskis⁵).

De maneira geral, os participantes de pesquisa consideraram que a assistência em saúde nas clínicas de ensino é realizada a partir das demandas apresentadas pelos usuários. De fato, a queixa principal dos indivíduos norteia o acesso ao primeiro atendimento. A partir daí, e de acordo com o que discutimos anteriormente, podemos constatar que a atenção é, muitas das vezes, norteada pelos interesses dos alunos na aquisição de produção.

5.2.2 - Respeito ao princípio da autonomia do paciente

Observado por meio da participação dos pacientes na discussão terapêutica; no poder de decisão sobre o tratamento proposto; no consentimento para realização de exames e no esclarecimento sobre as particularidades do seu caso clínico, o que lhe dá empoderamento para fazer as próprias escolhas.

A palavra **autonomia** deriva do grego *autus* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei). Inicialmente, foi utilizada com referência à autogestão ou autogoverno das cidades-estados independentes gregas e, posteriormente, adquiriu muitos sentidos ao passar a ser usada em referência aos indivíduos, tais como: direitos de liberdade, escolha individual, liberdade da vontade e pertencer a si mesmo, ser motor do próprio comportamento. Um indivíduo autônomo age livremente, de acordo com um plano escolhido por ele, ao mesmo tempo em que uma pessoa com a autonomia reduzida é, ao menos em algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em suas vontades e planos. Esta limitação da autonomia pode se dar por alguns fatores, como incapacitação mental e institucionalização coercitiva (Beauchamp, Childress¹⁴).

Pessoas autônomas podem falhar no ato de governar a si mesmas em razão de restrições temporárias impostas por doença, depressão, ignorância, coerção ou por condições que restrinjam suas opções (Beauchamp, Childress¹⁴).

Há três formas de influência que promovem o controle de uma pessoa sobre a outra (Beauchamp, Childress¹⁴):

- Coerção: quando há uma ameaça séria e real de provocar dano ou usar força para controlar uma pessoa;
- Persuasão: quando uma pessoa é convencida a acreditar em algo pelo mérito das razões expostas por outra pessoa;
- Manipulação: tem por essência fazer a ideia de que uma pessoa é levada a fazer o que o manipulador quer por meios que não sejam coercitivos nem persuasivos. Na área da saúde, a principal manipulação é a manipulação da informação, por meio da qual se altera o entendimento que um indivíduo tem sobre uma situação, motivando-o a fazer o que o agente manipulador deseja.

O consentimento livre e esclarecido é uma autorização autônoma para uma intervenção médica ou envolvimento em uma pesquisa.

O respeito à autonomia faz com que os profissionais tenham a obrigação de revelar informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade do paciente e encorajar a tomada de decisão adequada. Uma pessoa é capaz de tomar decisão quando possui a capacidade de entender a informação material, fazer um julgamento sobre a informação utilizando-se para isto dos seus próprios valores, visar um resultado determinado e expressar livremente seu desejo àqueles que são responsáveis pelo seu tratamento ou procuram saber sobre a sua vontade (Beauchamp, Childress¹⁴).

a) O paciente e o seu caso clínico - Consentimentos

O TCLE utilizado nas clínicas do último ano de formação avaliadas inclui o paciente na discussão sobre o plano de tratamento a ser realizado e contempla a concessão de “plenos direitos de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e aprimoramento científico”, de radiografias, fotografias, histórico de saúde familiar, exames e informações referentes a diagnóstico, planejamento e tratamento.

Informa ainda sobre a existência dos custos da assistência (todos os procedimentos são realizados mediante pagamento prévio) e a cobrança de despesas pré-estabelecidas, caso o paciente interrompa o tratamento. Os pacientes são ainda advertidos quanto a possibilidade de serem “eliminados do tratamento”, caso faltem por duas vezes às consultas marcadas.

Os alunos participantes da pesquisa desconheciam a existência do TCLE em meio às fichas com as quais trabalham na clínica de ensino. Por esta razão, imaginam que os pacientes leiam e assinem o Termo antes de entrarem para a consulta. Foi possível acompanharmos, em nossa observação participante, pacientes assinando fichas sem leitura prévia ou conjunta, sem receberem as devidas explicações sobre o conteúdo do documento.

“Normalmente, o que que acontece: o paciente chega e ele faz uma ficha no atendimento, né, na recepção. Então, ele chega, preenche uma ficha com nome, endereço, telefone e aí ele assina tudo isso. (...) O que a gente faz com ele é a anamnese. A anamnese a gente vai falando pergunta por pergunta, perguntando se ele já teve alguma alergia, perguntando tudo separadamente e aí depois, no final, ele assina a ficha. Mas essa ficha de consentimento ele já chega assinada.” (A11)

O desconhecimento sobre a existência do TCLE entre os alunos tornou-se evidente a cada entrevista, como nos disseram A15 “*não, isso aí a gente não conversa com ele não. Na verdade, eu nem sabia que tinha isso na ficha*”, e A19: “*pra falar a verdade, eu nunca li esse termo de consentimento. Tô sendo sincera com você (risos), eu nunca li esse termo de consentimento pro paciente.*”

Na avaliação de A16 as fichas são confusas, não há um padrão entre as clínicas. Os pacientes preenchem e assinam as folhas antes de entrarem para a consulta. Quanto ao TCLE, revela: “*pra ser sincera, eu nunca vi esse termo de consentimento não.*”

Os estudantes recebem esclarecimentos sobre TCLE em um dado momento da formação, como nos relatou A14. Mas este momento isolado não tem feito com que internalizem a sua importância, como afirma A18:

A gente teve aulas de consentimento informado, né, sobre você passar pro paciente todo tratamento, toda conduta que tá sendo feita e ele ter total ciência

daquilo que tá sendo feito até você não pegar o caso dele sem o consentimento dele e levar prum outro lugar ou fazer comentários maldosos com qualquer que seja colega ou profissional. ” (A14)

“Os termos de consentimento, aquela primeira parte da ficha eles, eles preenchem lá fora e é onde tem, né, o termo de consentimento, de que ele tá reconhecendo de que ele tá numa universidade, nã, nã, nã, nã, nã, nã., e ele já entra com aquilo assinado. Assim, e a gente não, não repassa isso com eles não. ” (A18)

Sobre este aspecto, cabe-nos observar que a IES não está tendo para com o usuário uma relação que contemple de fato o respeito à sua autonomia. O devido esclarecimento aos usuários da clínica de ensino não tem sido realizado, muito embora sejam transmitidas aos alunos informações sobre a importância de que isto seja feito em disciplinas teóricas.

Com o objetivo de saber o grau de participação dos usuários nas discussões dos casos clínicos, questionamos alunos e professores sobre a elaboração dos planos de tratamento.

As respostas variaram um pouco, porque os docentes têm formas distintas de conduzirem os casos nos espaços de ensino e aprendizagem que coordenam. Com isto, alguns alunos possuem mais autonomia na avaliação dos seus pacientes e apresentam propostas terapêuticas para análise junto ao professor. Outros, são direcionados para a execução de tratamentos estabelecidos pelos docentes.

“Tem alguns professores que mandam você fazer exame clínico e você faz. A partir do exame, ele faz o plano de tratamento com você. (...) Mas tem casos, assim, que a gente fica solto. ” (A12)

Quanto à participação do paciente no processo, A12 nos diz: *“É muito raro. Acho que primeiro a gente discute entre a gente e o paciente aceita ou, então, aí, depois de a gente ter falado o que seria, o paciente fala. ”* Esclarece depois qual é o **cunho da participação do paciente na discussão: “Eu acho que aqui, principalmente, à questão do dinheiro. Tipo: ‘ah não doutora, eu não vou ter condições de fazer isso aqui, eu prefiro fazer um tratamento mais barato’.** *Aí a professora fala assim: ‘ah não, então vamos fazer um tratamento mais barato. ’”*

As falas de A13 e A14 nos fazem pensar que a necessidade de que os usuários paguem pelo tratamento é, de fato, a grande responsável pela sua participação na elaboração do plano de tratamento:

“Não <discussão do caso>, a gente dá as opções de tratamento pra eles, entendeu? O que pode ser feito. Por exemplo, pode ser feito assim, assim, assim ou assim, assim, assim e dá os valores, entendeu? Por exemplo, na prótese a gente fala ‘você pode fazer’, por exemplo, ‘uma metalocerâmica ou você pode fazer uma metal free’ aí a gente fala os preços pro paciente pra ele

poder escolher e fala o que aquele tratamento vai diferenciar, além do preço e tudo mais. A gente fala sempre pra eles. ” (A13)

“Olha, normalmente é mais uma discussão orçamentária, porque o paciente aqui é muito leigo e nem sempre a gente tem... (interrompido) a gente às vezes tem um recurso limitado, entendeu? Então a gente oferece, a gente olha o caso clínico e oferece sempre o melhor tratamento. Aí o paciente, cabe de ele aceitar ou não, ‘ah, eu não posso pagar esse tratamento.’ Então a gente tenta fazer um novo planejamento que caiba no orçamento. Normalmente, essa discussão é só orçamentária. ” (A14)

Discursos semelhantes são apresentados por outros alunos (A17, A18, A19). Nos parece, então, que a inclusão do paciente no processo é feita principalmente em decorrência da implicação financeira existente – não há atendimento gratuito nas clínicas da IES. Docentes e discentes afirmam que os pacientes podem discordar das propostas apresentadas e têm liberdade para fazerem opções quanto às possibilidades de terapêuticas existentes.

Achamos interessante destacar a fala de A16 quanto à participação dos pacientes na discussão dos planos de tratamento:

“Geralmente eu falo: ‘olha, você tá com tais problemas e o que a gente precisa fazer’ aí eu falo a sequência: ‘é isso, isso e isso, por causa disso’ e explico o porquê, né. Mas assim, realmente essa parte de dar alguma autonomia pra ele e perguntar se ele concorda ou não... Eu pergunto: ‘ah, tá tudo bem?’ Sempre eles sempre falam que sim, né (risos), mas assim de ele interferir em alguma coisa, realmente não. ” (A16)

Esta forma de condução do diálogo nos faz pensar no nível de abertura que é dado para que o paciente possa se colocar e fazer escolhas. Ficou evidente o comprometimento da autonomia do paciente no processo.

O discurso de A15 revela uma postura paternalista na condução da relação com o usuário da clínica de ensino:

“A gente tenta convencer o paciente, às vezes a gente tem que chamar o professor e tem que ser um professor mais rígido pra falar: ‘olha só, a gente sabe que você tem a sua carga antes de chegar aqui, mas quando a gente chega aqui, o aluno está orientando. Então, se o aluno tá falando pra você que isso é o melhor, isso é realmente o melhor.’ E normalmente, quando o professor intervém, os pacientes aceitam. ” (A15)

O grau de participação dos pacientes na discussão do plano de tratamento fica mais explícito na fala de P3:

“Só quando é prótese a gente dá algumas opções: ‘olha, você pode fazer RMF, cerâmica pura’ ou às vezes se a gente não tem muita opção ou faz uma PPR ou uma fixa. Quando é prótese a gente discute, agora, procedimentos de rotina de dentística - tá com cárie, restaura, entendeu? Não tem muito o que discutir. (...) Na maioria das vezes, a gente trabalha com resina, a gente quase não faz amálgama mais. Na parte direta. Quando o paciente se interessa por estética, aí a gente começa a abordar e discutir um pouco mais os

procedimentos de clareamento, de facetas de recontorno, mas são poucos. ”
(P3)

De acordo com P4, o paciente participa da discussão com aluno e professor quando há necessidade de fazer uma escolha protética, para que tome ciência quanto às suas necessidades em saúde bucal e quanto à complexidade da atenção que requer. Na sua concepção, docentes e alunos não determinam o que será feito.

*“Quando casos assim, bem específicos, quando o dente tá todo estourado e não tem mais jeito, a gente explica e tudo bem. Mas quando é um dente que ainda você vê que tem um certo aproveitamento, mas que não vai adiantar muito pro paciente no longo prazo, **ainda mais sendo paciente da faculdade, que você (interrompido) o aluno que tá acompanhando o caso se forma e aí o paciente fica, coitado, sem ter uma pessoa certa pra voltar, a gente tenta conversar, explicar melhor a situação.** ”* (P4)

O fato de ser “paciente da faculdade” não deveria ser determinante no prognóstico de um elemento dentário. Se a instituição estiver comprometida em dar uma assistência integral ao usuário da clínica de ensino, será viável a continuidade da atenção em saúde e a finalização dos casos que estiverem em andamento, independente das formaturas que aconteçam.

Ao abordarmos a ocorrência de observação conjunta dos casos, alguns alunos afirmam que há consulta prévia aos pacientes para pedido de liberação. Outros revelam que isto nem sempre ocorre...

O processo nos foi descrito por A15: *“O professor vai fazer um caso legal, uma coisa diferente, ele chama um aluno, e aí chama uns 5, 6 alunos pra acompanhar ele pra gente conhecer. ”* Perguntamos, então, se o paciente é consultado previamente e a resposta deixa claro que apenas em alguns casos:

*“Olha, algumas vezes a gente conversa (interrompido) o professor conversa com o paciente: ‘olha só, o seu caso é um caso diferente e tal, é um caso interessante. Posso chamar alguns alunos para acompanhar?’ Se o paciente fala que sim, a gente vai acompanhar. Mas se ele falar que não, é um direito dele também. Tem professor que nem tem problema, que o paciente tem consciência de que está numa universidade, que é um local de aprendizado, então, **ASSUME-SE que ele tá consciente de que as pessoas podem aprender.** ”*
(A15)

Esta narrativa nos faz pensar que exista uma ideia pré-concebida de que o fato de o paciente estar sendo atendido em um ambiente de ensino deve levá-lo a ser **permissivo em nome da ciência**, ou seja, **será dado livre acesso ao seu corpo para que os alunos possam aprender**. Talvez por isto tenhamos presenciado, com certa frequência, a

realização de observações conjuntas e tomadas fotográficas sem pedido de autorização prévia.

O relato de A11 revela que, por vezes, os pacientes são **informados** sobre a exposição dos seus casos, quando deveriam ser consultados previamente, na verdade.

"Acho que depende da situação. Já aconteceu de eu avisar "olha, tá acontecendo isso e isso, vai vir (interrompido)" e a pessoa "não, tudo bem, pode chamar, eu entendo. " Outras, a gente fica tão empolgado assim (risos) que eu realmente esqueço de falar que tem alguma coisa, entendeu? (Risos)" (A11)

De acordo com A20, quando há interesse de registro de casos clínicos para documentação didática, o paciente é consultado anteriormente à realização de imagens. Seu discurso corrobora com a nossa percepção sobre "direito implícito a livre acesso ao corpo dos usuários das clínicas de ensino".

"Subentende-se que ele vai ser atendido por um aluno, mas orientado pelo professor X, entendeu? (...) A gente pede "dá licença, posso ver aí? " Geralmente o paciente deixa, o paciente não é muito... não é muito resistente a isso não. Geralmente falam 'ah não, pode ver. Você tá atendendo também" Quando ele assina o termo de consentimento ele meio que sabe que aqui são alunos que estão atendendo, ele tem essa consciência de que são alunos que tão atendendo e que aqui é um ambiente acadêmico. " (A20)

Vale ressaltar que o respeito à autonomia do paciente pressupõe amplo esclarecimento, logo, não se contempla "subentendimento" de situação alguma em torno do atendimento. Devemos refletir sobre a posição de vulnerabilidade em que os pacientes se encontram nas clínicas de ensino, onde a assistência é hierarquizada (prestada por alunos e professores), o acesso a uma vaga é difícil e implica na obediência a uma série de normas de conduta. O medo de perder a oportunidade de receber tratamento junto à IES pode provocar a ocultação de desconfortos emocionais, cuja dimensão não podemos avaliar.

5.2.3 - Respeito ao princípio da justiça social

Analisado por meio da observação do acesso dado aos economicamente menos favorecidos à clínica de ensino e ao acolhimento proporcionado aos usuários;

Primeiramente, devemos lembrar que na IES avaliada os atendimentos são feitos mediante pagamento.

Esta condição nos levou a presenciar um caso onde houve negação de atendimento emergencial a uma pessoa que não tinha recursos financeiros para arcar com os custos da consulta. Tomamos conhecimento no grupo focal que isto não é tão incomum "eu falo

por mim, eu já paguei duas emergências pra paciente que não tinha condição. ” “Eu já botei mais de um paciente pra dentro sem pagar e eu já paguei pra dois pacientes que a tia <repcionista> ficou olhando lá e não deixava entrar. ” Outro participante diz já ter permitido o acesso à clínica de paciente que não podia pagar pelo tratamento, burlando para isto a vigilância da recepcionista.

A rigidez da norma sobre a necessidade de pagamento prévio é motivo até mesmo de disputa de poder entre funcionários da recepção, alunos e professores. Em um dos dias em que estivemos observando a clínica de ensino, uma das recepcionistas se irritou com o fato de uma professora querer *“passar por cima dela”*. A intenção da professora teria sido pedir ao chefe de clínica para que um aluno atendesse a um funcionário que não possuía dinheiro para pagar a consulta (R\$ 20,00 – vinte reais). *“Se ela consegue falar com ele, com que cara eu ia ficar? Com o aluno e com o paciente, com os dois. Eu ia ter moral alguma? Nunca mais! Esse aluno nunca mais ia me pedir nada, ia fazer tudo o que ele quisesse. ”* De acordo com ela, *“a regra é não atender”*. Queixa-se de que os professores às vezes *“ficam com pena do aluno”*. Dizem *“tadinho”*. *“Tadinho é o paciente, porque não consegue atendimento depois. ”*

Se por um lado entendemos o esforço empregado pelos funcionários em manter a ordem a partir dos critérios de ingresso estabelecidos para serviço, não conseguimos encontrar justificativas para a omissão de socorro a quem chega à clínica de formação com dor. A impossibilidade de efetuação de um pagamento (de baixo valor, inclusive) não pode ser responsável por um ato de negligência por parte de uma Instituição pública de Ensino Superior EM SAÚDE. Quais são os valores, os princípios cultivados por esta Instituição? Quais são os valores que deseja passar aos seus alunos como norteadores das suas atitudes no desempenho das atividades de aprendizado, futuramente profissionais? A lógica assistencial interna é puramente econômica? Como a IES pode conformar profissionais de perfil ético e humanista em um ambiente de ensino carente de acolhimento, respeito e cuidado para com o outro?

Procurando identificar se haveria algum viés na conduta relacional dos estudantes para com os pacientes por estarem em um ambiente de ensino, ou seja, baseado no fato de estarem prestando atenção em saúde a um público que se difere, geralmente, do que procura assistência em consultórios particulares, questionamos se recebiam orientações para oferecerem atenção distinta e como pretendiam agir fora da IES.

Os alunos A11 e A20 afirmam tratar a todos igualmente e acreditam que manterão a mesma forma de agir quando ingressarem no mercado de trabalho. A mesma postura é

demonstrada por A14 que complementa: “a gente aqui é treinado pra conseguir dar o melhor trabalho possível dentro da condição do paciente. Então eu acho que não tem diferença. ”

Por outro lado, A18 já não tem certeza de que conseguirá tratar a todos da mesma maneira:

*“eu acho que a gente aprende um... um jeito certo, né, de atender. Embora a gente vá vendo, assim, muitas vezes no serviço público e tal que as coisas não acontecem da forma como a gente é ensinado a fazer. Às vezes nem aqui na clínica mesmo. Falta tempo, aí tem que fazer instrução de higiene oral, mas aí a pessoa esquece, aí você não lembra, não dá, corre-corre e tal. E eu espero não... não fazer diferente, espero continuar a fazer do jeito certo. É o que eu espero, não sei se... (risos) se eu vou conseguir não (risos), mas é a expectativa, assim, que a gente consiga dar uma qualidade de atendimento boa, independente do lugar onde eu vou tá trabalhando, assim. (...) Eu já conheci, já tive a oportunidade de conhecer os dois tipos de profissionais, né, aqueles que... mudam e os que **são bons nos dois lugares**, então... se tem alguém que consegue, é possível, né (risos). Eu espero que dê certo. ” (A18)*

A diferença existe na disciplina ministrada por P7, com objetivo de realização de ajustes na terapêutica prescrita, de forma que todos recebam um tratamento eficaz, dentro das suas possibilidades econômicas. Este posicionamento é compartilhado por P9:

“então, quando você pergunta pra mim se tem diferença, não tem em termos profissionais, mas tem em termos de conduta. Eu tenho que adaptar a minha conduta pro melhor que seja pro paciente dentro da realidade do paciente. Não é negligenciá-lo, é diferente, é uma adaptação pra ele poder receber algo pra ele melhorar da situação em que ele está. Não adianta eu achar que o meu paciente que chega aqui eu vou dar, por exemplo, Clavulin que custa R\$ 110,00 a caixa e ele vai tomar um mês. Cem reais. Mas eu posso dar um antibiótico e associo com outro e vai dar o mesmo efeito do Clavulin e ele vai poder pagar. No meu consultório eu posso fazer a mesma coisa, associar e dar o Clavulin, de repente ele paga. ” (P9)

Na avaliação de P8, há diferença prescrita pelos docentes para o atendimento no setor público e no setor privado, e deve-se ter cuidado com os riscos de o ensino seguir tendências de mercado.

*“Bom, certamente, na odontologia, existem (interrompido) não tem como você ensinar e aprender odontologia sem você mostrar a realidade social, do entorno, principalmente quanto ao acesso a materiais, acesso a oportunidades de tratamentos mais caros ou menos caros. É, **eu acho que sim, existem diferenças significativas inclusive sendo ensinadas. Inclusive sendo mais incentivadas do que outras.** Por exemplo, existem diferentes maneiras de você tratar uma ausência dentária e a Faculdade não deveria se dar ao luxo de ensinar apenas uma ou outra maneira, dependendo da condição social da população ali que vive. Mas eu acredito que sim, existem diferenças e que os professores orientam essas diferenças... eu não sei como é que os alunos encaram isso, eu não sei como que essa influência é encarada. **Talvez o que, nesse momento, valha a pena comentar é o papel da comprovação científica dos tratamentos estipulados pelos professores.** Porque geralmente o que é vendido ou o que é passado pros alunos ou pros pacientes, no futuro, como sendo o melhor tratamento, o mais atual, nem sempre é o que é comprovado cientificamente naquele momento. Às vezes a gente precisa de anos de estudos para chegar a um determinado material que você tenha certeza que não vai*

ter nenhuma alteração adicional ao paciente, ou que aquilo vá durar na boca. A questão, por exemplo, do amálgama e da resina. Não necessariamente a resina que hoje, saiu ontem, é realmente o melhor produto. É claro que esteticamente é melhor do que um amálgama, mas não deveríamos ter uma diferença de ensino em relação às duas restaurações por conta de fatores variáveis puramente superficiais, ou sociais, ou estéticas. Mas existem diferenças sim. Tem gente que ensina implante como sendo a última, o melhor tratamento que existe e não é verdade. Não é verdade, que implante é o melhor tratamento, como também não acredito que o melhor tratamento é uma prótese parcial removível. Existem indicações bem definidas para um e para outro, de acordo com a literatura. O que falta, muitas vezes, é seguir um pouco a literatura, porque as pessoas acabam prevalecendo o que é mais vendido no mercado. Então, ‘eu vou ensinar você a ganhar mais dinheiro no mercado’, ‘o que o mercado pede’, então é isso e acaba (interrompido) mas isso é o que a gente busca evitar... não sei como que os alunos encaram isso. ” (P8)

É importante atentar para o fato abordado da falta de comprovação científica de alguns tratamentos, que são mais caros e massificados como melhores. Observamos que os alunos da IES apresentam, por exemplo, grande interesse em implantodontia, o que fez com que criassem um grupo de estudos para aprofundarem conhecimentos sobre a esta especialidade odontológica. Este é um exemplo de tratamento de alto padrão que vem sendo largamente difundido, inclusive em veículos de comunicação de grande alcance (como jornais impressos e televisão), como solução para substituições de dentes perdidos, o que aumenta a procura de clientes em potencial e um grande interesse de mercado por parte dos profissionais.

O foco na venda de procedimentos em detrimento da assistência em saúde também foi observado por alunos, conforme relato de A12:

"Eu acho que você botando o..., chamando o ser humano de cliente, você impõe muito uma coisa comercial, né (...) A gente tem um professor, eu até gosto dele, eu acho ele muito bom, mas ele tem uma visão de marketing, assim, muito grande. Então, ele fala assim: ah, porque aí o seu paciente vai lá pra fazer um clareamento e sai com três coroas, e sai com eu não sei o que. Sabe? Uma coisa, assim, muito comercial (...) eu acho mais importante você ver um ser humano que tá ali. ” (A12)

A mudança de comportamento dos egressos tem sido observada por P3 a partir do momento em que ingressam no mundo do trabalho, em virtude da questão financeira que passa a existir. Na sua visão, o mercado atua como agente regulador:

“Se eles não trabalharem direito, eles não vão receber dinheiro. Aqui se eles não trabalharem direito, no máximo eles vão levar pau na disciplina. Então eu acho que na hora que (interrompido) eu, eu tenho CERTEZA disso, na hora que eles se veem de frente pro mercado de trabalho, eles falam: “opa, ou eu faço o negócio mais ou menos direito ou eu tô ferrado. ” (P3)

Um discurso concordante é apresentado por P4:

“Com certeza. Isso que a gente não quer que aconteça, mas com certeza tem. Com certeza absoluta. Aqui eles procuram ver o lado mais deles mesmo, né. Eu tô generalizando, mas isso acontece com todo mundo. E é... mas é claro

que isso vai (interrompido). Você acha que no consultório deles eles vão deixar de qualquer jeito? Não vão, dificilmente. Se eles levarem isso pro consultório, não vão ganhar dinheiro, não vão ter o ganha pão. Porque hoje em dia, a concorrência é muito grande. ” (P4)

Quando questionamos o grupo focal sobre o este assunto, os participantes se mostram compadecidos com os pacientes da faculdade.

“São muito desassistidos. ” “A impressão que eu tenho é que a faculdade pensa assim: ‘ah, pra quem é tá bom. ’ Se ele vai sair sem uma prótese, ‘poxa, ele já tá sem há tanto tempo, não vai fazer diferença. ’” “É aquele paciente da faculdade que entra na pediatria e sai na disciplina de prótese total. ” “É triste saber que é a situação geral do país, né, se você não tem dinheiro, você tá ferrado. ” “Eles <professores> não têm vontade, sabe? ” (G)

Imaginam que a diferença quando, se formarem, estará no fato de poderem não atender a quem não pagar no consultório particular sem crise de consciência, porque acreditam que as pendências seriam restritas a procedimentos estéticos. Quanto aos pacientes da faculdade, gostariam de poder atendê-los independente de pagamento e discordam da forma com a qual o paciente é (dês)cuidado pela IES: *“Já ouvi de um professor que eu precisava entender que ‘paciente de faculdade é assim mesmo, ele faz dez vezes a endo, depois perde esse dente e vai... ’” (G)*

Dizem que o aluno é *“meio direcionado a não se importar”* com a situação dos pacientes. O ambiente de ensino os desmotiva, porque a produção é lenta, os professores já estão acomodados há muito tempo.

“Eu acho que não tem uma renovação assim. ” “Os professores dizem: ‘tá tudo certo, que o paciente vai reclamar um pouquinho, eu vou lá e falo com ele, falo que vou fazer, faço um pouquinho, melhora’. Parece política. Parece que a gente tá vivendo o que acontece no estado, na cidade, no país, a gente parece que vive aqui. Que tá tudo tanto faz, como tanto fez. ” (G)

Relatam que a diferença de tratamento é enorme quando os professores atende a um aluno como paciente, ou quando atendem alguém com objetivo de documentar o caso clínico para uso posterior em material didático – *“vira um evento, com utilização dos melhores materiais. ”* Revelam que alguns levam para a faculdade pacientes que não poderiam pagar pelo tratamento em seus consultórios particulares, mas que *“têm uma condição melhor do que a média”* dos que buscam assistência na IES. Nestes casos, a atenção é diferenciada e os docentes acabam executando os procedimentos muito mais do que os alunos que deveriam fazê-lo e o resultado, claro, é superior ao obtido pelos demais usuários. *“Aí eles trazem pra cá e supervisionam, acabam fazendo no final das contas.” “Acabam dando mais atenção também do que aos outros pacientes. ” (G)*

Durante a observação participante foi possível constatar esse mencionado padrão diferenciado de atenção, que ocorre quando o paciente em questão tem alguma relação pessoal, ainda que indireta, com docentes. O pai de uma conhecida de algumas professoras se apresentou para atendimento e uma delas disse que “se era pai de X, era paciente dela”. A partir daí, assumiu o atendimento que havia sido iniciado por uma aluna e esta participou do processo apenas como assistente - não realizou procedimentos, teve redução do potencial de aprendizado que o caso poderia gerar, mas ganhou os almejados (e necessários) pontos da produção.

5.2.4 - Compromisso com a honestidade para com os pacientes

Analisado por meio da observação do fornecimento de informações ao paciente sobre tudo o que se relaciona ao seu tratamento, inclusive sobre a ocorrência de erro profissional;

Alguns alunos reconheceram como uma relação ética entre profissionais e pacientes aquela que contempla a honestidade.

“Ah, eu acho que a gente tem que tratar ele bem, ter o material sempre estéril, conversar com ele sempre com tudo o que tá acontecendo. Por exemplo, se eu errar, explicar pra ele. ” (A11)

“Acho muito importante essa coisa de não mentir para o paciente, sabe? Falar assim: ‘não, vai ficar maravilhoso’ e você sabe que não vai. Ou então, ser uma coisa que vai ser trabalhosa e deixar isso claro pro paciente. ” (A12)

“Ah, eu compreendo com você ter uma relação honesta com o seu paciente, você, você sempre procurar fazer o bem dele, não procurar enganar ele, sempre expor os prós e contras de tudo, qualquer tratamento (se tiver, né, prós e contras). É... assim, o que seria melhor, mas também não tentar influenciá-lo, né. ” (A13)

Embora a importância da honestidade da relação entre profissionais e pacientes seja reconhecida, os dados nos mostram que a prática nem sempre é fiel ao discurso. Como relatamos, os pacientes não recebem todos os esclarecimentos aos quais deveriam ter acesso na clínica de ensino (como discutido no tópico sobre TCLE) e têm participação reduzida na elaboração do seu plano de tratamento.

Além disto, os usuários não são informados sobre a interrupção provocada na assistência a partir do desinteresse do aluno em concluir o seu caso, fato que os faz retornar à IES em busca de explicações e na tentativa de que seja possível um recomeço.

5.2.5 - Compromisso com a confidencialidade dos pacientes

Analisado por meio da preservação das informações dos pacientes pelos profissionais em formação e professores; do arquivamento dos dados e do acesso aos prontuários.

a) Preservação das informações

A **confidencialidade** está presente quando uma pessoa revela uma informação à outra, de forma privada, numa relação de confiança, verbalmente ou por meio de um exame médico, e a pessoa a quem o ato é revelado promete não a divulgar a terceiros sem permissão. A violação do direito da confidencialidade só se dá se a pessoa a quem foi revelada diretamente a informação revela isto a terceiros sem consentimento (Beauchamp, Childress¹⁴).

Há três tipos de argumentos que sustentam as regras para proteção da confidencialidade (Beauchamp, Childress¹⁴):

- Argumentos de base consequencialista: se os pacientes não pudessem confiar em seus médicos, para guardar segredo a respeito de algumas informações, ficariam relutantes em revelar informações completas ou em autorizar a realização de exames, o que impossibilitaria a realização de diagnósticos e prognósticos acurados ou a recomendação de melhores tratamentos.
- Argumentos de autonomia e privacidade baseados em direitos: levam em conta os princípios morais, como respeito à autonomia e à privacidade. Violações da confidencialidade são frequentemente consideradas como violações da privacidade e da integridade pessoal e adquirem uma importância especial quando os fatos revelados expõem o paciente a riscos legais, perda de amigos e de relacionamentos amorosos, desolação emocional, discriminação, perda do emprego etc.
- Argumentos baseados na fidelidade: é relativa à fidelidade no relacionamento entre médico e paciente, uma obrigação do profissional em cumprir com as expectativas do paciente com relação à privacidade e de fazer jus à confiança de que a confidencialidade será mantida.

Estas regras não são absolutas, havendo obrigações legais e morais de se divulgar uma informação confidencial caso existam riscos sérios para terceiros. Para esta avaliação, leva-se em consideração a probabilidade de que o dano venha a se concretizar e a magnitude desse dano, em contraposição à obrigação de se guardar a confidencialidade (Beauchamp, Childress¹⁴).

Em escolas de formação em saúde, é comum os alunos relatarem uns aos outros informações relativas aos casos que estão sob seus cuidados. Esta situação pode contribuir para o aprendizado, mas deve ser cercada de cuidados para não ocorram exposições desnecessárias nem falta de ética, o desafio é preservar o paciente mantendo as discussões casuísticas em nível científico.

Sobre esta questão, há quem não apresente segurança quanto ao que pode ou não ser comentado, como vemos no relato de A11.

“O paciente te conta na cadeira, eu acredito que seja só pra mim, eu não vou sair do consultório e contar pra todo mundo (...) Assim, teoricamente a gente não pode ficar contando o que acontece, mas por exemplo, eu tô com a minha amiga e a gente tá almoçando, aí a gente conta uma pra outra o que aconteceu. Por exemplo, semana passada a minha amiga tava atendendo um paciente com AIDS. Eu acho que teoricamente a gente não podia (interrompido) assim, mas é porque a gente também POR EXPERIÊNCIA talvez, tava trocando experiência, aí ela me contou que ele tinha AIDS, falou ‘ah, que bom, pelo menos o paciente avisou que tinha AIDS, tem uns que não avisam.’ Entendeu? (...) É, a gente conversa. Mas assim, eu acho que aqui na graduação, por um momento a gente pode considerar antiético, né, mas também é bom pra nossa formação, porque a gente tá trocando experiências. Como aqui é o lugar disso, eu acho que aqui ainda é válido, se a gente, óbvio, tratar o paciente com respeito.” (A11)

Podemos dizer que a preocupação com a confidencialidade esteve presente no discurso de alguns entrevistados, conforme pudemos mostrar na discussão sobre ética na relação profissional-paciente. A título de ilustração, recolocaremos aqui trechos dos relatos apresentados que confirmam o que estamos afirmando:

“É não comentar nada de um outro caso, de um outro paciente, não citar nomes, sabe?” (A17)

“(...) o respeito de, de... do sigilo dos casos, das informações, de você tratar realmente aquilo com seriedade, né?” (A18)

“Você tem que tratar ele como seu paciente, o que ele tá te falando ali você não tem que falar para as pessoas, porque ele tá ali como seu paciente, não tá ali como seu amigo ou como (interrompido) você tem que tratar todos os pacientes de maneira igual e não tem que levar os problemas dele ali pra alguém. Às vezes ele não quer contar pra alguém que ele tem alguma coisa no dente.” (A19)

Uma situação que compromete a confidencialidade nas clínicas de ensino é a própria estrutura física, em decorrência da proximidade entre as cadeiras odontológicas.

Posicionadas lado a lado e sem divisórias, permitem a visualização dos atendimentos e escuta da coleta de dados por pessoas que estejam próximas a quem está sendo atendido.

b) Arquivamento dos dados/ acesso aos prontuários

Ao pensarmos na confidencialidade da assistência, devemos considerar a necessidade de que as informações contidas em prontuários, materiais e exames complementares de diagnóstico sejam protegidas. Como abordado por Beauchamp e Childress¹⁴, em instituições de ensino o sistema de proteção dos dados dos usuários das clínicas de aprendizagem tem vulnerabilidades, uma vez que muitas pessoas (entre recepcionistas, assistentes, alunos e professores) podem ter acesso às fichas dos pacientes. Essas vulnerabilidades são maiores na medida em que não haja um adequado método de arquivamento/desarquivamento dos registros e um cuidadoso trânsito de informação entre a equipe de saúde.

Na IES avaliada, observamos falhas nesses processos. Grande parte das fichas, arriscamos dizer que a maior delas, fica empilhada sobre as mesas dos recepcionistas devido à ausência de um local adequado para armazenamento das mesmas, o que por vezes resulta em perda e conseqüente comprometimento do sigilo profissional. Como os pacientes permanecem em tratamento por longos períodos e não há um controle eficaz sobre os casos concluídos, os prontuários ganham volume na medida em que o paciente ganha novo acesso à clínica de ensino.

“Isso dificulta muito <a fragmentação do serviço>. Tem pacientes (aquele caso que eu te falei, né) que estão aqui há 10 anos pra fazer o tratamento, 12 anos pra fazer o tratamento, então eles já têm aquela ficha de 10 cm de espessura quase, cheia de folhas dentro e aí tem lá no meio... e aí ele assinou aquilo, sei lá, em 2006, mas tá assinado. É... eu gosto sempre de ver se tá tudo assinadinho direitinho, bonitinho, mas nem sempre eu consigo fazer isso tudo, ainda mais por essa coisa de fazer produção e tudo mais. ” (A12)

Por estas razões, muitos alunos apresentaram descontentamento com o sistema de armazenamento de dados adotado pela faculdade. Este fato foi usado por eles até mesmo como justificativa para não terem percebido a existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entre as informações dos pacientes. Alguns estudantes apresentaram, inclusive, sugestões que visam resolver o problema institucional.

“Não sei se você já pegou a ficha, mas a ficha é cheia de folhas, tem evolução de 2009, né?! Eu só acho que isso poderia ser arquivado, arquiva e deixa a ficha com a gente, porque a chance de perder é muito grande. ” (A17)

Outro transtorno importante causado pela perda das fichas é ressaltado por A20, o atraso na prestação de assistência aos usuários:

“Não deveria ter fichas e PAPEIS e MILHÕES de papelada pra tudo o que é lado, porque já aconteceu várias vezes de perder - tanto o aluno perde a ficha ou as secretárias lá acabam se desorganizando por algum momento e perdem a ficha. Se tivesse um computador a secretária não teria nenhum problema de desorganização, era só computar lá, escrever e arquivar, não ter que ficar correndo de um lado pro outro num armário enorme pra pegar uma ficha e procurar o nome do paciente, número. ‘Ah, não é esse nome, não é esse número, não é essa ficha. Cadê a folha tal, cadê?’ Entendeu? Isso é uma coisa que é um atraso muito grande, então às vezes a gente, tendo esse atraso, a gente já tendo feito a anamnese, tendo feito vários exames clínicos, tendo tudo, plano de tratamento, só pra próxima consulta o paciente já começar o tratamento, aí chega na clínica seguinte o papel sumiu. ‘Cadê a ficha do paciente?’ ‘Ah, refaz.’” (A20)

5.2.6 - Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes

Analisado por meio da observação da inexistência de exploração dos usuários das clínicas de ensino por alunos e professores com o objetivo de obtenção de vantagens pelos profissionais;

Uma importante análise comportamental destacada por Bauman^{2,3,4} refere-se à fragilidade e superficialidade das relações da sociedade consumista moderna. Trata-se da transferência do comportamento consumidor-produto para as relações interpessoais, quando se “coisificam” as pessoas independentemente do fato de tais “objetos” serem dotados de sensibilidade, consciência e sentimentos.

Este diagnóstico sociológico descreve, em nossa compreensão, o que seria uma relação profissional-paciente motivada pelo interesse na obtenção de vantagens pessoais.

Sobre este aspecto, chama-nos a atenção o relato de um dos docentes (P4), que descreve com precisão a sequência de atendimento que reconhece como sendo ideal para o desenvolvimento dos planos de tratamento, na clínica integrada:

“A saúde em primeiro lugar, né. Então, a parte de gengiva, de saúde periodontal, se tem algum resto radicular pra exodontia. A gente vai botando nessa faixa. Depois a gente entra na fase de provisórios, a parte de prótese. Cárie, se tiver cárie, adequação do meio. Isso tudo. Sempre a parte de saúde primeiro e de adequação, pra depois entrar na parte de estética e reabilitação.” (P4)

Em sua análise sobre o que acontece de fato no cotidiano da atenção, revela que os alunos desejam iniciar os tratamentos pela parte cirúrgico-restauradora, o que faz com que negligenciem cuidados necessários ao reestabelecimento da saúde bucal dos pacientes, por terem pressa em realizar procedimentos de maior complexidade.

“Então, é isso o que os alunos não gostam, porque perdem um tempo inicial adequando aquela boca, trazendo saúde, né. Pede diário da dieta, pede pra

*fechar cavidades abertas, isso tudo o aluno não quer fazer. Tá no 7º e no 8º, quer fazer a parte de prótese. Mas eu não deixo, a gente não deixa enquanto o paciente não estiver adequado. **Aí vem a história de o aluno eliminar aquele paciente pra pegar um que já esteja pronto pra atendimento. E isso acontece **DEMAIS** aqui. Mas é culpa do aluno? É, mas nosso sistema de avaliação é falho por conta de não termos um outro tipo de avaliação. A gente tem noção de que isso tem que ser mudado.** ” (P4)*

Retomamos aqui a importância da implicação dos sistemas de avaliação de alunos adotados pelas IES no estabelecimento de uma postura ética na relação com os usuários de suas clínicas de ensino. Os métodos empregados precisam ser pensados com atenção de modo que não venham a contribuir para (nem estimular) o estabelecimento de débeis vinculações de cunho exploratório.

Além disto, o mecanicismo e a tecnificação da odontologia precisam ser enfrentados no ambiente de formação, para que o ato invasivo de reparação não seja colocado em patamares superiores de valorização quando comparado às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, pois estas são capazes de gerar significativas melhorias nos indicadores de saúde da população e de inibir a ocorrência de danos evitáveis (Moysés⁸⁸).

Uma das formas de melhorar este cenário, na percepção de P4, seria contemplar também uma forma de análise do conhecimento teórico dos alunos:

*“Não só basear toda a carga de pontuação do aluno na parte de prática, a gente teria que dividir isso também pra teoria, entendeu? Pra que eles possam desenvolver um paciente (interrompido) dar um valor menor a essa prática pra que eles possam desenvolver o paciente da maneira que tem que ser, integrada e integral. (...) nossa, meu sonho de consumo aqui é isso, você realmente receber um paciente e que eles possam ficar nesses dois períodos, no 7º e no 8º, e finalizar o caso, dar a alta do paciente realmente com saúde. E não o que a gente vê **MUITO**, né, o paciente eles querem fazer uma coroa, olham aquele dentinho (interrompido). Isso eu falo na aula inaugural, <o aluno> olha só aquele dente, planeja só aquele dente pra ter a pontuação daquele dente e o paciente todo estourado no resto. Quer dizer, qual é a reabilitação? Qual é a saúde que você tá dando para aquela pessoa? Nenhuma.” (P4)*

Esta não nos parece ser uma medida resolutiva. A inclusão de uma prova teórica sobre conhecimentos técnicos não fará com que os alunos adequem suas relações com os pacientes para patamares onde a conduta ética profissional prevaleça. O foco da mudança que julgamos ser necessária está na qualidade da relação que tem sido estabelecida com os usuários da clínica de ensino. O “sonho de consumo” em questão de P4 pode ganhar materialidade na medida em que docentes e coordenação saiam da aparente posição de “observadores do caos” e trabalhem para este fim, alterando o sistema vigente, reconhecidamente danoso.

Como afirma Bauman², “diagnosticar uma doença não é o mesmo que curá-la. (...) No caso de uma ordem social doente, a falta de um diagnóstico adequado é parte crucial e talvez decisiva da doença” (p.245). Desta forma, acreditamos que seja necessário que professores, direção (geral e de ensino) e funcionários avaliem criticamente o sistema de funcionamento que vem sendo adotado para a formação de alunos e prestação de assistência aos usuários pela IES, de maneira que possam ter clareza sobre os problemas existentes e das suas implicações em cada um deles. Sob a ótica apresentada, esse pode ser “um passo para a cura” que se faz necessária (p. 245).

5.2.7 - Compromisso com as responsabilidades profissionais

Analisado por meio da observação da conduta de docentes e alunos na colaboração para o cuidado dos pacientes, da conduta de docentes para com os discentes no zelo pelo adequado exercício profissional, no estabelecimento de uma relação de respeito para com os pares e na participação da autorregulação de sua profissão.

Pelo fato de os alunos ficarem sob a supervisão de diferentes professores nos espaços de aprendizagem prática, os relatos colhidos têm um conteúdo diversificado sobre as relações entre docentes, discentes e pacientes. É curioso perceber que isto promove uma variação de padrões, inclusive, na avaliação dos discentes e no nível de exigência e atenção realizada pelos docentes, conforme nos revela G:

“Cada box funciona de um jeito. Tem box que você tem que usar tudo branco, que você tem que estar impecável. Tem outros boxes que se você for de calça jeans você atende. Isso depende do professor. Alguns professores exigem material especial, outros só permitem que trabalhos sejam feitos em um determinado laboratório, outros dão mais opções. ” “Tem um que faz de um jeito, tem um que faz de outro, tem um que quer um material específico, que é mais caro, e você tem que comprar pra fazer aquele box, senão você não senta lá não - ‘senão eu não sento pra te ajudar, só se você tiver o pincel X’ (imita o professor com discurso pedante). ” (G)

a) O cuidado na clínica de ensino – docentes e alunos para com os pacientes

É difícil conceber uma cultura indiferente à eternidade e que evita a durabilidade. Também é difícil conceber a moralidade indiferente às consequências das ações humanas e que evita a responsabilidade pelos efeitos que essas ações podem ter sobre outros. O advento da instantaneidade conduz a cultura e a ética humanas a um território não-mapeado e inexplorado, onde a maioria dos hábitos aprendidos para lidar com os afazeres da vida perdeu sua utilidade e sentido (Bauman², p.149).

Quando questionamos o grupo focal sobre o que pensam em relação à postura dos docentes e dos alunos em relação aos pacientes, dizem: *“tá na hora de ir. Rs. É sério mesmo? É brabo. Eu acho que é brabo, brincadeiras à parte.”* *“Os professores deveriam ter alguma coisa para renovar, reativar aquela vontade que eles tiveram de ser professores algum dia, muitos deles.”* *“Os alunos têm uma visão muito mais humana dos pacientes, mas a instituição não.”*

Na visão do grupo, os docentes precisam ter consciência de que os pacientes atendidos na instituição são diferentes (nos aspectos sociocultural e econômico) dos que pagam alguns mil reais para serem atendidos no consultório deles, e *“que às vezes não têm condição de pagar o MELHOR trabalho”*. Dizem ainda que existem dois padrões de qualidade dos serviços realizados *“o muito lindo, que vai ficar perfeito, que vai te dar um nome, que você vai botar no facebook e todo mundo vai te elogiar”*, e o trabalho *“funcional”*, que é o que o paciente pode pagar, *“mas não vai ser tão bonito, você não vai tirar uma foto e fazer um trabalho com ele, mas é super funcional e ele vai ficar satisfeito, vai atender a demanda do paciente.”*

De acordo com A18, os professores ensinam os alunos a atenderem os pacientes de forma correta, *“direitinho”*:

“Às vezes uns dizem que, né, que é pela pontuação, pela avaliação, não tanto com o enfoque pelo paciente, mas da mesma forma cobrando um atendimento, né, de qualidade. ‘Ah, oh, se não botar óculos no paciente, perde ponto. Se não botar não sei o que, perde ponto.’ Mas assim, mesmo que não seja te dando aquela consciência de que é pelo bem-estar do paciente, pra segurança dele, pra nossa segurança, te obriga de certa forma a fazer aquilo no automático. Então, de uma forma ou de outra, a gente é ensinado desse jeito (risos).” (A18)

Diante do exposto, pensamos sobre o benefício que poderia ser produzido ao se provocar nos discentes o olhar para o processo de cuidar com o foco na obtenção do bem do outro, na beneficência, e não exclusivamente pelo ganho que isto possa gerar - no caso, pontuação. Contemplar reflexões sobre ética aplicada ao cotidiano das práticas, a partir das vivências nos cenários de aprendizagem, é um caminho que contribui para a conformação de profissionais mais conscientes dos seus deveres morais e capacitados para uma práxis mais cuidadosa e humanizada.

Quando questionamos os alunos sobre o que julgam ser importante em suas condutas pessoais na relação com os pacientes, os discursos revelaram preocupação com uma postura ética, respeitosa. Para alguns, deve haver ainda certo distanciamento:

“ Eu acho que eu tenho que ter um bom relacionamento com meu paciente, ou seja, esclarecer todos os procedimentos que eu for realizar, é... dominar, né, a técnica, os conhecimentos técnico-científicos. Enfim, acho que é isso. Ser honesta. Ah, não sei, eu acho que é isso. Fazer um planejamento com o paciente, esclarecer todas as dúvidas que ele tiver, informações. É... não assim, por exemplo, se eu não sei fazer alguma coisa, não extrapolar, sempre pedir ajuda, auxílio dos professores e é isso. Sempre estudar e tudo mais. ” (A16)

“Primeiro de tudo educação, depois um comportamento assim, uma relação um pouco mais... não fria, mas sim uma relação mais profissional, digamos assim, paciente e dentista, no caso. Porque muita gente às vezes começa a trazer, a tratar muitas vezes como amigo, o paciente às vezes começa a achar que pode chegar aqui entrando e não é assim que funciona, então tem que ser uma relação o mais formal possível e íntegra. ” (A20)

“Respeitar o que o paciente falasse, mas não deixar o paciente mandar no tratamento. Lembrar sempre ao paciente que o dentista era você. ” (A16)

Discurso similar tem A17, pois acredita que agindo assim é possível conter os pacientes que querem intervir um pouco mais no atendimento: *“pelo jeito da pessoa a gente vê quando vai opinar demais, quando quer interferir demais. (...). Tem paciente que acha que é dentista também, porque é tratado há tanto tempo, que vem aqui há tanto tempo que acha que é dentista (risos). ”*

A importância da pontualidade e da assiduidade é destacada por A15: *“você começa à 1h, quinze pra 1h a gente tem que tá aqui pro paciente ENTRAR à 1h, entendeu? Pra não deixar o paciente ali, porque normalmente a gente marca o paciente pra tarde e ele já tá aqui desde de manhã, entendeu? ”*

Muito embora isto seja preconizado enquanto conduta pelos docentes, o funcionamento na prática caminha em outra direção. Observamos que na clínica integrada de sexta-feira à tarde o atendimento aos pacientes tem início sempre com um grande atraso. Questiono sobre este fato, ao que A15 responde:

“De segunda à quinta funciona bem melhor isso aí. E sexta-feira à tarde, então é mais ainda, até porque a clínica de sexta de manhã é endodontia, ao menos a minha e da maior parte do pessoal que tá aí, e a endo termina meio dia e meia, entendeu? Pra gente chegar aqui à 1h, é quase impossível. A gente chega uma e meia, quando dá. ” (A15)

Esta é mais uma situação na qual é possível constatar a incoerência entre discurso e vivência. Os atrasos foram percebidos, de forma recorrente, em vários turnos onde realizamos a observação participante. De acordo com o grupo focal, os professores muitas vezes contribuem para que aconteçam, porque ficam *“conversando em sala anexa à clínica, comendo sobremesa, tomando cafezinho”*. Como os alunos só podem iniciar os procedimentos sob supervisão, ficam *“andando de um lado para o outro atrás dos*

professores”, “aí você fala ‘poxa professor, eu fui te procurar’, aí eles falam: ‘não vem com essa desculpa na próxima não, na próxima você vai trabalhar, tá?’ Como assim, cara? Eu só quero trabalhar, eu tô atrás de professor o tempo todo. ”

O reduzido tempo de atendimento compromete o desenvolvimento e a conclusão dos casos e é um fator que precisa ser observado na organização da agenda acadêmica, de forma que as clínicas possam ter seu tempo de funcionamento preservado e bem aproveitado pelos acadêmicos e pelos usuários. Ao discutir o cuidado na assistência, não podemos deixar de pontuar que o cumprimento do horário previamente marcado também configura um ato de respeito para com os pacientes.

A necessidade de intervenção de docentes com o objetivo de reprimir comportamentos inadequados de alunos para com os pacientes é citada por P7.

“Eu já tive aluno que falou pra mim que só trata morador da Barra, então, na verdade, esse aluno tá completamente despreparado pra uma área de saúde num país como o Brasil. Não tem estrutura emocional pra isso. (...) ‘não sei por que eu tenho que aprender isso, lidar com esse tipo de pessoa se eu só vou atender gente da Barra. Meu pai vai comprar uma sala, montar um consultório pra mim e eu só vou atender gente da Barra’. Provavelmente vai acontecer isso, mas qual profissional de saúde a gente tá formando, se ela tem cara de pau de falar isso pra uma professora? Se ela fala pra mim que a minha disciplina não serve pra nada, que XXXXXX não serve pra nada? Qual a visão que ela tem de saúde global desse paciente? Nenhuma, né? Então, isso é muito difícil. Você tem que pegar uma paciente e ensinar que ela tem que ter respeito porque aquela pessoa que ela tá acostumada a tratar como empregada, que o pai paga salário ou aquela pessoa que ela tem nojo, que é um pivete na rua, é um semelhante igualzinho a ela e ela foi privilegiada e ele não. Mas a doença pode dar nela como pode dar nele. Ela pode até nunca querer atender, é um direito dela, mas respeitar ela tem que respeitar. Isso é difícil. ” (P7)

Durante a observação participante, foi possível constatar que alguns docentes tomam atitudes que classificaremos aqui como “negativas” em relação ao cuidado. Uma das professoras tratou um paciente com muita rispidez por ele estar falando ao celular. Disse em tom de voz alterado que ele não pode falar alto na clínica, que desligasse o aparelho ou saísse pra falar. O homem reduziu o tom de voz, mas ela persistiu em agir de forma descortês, questionando em alto e irritado tom de voz: “o senhor ouviu o que eu disse?” Em seguida, afastou o braço da cadeira odontológica para que ele saísse. Visivelmente assustado, o usuário desliga o telefone e reclama com as alunas que o atendiam depois: “essa mulher veio falar grosso comigo. ”

Vimos ainda um professor falando em tom de voz muito elevado com o mesmo paciente, dizendo que ele tinha feito algo errado e que havia sido orientado sobre a situação desde o primeiro atendimento. A13 era responsável pelo seu atendimento e nos esclareceu a situação:

“A gente tinha feito aumento dos incisivos dele com resina porque ele tem bruxismo e tinha desgastado os dentes e morde com muita força e esse dente 12 que ele fraturou bem ao nível ósseo tinha uma restauração grande de resina na palatina e um pino de fibra de vidro pra reforçar o dente e a gente cansou de avisar pra ele não ficar mordendo nada muito duro e nem com muita força e ele foi comer um bolo e mordeu um caroço, sem saber, com força e fraturou a coroa ao nível ósseo.” (A13)

Diante destas informações, entendemos que houve um acidente, o paciente desconhecia a existência de algo que danificaria a sua prótese dentária dentro de um alimento cuja textura é macia. Em nossa compreensão, não há justificativa para que o paciente seja culpabilizado por esse episódio e muito menos para que seja exposto perante tantas pessoas, em ambos os casos. Mais do que isto, em um ambiente de formação, onde sabemos que atitudes e comportamentos apresentados pelos docentes afetam a conformação do perfil profissional dos estudantes no processo de socialização, não deveríamos nos deparar com rispidez e destrato.

É importante que a prática docente tenha uma “lógica relacional” com o saber docente e seja comprometida e responsável pela expressão da prática do “cuidado em saúde nos atos dos profissionais formados por suas instituições” (p. 169). A relação dos docentes com o saber não se resume à mera transmissão de conhecimento teórico (Koifman⁹³).

No dia anterior à nossa conversa, A16 viveu uma situação que muito lhe desagradou a qual quis compartilhar conosco. Na prestação de assistência a um paciente da emergência, teve insegurança na realização de um procedimento que nunca havia realizado. Solicitou ajuda da docente que supervisionava os casos do setor e o que se seguiu foi uma situação que avaliou como antiética por parte da professora:

“Aí eu chamei a Professora para me ajudar, e tudo o mais. Antes, eu contei o caso para ela, que ficou lá na salinha dela. Ela devia estar no box dela, mas ela estava na salinha dela. Aí eu contei o caso e ela falou assim: “ah, não. Faz isso, isso e isso.” Aí eu: “Ah, tudo bem, Professora, porque, como é que eu vou tirar o pólipó, porque eu nunca fiz isso então, sei lá, eu vou com a broca, vou passar uma... enfim (interrompido). Aí ela, ‘Ah é? Faz isso não sei o que, tenta até com uma colher de dentina que às vezes sai, não sei o quê lá.’ Aí eu voltei, eu olhei pra aquilo de novo eu falei assim, ‘ah, mas eu não quero fazer isso sozinha não, nem que ela só (interrompido) só quero que ela esteja aqui olhando para o que eu estou fazendo.’ Aí eu fui lá e chamei de novo. Aí ela veio. Aí o menino não conseguia abrir a boca muito bem... se ele ficasse muito tempo ele começava a sentir dor, tanto que eu até coloquei um abridor de boca depois. Aí ela sentou e tal, não sei o que, já meio assim ríspida com ele, e já falou para o menino: ‘Se você não abrir a boca, não vai dar pra a gente fazer o tratamento, não sei o que... você tem que abrir a boca agora, nã, nã, nã ‘ Mas assim, de uma forma grossa. Você pode pedir com gentileza, sabe? Primeiro contato que você está tendo com a pessoa, sabe? Você não sabe nem o problema que ela tem, se ela tem algum problema articular, enfim, que ela realmente tem limitação de abertura. Não, mas você já chegou desse jeito. Aí

foi isso que aconteceu. Mas ela já tem fama de ser grosseira mesmo com os pacientes, então...” (A16)

Um fato que mostra o quanto o grau de autonomia dos pacientes pode ser comprometido na clínica de ensino, a partir de posturas relacionais hierarquizadas dos participantes da assistência, nos foi revelado por A20:

“Então, tem professor que já chegou pra um paciente desses que tava reclamando e mandou o paciente ficar quieto porque tava irritando, mandou o paciente enfiar uma meia na boca e ficar quieto porque senão ele não ia atender se ficasse reclamando e enchendo o saco... Essas coisas assim. Às vezes o paciente quer se expressar, quer falar alguma coisa, quer ter alguma necessidade, alguma coisa, alertar o professor alguma coisa e o professor não tem a paciência e fala ‘olha, se você ficar falando eu tenho (interrompido) não vou ficar perdendo meu tempo aqui não. Abre a boca logo que eu tenho que fazer isso porque eu tenho que ir embora. Então vamos logo que tem gente pra caramba pra eu atender aqui ainda, não tem que ficar reclamando não. ’ Entendeu? São coisas que me deixam um pouco desconfortável e meio que o paciente acaba se abrindo com a gente, com os alunos. Cabe a gente manejar, tentar equilibrar a situação, deixar o paciente mais tranquilo com relação a isso. ” (A20)

Quando pergunto a A20 o que é feito quando esse tipo de situação acontece, com o intuito de saber se há intervenção de alguém ou da coordenação, responde:

*“Fica nisso mesmo porque o professor é muito bom, então... não adianta (risos). Meio que (interrompido) se adianta eu não sei, mas a sensação que a gente tem é de que é inútil, completamente inútil a gente chegar e falar. Eu acho que é mais uma dor de cabeça pra gente, **o professor vai arrumar às vezes uma encrenca com a gente de bobeira.** ” (A20)*

Dentre os alunos, houve quem refletisse durante a conversa sobre o padrão de atenção que vem prestando aos usuários, fazendo uma inferência para seus afetos pessoais.

“Eu acho que, assim, eu nunca atendi ninguém amigo, familiar, mas a gente acaba (interrompido) claro que tudo o que a gente faz aqui a gente faz da melhor maneira que a gente acha que tem que ser, né, mas eu acho que quando você atende alguém conhecido você fica com muito mais precauções assim, não sei, você fica com mais medo então você se preocupa muito mais (risos). Não é o ideal, mas eu tô sendo sincera (risos). ” (A19)

Como podemos ver, muitos são os relatos sobre tratamento inapropriado, desrespeitosos por parte dos docentes da instituição. Paralisados pelo medo de represálias, os alunos não reagem e estes equívocos são silenciados e assim se multiplicam. Por esta razão, retomamos aqui uma questão colocada no início da nossa discussão – a importância da educação permanente, por meio da qual os professores podem analisar a si e ao impacto de suas ações no ambiente de ensino e assim remodelar suas práticas. Para isto, é fundamental que a IES dê voz aos discentes, funcionários, usuários e aos próprios

professores, em avaliações que visem o desnudar dos problemas existentes para que sejam resolvidos.

b) O cuidado na clínica de ensino – docentes para com os discentes

Ao longo da coleta de dados, em vários momentos os alunos, em separado e no grupo focal, fizeram menções (nem sempre positivas) às relações estabelecidas com os professores nas clínicas de ensino.

De acordo com o grupo focal, a forma com a qual o corpo docente trata os alunos na IES é crítica, mas acreditam que este seja um problema de origem institucional, “toda a faculdade está muito desestimulada ou acomodada com a situação ruim que está”. Por terem uma relação vertical com a maior parte dos professores, têm medo de apresentarem algumas reclamações e serem reprovados pelos docentes como retaliação “*quem fala é pressionado*” “*ninguém quer ser reprovado, né. Ninguém se ilude de... eu não vou levantar bandeira no meio da clínica e falar: ‘galera, vamos começar a cobrar a presença dos professores.’*” Temem que agindo assim não sejam ajudados na nota final, caso seja necessário. “*Aí você vai falar pro cara, que é teoricamente o chefe dele, que ele não tá fazendo o trabalho dele, pra ele tomar uma chamada com 40 anos de faculdade, 30 anos de faculdade? Depois o professor vai ficar com raiva de você e não vai querer mais te ajudar*”

Alguns docentes são vistos como pessoas de comportamento pedante: “*Tem uma galera. As vezes não fala nada, só olha assim de cima, sabe?*” (A12)

E há ainda quem provoque medo, como nos foi possível presenciar. A entrevista com A14 aconteceu em dois momentos, pois houve necessidade de interrupção da conversa para que assistisse a uma aula. Nesta ocasião, demonstrou nervosismo ao tomar conhecimento de que o professor, que passou por nós a caminho da sala de aula, já havia iniciado a preleção e, possivelmente, teria ficado com falta no registro de frequência dos alunos. Colocamo-nos à disposição para conversar com o professor, caso isto tivesse acontecido, mas respondeu em tom apreensivo “*não, mas ele é um pouco inflexível com algumas coisas.*”

Na percepção de G, os alunos sozinhos não têm poder de transformação do sistema vigente. Reconhecem ainda que o incômodo não é de todos – há entre os acadêmicos quem goste quando o paciente falta, quem não marque paciente e vá à clínica só para ter presença, quem não se importe com o sistema que prevalece atualmente.

Um dos fatos que mais nos chamou atenção está relacionado ao abandono dos alunos na clínica de ensino. Esta situação faz com que tenham grande apreço pelos professores que cumprem expediente adequadamente nos cenários de prática, quando, em nossa avaliação, este deveria ser o comportamento padrão dos docentes. Não podemos esquecer que locais de aprendizagem requerem supervisão, ensino e cuidado – os alunos desenvolvem suas habilidades técnicas atendendo seres vivos! Além disto, os responsáveis técnicos pela atenção prestada nesses ambientes são os professores.

“A gente sempre tem algum professor que a gente acha muito bom e você olha “poxa, eu queria ser assim”. “Tem um que se a clínica começa às 9h, ele tá aqui 15 para as 9h. A clínica acaba às 17h, mas você inda tá com paciente na cadeira, ele vai ficar aqui. Enquanto isso, tem muito professor que não tá nem aí, tá com paciente e ele fala: ‘tá acabando? Tá acabando? Tá tudo bem, beleza, tô indo embora, tchau’” (A19)

Relata uma situação em que teve complicações ao final de um atendimento e necessitou buscar ajuda de estudante de pós-graduação, porque o docente que deveria estar supervisionando o seu trabalho já havia ido embora.

“A paciente tava sentindo MUITA dor, muita dor. A sorte é que tinha um menino da especialização aqui e ele ajudou a gente. (...) Eu fico p da vida com isso. A gente quer aprender. Tudo bem que tem gente que não liga, mas eu acho que a maioria aqui quer aprender. Porque às vezes tem gente que não liga até certo período, mas eu acho impossível uma pessoa já no 7º, 8º período na integrada dizer que não tá nem aí, porque a pessoa já tá quase se formando, né gente? ” (A19)

“Nunca aconteceu comigo, mas eu já cansei de ver gente com paciente na cadeira e os professores já terem ido embora. Isso é um absurdo porque se acontece alguma (interrompido), mesmo se não acontecer nada, você tem que tá ali até o final do atendimento, né. Se a gente tá, eu acho que o professor também tem que tá, porque pode acontecer alguma coisa que fuja do seu controle, sei lá. Mas isso acontece direto, aqui na integrada. (...) Na integrada, é triste a situação. Tem alguns laboratórios que também é tipo 4 horas <16h> a professora já começa a apressar a gente pra terminar porque tem que ir embora, não sei o quê, trânsito, nã, nã, nã. Enfim, a gente fica no sufoco, né? (...) E eu acho que assim, a partir do momento que os professores se dispõem a serem professores, eu acho que eles realmente têm que exercer esse papel, não se preocupar em horário de clínica ficar na sala fazendo trabalho pra não sei de quê, eu acho que eles têm que ficar realmente aqui à disposição dos pacientes, ou seja, por meio da gente porque nós é que vamos atender, então acho que eles têm que tá à disposição aqui e ficar realmente, o horário que for, porque a gente fica. ” (A16)

Na observação participante, comprovamos estes relatos ao ver professor focado na correção de trabalhos escritos, enquanto a clínica estava em funcionamento e alunos apesentavam dificuldades na realização de alguns procedimentos. Vimos ainda professores apressando uns aos outros para saírem para almoço antes do término do turno, enquanto muitos alunos estavam envolvidos em atendimentos.

Outra questão que mereceu evidência por parte de alunos e docente entrevistados foi o fato de alguns professores não cumprirem adequadamente expediente na IES, o que dificulta o acesso dos alunos ao docente e parece comprometer o sistema de avaliação individual, nem sempre imparcial.

A12 diz que muitos alunos têm problemas de relacionamento com o professor de uma determinada disciplina obrigatória.

“O professor também não é uma pessoa muito fácil de lidar, porque (interrompido) ele não está aqui na escola sempre, assim, tem uma dificuldade de acesso mesmo ao professor. E ele deu a nota clínica do aluno olhando a foto: ‘quem é esse aluno? Não sei quem é. Fulano abre aí o Facebook pra eu ver a foto do aluno, pra saber quem é esse aluno.’ Eu fiquei absurdada com isso, porque é um absurdo isso de você passar 4 meses com o aluno e você não saber quem é o aluno, ter que abrir o Facebook para ver qual é o rosto do aluno para você dar a nota clínica, isso é um absurdo. Esse professor... ele é da Liga Acadêmica de XXXXX. Tipo assim, os alunos que são da liga passaram todos com notas altas e teve alunos, às vezes, que fez um trabalho semelhante ao aluno da liga e não recebeu uma nota clínica igual ou maior... Então eu acho que fica meio subjetivo a nota.” (A12)

Recebem destaques positivos os professores que se dedicam ao ensino estabelecendo relações que classificamos como respeitadas e cuidadosas em relação aos alunos.

“Eu acho que são professores dispostos a te ensinar, são professores que chamam a sua atenção quando você erra, mas não de uma forma pedante, não dizendo: ‘ah, porque vocês não estudam. Ah, porque vocês não sei o quê.’ Não. Pega o teu erro e fala assim: ‘olha só, da próxima vez, faz assim, assim, assim que é melhor. Porque tem muito isso aqui de, de ego assim, sabe? Tipo: ‘ah, porque o aluno não estuda, porque o aluno não sei o que e aí vem e faz errado.’ Cara, eu fiz errado porque eu sou aluno, eu não sei tudo ainda. Então, ao invés de você ficar aqui gritando pelos corredores que eu não sei fazer, me explica como é que faz, entendeu?” (A12)

Em contrapartida, alguns professores são lembrados por situações que afetam os alunos emocionalmente, por ficarem expostos perante colegas e pacientes de forma negativa. A17 narra um fato que viveu:

“Eu fui me propor a fazer uma cirurgia periodontal, pedi a ajuda dela <professora>, aí ela veio pra ajudar e disse pra mim que eu precisava estudar antes pra deixar de ser menos burrinha em cirurgia periodontal, o que todo mundo escutou no tom de voz que ela falou. Todo mundo virou e todo mundo olhou, foi o comentário do dia.” (A17)

Perguntamos aos alunos sobre a existência de orientações dos docentes quanto à forma que devam se relacionar com os pacientes. A maioria respondeu que receberam poucas instruções sobre o assunto, em momentos pontuais da formação. “Quase não há” (A11). Discursos semelhantes tiveram A17 e A18.

Os docentes “não orientam MUITO a nossa relação com pacientes. A gente teve sim uma orientação no quarto período. (...) Era orientado de tomar

cuidado com o paciente, não deixar o paciente sentir dor, é..., e sempre explicar tudo muito bem pro paciente já que o paciente era leigo. ” (A14)

“A parte dos professores que mais falam isso mesmo são os professores nossas primeiras clínicas, né. Depois, os outros professores partem do princípio de que a gente já tem uma noção desse relacionamento com paciente e realmente é assim que acontece. ” (A15)

Ao esclarecer melhor sobre as orientações recebidas, A15 revela que a preocupação dos docentes está mais focada com a postura profissional dos discentes – que as mulheres não usem roupas decotadas, que os homens não coloquem instrumentais sobre os seios das pacientes.

De acordo com A17, alguns professores ressaltam a importância de os alunos serem pacientes e cordiais com os usuários.

“Olha, pra falar a verdade eu acho que falam um pouco. A primeira clínica que falou muito da relação (interrompido) que teve uma aula da relação da gente com os pacientes foi a de odontopediatria. Nenhuma outra clínica. Eles falavam, mas falavam aquela coisa de “ah, não vai montar uma carpule na frente do paciente, não vai falar ‘ai meu Deus’. Na cirurgia eles falaram um pouquinho também porque era o primeiro contato da gente com a clínica, mas o resto acho que não falam muito não. Na pediatria eles deram uma aula só disso mesmo de como se manter na frente do paciente. ” (A19)

Segundo A15, em todas as clínicas é cobrado que os alunos tenham “*postura profissional*”, que descreve como sendo

“Além do respeito com o colega, o respeito com o paciente, (...) É o tom de voz quando você fala, o volume da sua conversa, o material que você traz, se ele está realmente esterilizado ou se ele não está esterilizado, se você só ALCOCLAVOU o material (risos) entendeu? A sua pontualidade, não deixar o paciente esperando sozinho, você não fazer um tratamento que o paciente não precisa só porque a sua produção precisa daquela pontuação. Por exemplo, dentística 3 a gente tem que fazer um amálgama, entendeu? Mas a gente precisa achar um paciente que tenha uma indicação de um amálgama, a gente não pode fazer simplesmente porque a gente precisa fazer. Isso é conversado com a gente antes da clínica começar. Na dentística 4 é a mesma coisa, precisa fazer um núcleo metálico fundido, uma RMF restauração metálica fundida, tem que ser feita, mas tem que ter uma indicação também, entendeu? ” (A15)

Um relato que resume o que já dissemos sobre “descuidados” que acontecem na relação aluno-paciente na IES nos foi apresentado por A12:

“Acho que a gente fica muito focado em ser uma máquina (risos), sabe? Produzir, fazer ponto, fazer não sei o que, e pouco de tratar paciente. Por exemplo, você trata um paciente em endo 2, que é no... quinto período (dúvida) no sexto período, você trata o canal do paciente, mas você não tem uma integração, por exemplo, endodontia X com a dentística Y pra fazer uma restauração do paciente. Então, você trata o canal dele, mas você não dá continuidade ao tratamento. O paciente, se ele tiver condição, ele vai ter o canal tratado aqui, mas ele não vai ter uma restauração feita aqui dentro,

necessariamente. Aí, se ele tiver condição, ele vai lá pra fora, faz no setor privado, ou no setor público que atenda essa necessidade dele, ou então, ele simplesmente vai ficar sem a restauração. Ele vai ficar lá com curativo e Deus sabe o que vai acontecer com aquilo, entendeu? Então acho que falta muito essa compreensão do tipo 'oh, a gente vai atender paciente aqui na endo 2 e ele, obrigatoriamente, vai ser encaminhado para dentística 4 período que vem e vai ter que ser atendido'. E aí, eu acho que peca muito, e aí a gente fica com essa visão de 'vou fazer a minha parte aqui pra passar em endo dois e depois o paciente dá o jeito dele, entendeu? Acho que falta esse cuidado com o paciente, porque a gente atende paciente aqui que... cara, paciente que vê na gente assim... muito mais do que um dentista, sabe? Dentista é... luxo pra ele, sabe? Por ser tratado aqui eles acham o máximo.' ” (A12)

Tivemos a oportunidade de observar um atendimento no qual a paciente solicitou a indicação de um medicamento que pudesse auxiliar na cicatrização de lesões causadas por uma prótese mal adaptada. Foi feita, então, uma prescrição ORAL de OMCILON EM ORABASE. Como podemos observar, esse nome não é de fácil memorização para que fosse registrado pela senhora. Além disto, uma prescrição escrita também auxilia o paciente na compreensão das formas de uso.

Na percepção de C, o comportamento dos docentes com relação aos alunos vem mudando ao longo dos anos, em função da sua ação junto a eles. Acredita ter havido uma maior conscientização por parte dos professores quanto ao papel que ocupam na IES:

“Dos espaços que ele ocupa. Porque você veja bem, eu acho, que quando se chega para ser professor - e talvez eles estejam chegando muito jovens - ele não sabe a importância que ele tem. Então ele é um professor universitário... Não! Ele é um formador de opinião. Então, eu acho que essa conscientização da importância dele, não só da importância para passar os conhecimentos, mas a importância de como lidar com as pessoas, do seu comportamento em si. Foi mais evidenciado. Então ele tem mais conhecimento. Agente fala muito das Diretrizes, a gente tem discutido muito isso. Quer dizer, aos poucos você vai acrescentando essa forma humana de ser, essa forma de lidar com as pessoas é muito importante. O profissional não é só aquilo que ele faz, é todo um contexto. ” (C)

Entendendo a ética na relação profissional-paciente como parte estruturante do profissionalismo na prestação de assistência em saúde, questionamos os participantes da pesquisa sobre sua compreensão relativa a este tópico. As respostas foram diversas e incluíram a relação com os pares.

“Ética também tem a ver com o material está estéril. ” (A11)

“A gente não pode sair falando mal dos outros colegas, eu acho que isso é uma conduta que eu tenho, infelizmente eu já vi muita gente que esculhamba o trabalho de outros, mas eu acho que isso é muito importante preservar um pouquinho a nossa classe (...) Acho que principalmente isso né. E sei lá, tratar

o paciente bem, né, com respeito. Isso é uma coisa que eu sempre tento passar muito pros alunos, é respeitar o paciente na individualidade dele, cada um é de um jeito, você saber identificar isso e respeitar. ” (P3)

Um discurso semelhante quanto aos colegas é apresentado por A13: *“e a questão também de você trabalhar em conjunto com outros profissionais sem falar mal, sem querer roubar pacientes de outras pessoas também. ”*

Situações em que são feitos procedimentos desnecessários e que atendem exclusivamente ao interesse do prestador de assistência em saúde são mencionadas por P4.

“Eu procuro ser o máximo possível atenciosa, escutar o que o paciente precisa (interrompido) o que o paciente quer, propor o que ele realmente precisa fazer, né. Absurdos de você ver que um dente você pode fazer uma resina e é feita uma coroa... Então, eu acho isso muito importante, respeitar o paciente, escutar o que o paciente tem a me falar, quais são as expectativas, né, e principalmente propor e planejar o que ele realmente precisa. Eu acho isso muito importante na ética do relacionamento. ” (P4)

Ao pensar o cuidado com os usuários da clínica de ensino, P5 sugere que seja feita uma avaliação sobre o serviço que recebem:

“Será que talvez um questionário, não pra depreciar ninguém, mas pra avaliar o grau de satisfação desse paciente no atendimento da clínica. Ele não precisaria se identificar, né, seria um questionário também, onde ele faria isso. O que ele entende do serviço prestado, até da questão técnica, e o grau de satisfação em termos do atendimento dele - se ele se sente acolhido, se ele se sente devidamente esclarecido sobre os procedimentos numa linguagem que ele possa entender. Se ele entende dos riscos, da possibilidade de ele não querer continuar o procedimento se ele estiver estressado. Porque muitas vezes o paciente ele tem medo até de questionar o profissional que ele entende que tem (interrompido) ainda o aluno, mas ele já vê o aluno ali de branco como um profissional. Então às vezes ele fica temeroso de perguntar alguma coisa. Então eu acho assim, de repente, essa avaliação de pontos relativos ao atendimento. E na questão de como ele é atendido realmente É de uma maneira amigável, respeitosa? É uma pessoa que conversa com ele? Eu acho que seria legal nesse sentido. Uma avaliação por escrito. ” (P5)

Sobre ética na relação profissional-paciente, P9 diz

“O cirurgião-dentista primeiro ele deve atuar da maneira técnico-científica o melhor possível, né, e isso como eu já falei inicia na anamnese, no diagnóstico pra que ele faça diagnóstico correto e possa instituir o tratamento adequado seja em qualquer área de atuação dentro da odontologia e eu acho que o profissional sempre deve expor para o paciente o quadro clínico real e apresentar opções de tratamento. (...) Falar a verdade pro paciente em relação às opções de tratamento que ele pode oferecer, né, e... Então eu acho que a ética tá aí, entrelaçada em todos os passos do atendimento, né, acho que você tem que ser verdadeiro com o paciente, explicar toda essa situação, né, a situação real daquele quadro clínico e oferecer o tratamento mais adequado à condição do paciente. ” (P9)

Quando questiono se já observaram a **ocorrência de alguma situação antiética durante formação**, A13 diz que dentro da faculdade não, e complementa

*“As pessoas que são tratadas aqui geralmente estão sempre aqui, então elas gostam bastante, elas só reclamam muito do tempo que elas passam aqui pra terminar. **Quando termina, entendeu?** Mas geralmente aqui são os pacientes falando e a gente tentando contornar isso tudo, né.” (A13)*

É interessante observar que os alunos não percebem que o fato de os usuários da clínica de ensino não conseguirem obter a conclusão de seus tratamentos, de estarem por vezes há anos em busca da resolução das suas demandas, configura uma relação desrespeitosa para com os pacientes. Este processo acontece e se repete por serem levados em consideração o interesse dos alunos na obtenção da aprovação em grande parte das disciplinas clínicas e pela omissão da IES perante esse comportamento que os docentes sabem existir (e persistir).

Um dos alunos (A15) fala explicitamente sobre o que os impulsiona a cometerem atitudes antiéticas e descreve como agem em alguns momentos: *“É mais comum no final do período, né, quando a gente já tentou fazer pelos meios certos, aí chega no final e você PRECISA daquela produção, você vai ficar de grau I ou você vai reprovar e precisa... refazer uma restauração que não precisava.”* Questiono se alguém intervém quando esse tipo de situação acontece e responde *“Depende se a restauração estiver excelente, O professor fala: ‘não precisa trocar, deixa aí, fica de grau I’, marca uma clínica extra e tal. Agora, se a restauração estiver mais ou menos mal adaptada, o professor fala: ‘mete bronca e vamos fazer.’”* Revela haver uma certa convivência por parte de alguns professores quanto a isso, mas não generaliza *“não é sempre, depende dos professores, mas normalmente passa. <Permitem a troca da restauração para cumprimento da produção>.”*

Neste instante, resgatamos para quem nos lê a fala de A15 quanto a “cobrança” existente em “todas as clínicas” para que os alunos tenham “postura profissional”, respeitem colegas e pacientes. Discurso e ação caminham em direções distintas, podemos dizer que antagônicas.

A qualidade dos trabalhos produzidos é mencionada por A19, que apresenta uma possível justificativa para que não haja exigência de que tenham um bom padrão:

“Eu não vejo muito assim aluno desrespeitando paciente, mas às vezes você vê gente fazendo tratamento de qualquer maneira porque quer somente cumprir uma produção, por exemplo, e isso eu não acho que seria... A gente não tem que fazer de qualquer maneira. Você tem que fazer um bom tratamento e não fazer com pressa porque quer cumprir produção. (...) Os professores percebem e às vezes tem professor que deixa, que vai ver e acha

que é normal, que tem que ser assim. Eu não acho que tem que ser assim. Porque eles querem ir embora mais cedo, então, 'faz aí de qualquer maneira porque eu quero ir embora'. Infelizmente, é assim. ” (A19)

Na avaliação de A17, um dos docentes nem sempre é polido no trato com pacientes e alunos:

“Não sabe chegar e falar: ‘olha, seu jaleco não tá legal. ’ Eu já vi ela falar com uma colega minha: “oh, fulana, isso é jaleco que você venha?” E fala alto, na frente do paciente. Esse tipo de coisa não se fala, sabe, na frente do paciente. Aí ela me chama de burrinha na frente do meu paciente, ele vai achar que eu sou o que? Se ela não respeita os alunos, os pacientes também não vão respeitar. ” (A17)

Um caso de desrespeito ao paciente que foi narrado por um docente é narrado por A19:

“O professor XXXXX falando de gente que pra terminar a produção faltava uma moldagem. Então, você tá começando um trabalho no paciente porque aí ele já tinha terminado com um paciente, pegou um novo paciente, moldou lá com alginato e não tirou nem do alginato. Aí, chegou nesse período o aluno que pegou a ficha desse paciente que tava começando o tratamento foi falar com o aluno anterior e o aluno não tinha nem tirado do alginato, ou seja, ele só queria <a moldagem> pra cumprir a produção, um total desrespeito ao paciente, né. Porque ele pagou, ele teve que pegar uma passagem de ônibus e às vezes ele não tem dinheiro pra isso, entendeu? A gente atende muito paciente carente aqui. ” (A19)

O aluno, absolutamente centrado em si, não leva em consideração nem mesmo a implicação financeira da sua atitude, aumentando o grau de abuso do usuário na medida em que, para dar continuidade ao seu tratamento, fará o paciente ter que efetuar o pagamento de nova moldagem, terá gastos com deslocamento até a IES e terá atraso na conclusão do seu caso.

Na visão de P4, o comportamento antiético que os alunos têm apresentado está relacionado ao modo de agir de uma geração.

“Você trabalha com jovens... trabalha, né? Então você deve ter percebido que mudou muito. Antigamente, você chegava numa faculdade e você respeitava. Hoje em dia não tem quase esse respeito, não é? (...) Hoje em dia, a gente com toda educação que a gente tem que ter com o aluno e conversar, e tal, o aluno, muitas vezes, simplesmente vira as costas e vai embora. Isso já aconteceu comigo. Uma orientada minha, ganhou a bolsa por um ano da FAPERJ e sumiu da pesquisa. E aí quando fui conversar com ela, perguntei se ela achava isso justo, honesto, aí e ela deu as costas. Quer dizer, hoje em dia falta muito isso, né? A ética com o professor, com o colega de trabalho, com o paciente. A gente tem notado muito isso, de uma forma em geral. (...) Parece que acabou a educação. Não tem mais! Mas é claro que estou falando de uma forma generalizada. Tem uns alunos que são exemplos de educação; que tratam o paciente com muito carinho; que programam o melhor (interrompido) porque, por ser uma avaliação quantitativa, eles querem produzir, e o que acontece? Muitas vezes, a gente pega um tratamento proposto pelo professor não sendo produzido pelo aluno. Então eles querem

*fazer o que mais vai dar pontos para eles serem aprovados e isso para o paciente é péssimo. Porque você quer incluir o paciente num programa, porque você vem a oferecer para ele o melhor, em termos de reabilitação oral, e o aluno não está cumprindo isso. Ou seja, às vezes, pega o paciente e vê que ele está precisando de pontos em Periodontia, aí vai lá, faz a parte Periodontal, consegue os pontos e... **aí some com o paciente**. Literalmente, some com o paciente. Aí o paciente vem, às vezes sem dinheiro para vir, e vem aqui. 'Poxa XXXXX, ele prometeu que ia ligar'. E não liga, aí eu vou atrás do aluno... a gente não consegue penalizar o aluno e reprovar um aluno que faça isso. A única coisa que a gente consegue é aquilo que a gente ameaça. Sumiu do plantão de emergência, o paciente chega com dor no plantão de emergência, fica pra grau I. É tipo uma recuperação. Mas reprovar, a gente não consegue. ” (P4)*

De acordo com a perspectiva de Bauman², as relações humanas (individuais, coletivas e as parcerias), sofreram um enfraquecimento e se decomuseram. Com isto, passou a vigorar um sistema de ligações que duram o tempo em que exista satisfação para uma das partes envolvidas, sendo passíveis de ruptura unilateral sempre que um dos implicados vislumbre melhores oportunidades fora da parceria. As conexões interpessoais passaram a ser são superficiais e tratadas como objetos a serem consumidos.

Fazendo uma inferência desta teoria para o comportamento de parte dos discentes da IES, podemos observar que aos alunos tem sido dada a possibilidade de burlar os planos de tratamento e gerenciar o fluxo dos pacientes dentro da clínica de ensino. Estas prerrogativas geram um conflito de interesses, na medida em que necessitam de produção para serem aprovados. Sem a efetuação de reflexões sobre a prática, a relação de consumo estabelecida com os pacientes não ganha visibilidade e se repete continuamente, com o consentimento dos que deveriam exercer o papel de educadores e auxiliá-los na aquisição de uma postura profissional moral e legalmente ética.

Para compreendermos a postura da instituição perante situações antiéticas que venham a ocorrer, indagamos os professores sobre as formas utilizadas para condução de casos que presenciem.

A medida adotada por P6 é o encaminhamento das situações que chegam ao seu conhecimento para a coordenação da graduação. Age desta forma para minimizar desgastes relacionais com os pares.

“Nem sei se isso deve ser falado (risos) mas, a gente na faculdade, a academia tem muita vaidade. Então, a gente às vezes acaba se envolvendo numa determinada situação, dando uma orientação em uma conduta e a gente acaba criando um constrangimento, então a gente procura seguir a hierarquia. ” (P6)

Cita um dos casos do qual teve ciência “*de professor chegar e chamar aluno de burro na frente dos demais, tomar esse tipo de atitude.* ” No que se refere ao

comportamento dos discentes, faz um relato que reforça a concepção equivocada de alguns quanto aos princípios que devem nortear o exercício das profissões de saúde:

“A gente tava falando até que ponto você tá preparado pra fazer alguns procedimentos, né, e o que você deve fazer quando não se sente preparado. Aí teve um aluno que falou assim: ‘ah, eu faço mesmo, se der certo ou errado não interessa, pra mim o que importa é ganhar o dinheiro.’” (P6)

Uma colocação feita por P5 reforça a nossa ideia de que a formação em odontologia requer reformulações (há tempos), de forma que o aprendizado e treinamento para um exercício profissional que em muito depende do emprego da técnica, se dê em um ambiente ético, que contribua para a formação em valores dos futuros cirurgiões-dentistas.

“Olha, embora eu não frequente a clínica aqui na realidade dos professores que fazem a parte prática, eu acho que aqui ele acaba olhando o paciente muito como aquele indivíduo que é importante pra produção dele. Zelando pela coisa sigilosa, eu vou te dizer, não de agora porque eu desconheço esses procedimentos, mas no meu tempo não foi incomum (eu vou te dizer porque eu fui da casa) ver colega que você tinha uma restauração envolvendo 2 faces, ela virava 3 pra ter uma produção maior, que tinha mais valor e tal. Então, quer dizer, ali não é um indivíduo, um ser humano. Ele virou um objeto pra um determinado fim, ou seja, toda finalidade da profissão foi pro ralo ali. O bem maior do ser humano e da coletividade já foi jogado pro lado e ele ficou preocupado inicialmente ali, seria o quê? Na produtividade. Se ele tiver esse mesmo perfil fora, ele pode fazer isso não pela produtividade, mas pela coisa lucrativa.” (P5)

Segundo P7, não há nenhuma orientação da coordenação sobre como agir diante de situações antiéticas. Quando acontecem, avalia cada lado envolvido para agir de forma justa.

“Porque a gente fala do aluno, mas o paciente também tem que ter respeito à instituição, respeito à clínica, respeito ao aluno e muitos pacientes acham que eles chegam aqui pra ser cobaia e que o aluno vai fazer qualquer coisa e é aluno. Não é muito assim, eles também são seres humanos, eles também têm cargas de problemas emocionais. É tudo uma estrada de duas vias, a gente tem que ter o mesmo peso para as duas situações.” (P7)

Sobre os fatos de implicação ética que costuma vivenciar em clínica, P7 também credita a um comportamento contemporâneo:

“É falta de respeito mesmo, com o paciente, com a situação. Os alunos estão chegando muito imaturos, né, em termos gerais. Os alunos de graduação entram muito despreparados. Se a gente comparar a minha geração que foi antes da sua, mesmo na sua, tinha uma visão de vida, as coisas não eram tão facilitadas pra eles. Não tô falando tecnologicamente, de dar mesmo. As famílias eram mais rígidas, né, agora tudo é muito fácil, então eles, dependendo assim, ele não consegue receber aquilo e dar valor ao que ele tá fazendo. (P7)

Diversas situações foram presenciadas por P8, as quais categoriza em graus diferenciados de comprometimento ético. Ilustra, ainda, como realiza interferências

educativas. Embora tenham sido citadas de forma sequencial, faremos uma separação das informações para facilitar a compreensão de quem nos lê.

“Exemplos mais simples são os exemplos que às vezes alunos chegam com alunos que fazem estágio em outros lugares, detectam uma lesão num paciente, tiram foto com o celular e vem me mostrar: ‘aqui professor, paciente fulaninho, fulaninho, ele tem não sei quantos anos, chama assim, chama assado, tenho até ele no “facebook”, tal, tal, tal, é um amigo de um primo do meu tio, tal...’ Aí eu falei, não é assim que a gente vai se portar. Se a gente vai discutir um caso clínico, primeiro, você precisa ter o consentimento do paciente que você está documentando a situação clínica. Outra coisa, é que se a gente for pedir uma opinião, a gente tem que fazer uma reunião clínica para discutir se esse problema realmente, efetivamente, é uma preocupação do paciente ou você só está fazendo por curiosidade para aprender. E se é para a gente fazer o diagnóstico dele, traga ele aqui para ele ser atendido no serviço. Não é por meio do telefone celular que você vai... (interrompido) eu vou poder dizer alguma... dar alguma opinião. É isso que eu estou te falando. As facilidades de, hoje em dia, as pessoas acabam perdendo um pouquinho de senso comum de como as coisas funcionam. ” (P8)

“Situações graves, por exemplo, é aliciamento de professor com um grupo de estudantes para formar um grupo de estudos, e... ele forma o grupo de estudos, e, daqui a pouco, ele já está fazendo uma palestra, cobrando dos outros alunos - não desses que organizam - mas cobrando dos outros alunos, e aqui é uma Faculdade Pública, você não pode ficar cobrando curso. E pegam um grupo de alunos e faz camiseta e coloca o logotipo da clínica particular dele, fora da faculdade... Esses são exemplos um pouco mais graves. ” (P8)

“Agora, mais graves ainda. Eu faço parte da Congregação, eu sou da nova geração de professores, então eu tive a oportunidade de me deparar com a geração dos anos 80 que, basicamente, trabalham na faculdade, e eu acreditava que eles tinham um bico fora da faculdade, não é? Que era um consultório. Depois, eu descobri que o bico era a Faculdade, que o trabalho deles é mais fora do que dentro. Então, até hoje perdura esse comportamento. Isto é completamente uma falta de ética brutal do professor com os alunos, do professor com todos, com a Universidade, com o país, com tudo. Isso daí tem bastante, muito, muito... comportamento pouco ético. E dos funcionários, também. Funcionários nem sem fala, comportamento meio semelhante. Às vezes nem trabalha fora. Às vezes simplesmente não vem. Pedem pra diminuir a carga horária, por alguma razão e ... cada departamento tem a sua sistemática de organização... É terrível! Umas coisas assim que você não acredita. ” (P8)

Questionamos sobre os docentes envolvidos nos casos relatados, se seriam antigos ou da nova geração, ao que informa “*eu diria que os dois.* ” (P8)

Fazendo uma análise do que nos disse, primeiramente vemos colocações que corroboram com a teoria de que, na contemporaneidade, as relações de cuidado com o outro tomaram nova dimensão. Num mundo onde as notícias circulam com celeridade e pessoas compartilham informações pessoais em redes sociais, cotidianamente, cultivando um sistema de ampla exibição de si, parece ter se perdido a noção do que se pode/deve fazer quando se trata da exposição do outro.

Quanto à utilização do espaço de aprendizagem para obtenção de vantagens pessoais para docentes, lembramos aqui o relato de A16 quando discutimos o estímulo dado pela IES aos alunos para participação em atividades de estágios, pesquisa e extensão – só recebeu estímulo dos professores para participar de atividade particular de um deles.

As situações colocadas na categoria de maior gravidade por P8 encontram amparo nas revelações feitas pelos alunos sobre dificuldade de acesso a docentes e cumprimento parcial de expediente pelos professores. Encontramos também relatos que reiteram as informações fornecidas referentes aos demais funcionários:

“A secretaria aqui às vezes a gente tem coisa que tem que resolver, e de matéria, e não sei o que lá, e eles trabalham de sei lá (risos) 10h ao meio dia. Teoricamente, seria mais cedo, mas eles não chegam. 15h a secretaria já tá fechada. Esterilização também teve uma época que a gente tinha muito problema com eles, mas agora já tá um pouco resolvido aí. Eu acho complicado, eu acho muito complicado. Às vezes a gente tá atendendo paciente quando, nas clínicas de terça e quinta tem uma secretária que fica ali que sai gritando com todo mundo na clínica, total falta de respeito com a gente, com o paciente, com os professores, com todo mundo, sabe? Nossa, eu mudaria muita coisa aqui...” (A19)

“Tem os horários determinados pra atender a gente, só que às vezes você chega lá, sei lá, eles deveriam ficar até, vamos supor, 5h. Você chega 4h já tá tudo fechado, tudo escuro, não tem mais ninguém. Você precisa de uma declaração pra tal dia e... (interrompido). Sei lá. Eu não sei. Não sei se é porque é funcionalismo público, não sei se é costumeiro ser assim nas universidades, mas eu acho que não. Mas assim, tem muitos problemas com relação a isso também do atendimento com os alunos, sabe? Falta de respeito mesmo. ” (A16)

De acordo com G, os professores “não mudam e ninguém faz cobrança a eles” para que isto aconteça. Sendo assim, pensam que não adianta fazerem reclamação à coordenação acadêmica – “ninguém cobra eles pra tarem ali 2h <14h>. A gente até já reclamou uma época, mas não muda”. Exemplificaram dizendo que no processo de campanha eleitoral para troca de diretoria da faculdade, sugeriram às duas chapas existentes a exposição de um quadro com os horários de trabalho dos professores para que soubessem quando os docentes deveriam estar na faculdade. Ouviram que se isto fosse feito, perderiam os votos dos professores: **“poxa, mas aí você vai me prejudicar, porque os professores não vão votar em mim se eu tiver cobrando presença. ”**

Isto nos leva a crer que a ausência dos professores é conhecida e de certa forma consentida, pois a Direção da Instituição não se mostrou disposta a coibi-la, de acordo com o relato.

Os problemas éticos mais enfrentados por P9 com os alunos, são situações em que riem das deformidades que os pacientes apresentam. Diante deste fato, intervém chamando a atenção do aluno para que haja respeito no trato com os usuários. “Tentar

explicar, chamar a atenção 'poderia ser você, poderia ser um parente seu e isso a gente não aceita a tratamento dos pacientes. ''' Esta conduta é tomada por decisão do corpo docente da disciplina, pois ainda não houve nenhuma orientação da coordenação quanto à forma de agir nesses casos.

De acordo com C, situações eticamente problemáticas que ocorrem na IES são submetidas a uma comissão (nomeada pelo Diretor) da qual faz parte, juntamente com professores de “*várias disciplinas*”. Primeiramente, procura estabelecer uma conversa com as partes envolvidas, em ambiente privado. A maioria dos casos é resolvida em seu gabinete. Quando não é possível, o caso é encaminhado à comissão.

“Nós temos agora um problema muito sério com um professor do XXXX <ciclo básico>. Eu acho que ele é eticamente complicado. Ele é grosseiro com os alunos, ele trata de forma pejorativa, ele persegue, ele é deselegante na forma de lidar, então, essa é uma situação que foge um pouco pra mim porque ele não é responsabilidade minha, ele é responsabilidade do Instituto. Então, ESSE é um caso eticamente complicado em relação a professor. (...) Às vezes o aluno vem aqui e eu digo: 'não acredito! É esse aluno que ele tá perseguindo?' O aluno tem bom desempenho nas disciplinas, é extremamente educado. Você conversando, com a experiência você vê. E às vezes, fica duas, três vezes reprovado na disciplina dele. Então, esse é um nó que a gente tem que tá difícil de a gente resolver, mas internamente aqui não. Eu já tive alguns problemas com professor aqui, mas a gente chamou pra conversar. Como eu tenho muito tempo de casa, e é o tal negócio né, tempo é posto, a gente chega pra conversar e consegue chegar a um denominador. ” (C)

A inexistência de uma orientação protocolar quanto ao que deva ser feito é confirmada por P3. Por decisão pessoal, as situações eticamente problemáticas que presencia são imediatamente reportadas à coordenação ou são discutidas com a chefia do departamento, de forma que definam qual será a decisão tomada em conjunto.

No relato de P4 também temos a afirmativa de não ter recebido orientações da coordenação quanto ao que fazer perante situações eticamente comprometidas, que diz serem comuns na clínica que coordena:

“Nossa! Ai é (interrompido) são várias coisas que acontecem. Eu tento conversar primeiro com... o que aconteceu, com o acontecido, conversar, expor o que que está certo o que que está errado e, no caso o aluno que, por exemplo, deixa lá um paciente com dor, aí a gente tenta (interrompido) a gente primeiro conversa, porque não é nosso objetivo a punição aqui. Mas se não der jeito, se desrespeitou e tal, a gente procura essa punição em termos de nota. Mas a gente conversa muito. Chega o paciente reclamando, a gente conversa com os dois, tenta resolver da melhor maneira possível. ” (P4)

Em sua vivência, as questões mais frequentes são:

“Paciente reclamando de aluno que não chamou; é paciente reclamando de tratamento que está pela metade; é paciente querendo ir para a ouvidoria. É só paciente assim. Mais é problema de paciente que não foi chamado para o tratamento. MUITO, muito. Acontece muito. ” (P4)

Retomaremos um aspecto da fala de P4 mencionado anteriormente, que não justifica, mas pode (ainda que parcialmente) explicar a aparente “inércia” de professores diante de comportamentos antiéticos cometidos por alunos:

“O aluno tem muita voz. Hoje a gente acha que o aluno está prejudicando de alguma forma o andamento, ou está sendo negligente de alguma forma e eles, muitas vezes, eles procuram os direitos deles na ouvidoria. Até professora já foi processada aqui dentro. Isso deixa o professor um pouco amedrontado no que vai ser feito, não em termos de nota, e nada disso, mas em termos de ser mais, é... vamos dizer, enfático naquele processo de chamar a atenção. Muita gente, muita gente já ouvi falar assim: ‘ah, relaxei... não vou fazer mais nada em relação a isso porque não vai dar certo, não vai ter jeito mesmo’. Mas a gente tenta aqui no grupo, de uma maneira ou de outra, no papo, na conversa, né? A gente, todo mundo aqui tenta, numa maneira, mais assim “light”, vamos dizer, que o aluno entenda isso. Mas é. Já aconteceu muita coisa aqui, de o aluno vir drogado e a gente falar que não pode atender, aí mais uma confusão. São casos específicos, né, que acontecem e que a gente tenta resolver da melhor maneira possível. De aluno forjar produção, coisas assim que você não espera que uma pessoa que tem determinado tipo de educação faça. E faz! E aí eu vou, converso. Porque que você fez isso? E aí, entendeu? Tenta não punir... tem casos que não tem jeito. A gente acaba tirando nota, fazendo alguma coisa assim, com relação a isso.” (P4)

Em nossa percepção, a IES deve abrir espaço de escuta para que todos possam contribuir para o seu melhoramento. É muito importante que os estudantes tenham voz, possam se colocar e reclamar direitos, mas isto não pode cercear o comportamento dos professores. Nesta situação, cabe aos docentes a promoção de uma reflexão conjunta com a coordenação acadêmica sobre a necessidade de que a escola de formação trabalhe ativamente para a educação de seus alunos enquanto cidadãos. Com este fim, as práticas deverão ser revistas e aos professores caberá uma ampliação da compreensão do papel de educador e dos métodos de ensino utilizados que contribuem para a formação em valores – o sistema punitivo não tem gerado resultados positivos no comportamento dos estudantes, isto está claro nos dados que obtivemos.

Aspectos favoráveis da abertura de espaço que a IES tem dado aos alunos nos é relatado por P5:

“Eu vejo que hoje o aluno enfrenta mais, ele não é tão temeroso como era. Por exemplo, na minha época, que a gente não questionava a conduta de ninguém, era um fato. Professor o que fizesse tava certo. Então, hoje em dia eu vejo que esse aluno corre atrás e ele vai até as últimas vias quando ele está convicto da situação dele.” (P5)

Para exemplificar, narra a situação de uma aluna que passou por um processo difícil com um docente “eu sei que ela foi pleitear os direitos dela, baseada nessa convicção dela de que a conduta dela era correta, que ela não tinha feito nada errado. A pessoa não tava entendendo e já estava com uma certa má vontade com ela, já tava

prejudicando. ”

Em um sistema comumente verticalizado – relação entre professores e alunos - essa abertura promove a proteção dos que se encontram em posição de maior vulnerabilidade e que por vezes são vítimas de perseguições e injustiças. Como bem colocado por P5, condutas antiéticas tomadas por profissionais formados (neste caso, os professores) podem ser resultado de deficiências existentes na formação desses profissionais.

“Eu já tive até casos de aluno reclamando em relação a outros professores de conduta que eles entenderam, a partir do momento que eles leram lá que tinha até um capítulo do código ligado a atuação no magistério, eles pontuaram (às vezes é desagradável ter que ouvir isso) uma série de condutas que, se de fato eram verdadeiras, eram (não acredito que eles vão mentir sobre isso) eram condutas até antiéticas. Antiéticas por parte dos profissionais já formados. Mas é aquela coisa, não tem jeito. Isso aí é... será que esses profissionais assimilaram alguma informação na época deles? Podem ser excelentes muitas vezes na prática, né, da atividade lá da especialidade deles, mas às vezes no lidar com ele é mais complicado. Então, pode ter isso também. ” (P5)

Ainda assim, alguns alunos acham que apresentar queixa do professor é um comportamento arriscado:

“Naquela hora <seu paciente foi tratado de forma “grosseira”> eu fiquei muito, muito, muito chateada, para não falar outra coisa, comigo mesmo e com ela. Mas na hora eu não sei nem o que dizer. Porque, eu vou dar um sermão na Professora? Sei lá. Eu não sei, eu não sei o que cabe eu fazer na situação. ” (A16)

Outra questão bastante importante é mencionada por A16: **“já vi gente usando material que não estava estéril.** Às vezes, até sendo meio ríspido com o paciente, nunca vi nada muito... muito, assim, de arregalar os olhos, não. Mas essas coisas também são falta de ética. ”

Não sei o que é classificado como “de arregalar os olhos” por A16, mas atender pacientes com risco consciente de transmissão de doenças é algo extremamente grave e que jamais deveria acontecer em uma escola de formação em saúde. Não menos importante é a forma de tratamento que deve ser dispensada aos usuários da clínica de ensino. Alunos que agem com rispidez devem ser orientados quanto à necessidade de refinamento do trato, mas para que isto aconteça, os responsáveis pela sua formação devem ter um comportamento condizente com o que for preconizado. Diante dos fatos observados e dos relatos que revelam que parte do corpo docente age de forma “grosseira” com os pacientes, é possível que discentes estejam reproduzindo o comportamento desses professores.

Os problemas técnicos encontrados na clínica de ensino e que comprometem o bom atendimento aos usuários são citados por A19.

“Sugador não funciona e aí você tem que começar a dar um jeito, sair desesperada procurando alguma outra coisa, um sugador portátil. Isso vai dificultando também pra gente manter todo esse (interrompido) porque aí você tem que largar tudo e procurar isso e aquilo, aí você tem que tirar luva, botar uma outra luva. É complicado porque aí não funcionam as coisas direito. E aí o equipo não tá funcionando, você precisa muito do sugador, aí você tem que mudar pra um outro equipo.”

De acordo com o grupo focal, a manutenção dos equipamentos é deficitária. Reclamam de falta de luz, de falta de água, compressor com defeito, equipo com defeito, equipo com vazamento. Dizem que “tem professor que fala que não vai sentar para olhar o paciente porque não pode ficar molhado, porque vai trabalhar quando sair dali” – só alunos e pacientes podem ficar molhados por essa lógica). Falam sobre estado precário dos banheiros, que não têm sabonete nem papel higiênico.

Não podemos negligenciar o fato de que as falhas técnicas, também vistas na observação participante, comprometem o andamento dos tratamentos, gerando prejuízo para pacientes e alunos.

c) Zelo pelo adequado exercício profissional

Alguns fatos observados nos causaram surpresa e aqui discorreremos sobre eles:

- Vários alunos da clínica integrada utilizavam jalecos com a inscrição “Cirurgião-dentista” gravada abaixo dos seus nomes. Em nossa compreensão, esta situação tem duas implicações importantes. A primeira delas está relacionada ao Código de Ética Odontológica³², segundo o qual constitui infração ética anunciar ou divulgar títulos que não possua (dentre outras) - inciso II do artigo 44. A segunda diz respeito ao fato de poder ser esta uma das razões que faz com que os pacientes, por vezes, fiquem confusos com relação à prestação da assistência que receberão, conforme relatos colhidos segundo os quais alguns usuários acham que serão atendidos por professores. Não podemos esquecer ainda que, no mesmo espaço físico em que estão as clínicas de ensino da graduação, temos em funcionamento clínicas de pós-graduação, onde apenas profissionais de fato estão na prestação de assistência em saúde.

- O grupo focal e algumas entrevistas individuais de discentes revelaram que o protético da clínica faz atendimento ao público. Esta situação também é prevista pelo Código de Ética Odontológica³², precisamente no inciso XIII do artigo 11, que diz constituir infração ética “executar procedimentos como técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e auxiliar em prótese dentária, além daqueles discriminados na Lei que regulamenta a profissão e nas resoluções do Conselho Federal”. Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Odontologia, ao abordar as atividades privativas do técnico em prótese dentária na Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia determina:

§ 2o. **É vedado ao técnico em prótese dentária: I - prestar, sob qualquer forma, assistência direta a clientes; II - manter, em sua oficina, equipamento e instrumental específico de consultório dentário; e, III - fazer propaganda de seus serviços ao público em geral (CFO²⁹, p.1)**

Este fato, além de ser citado, é motivo de indignação por parte dos alunos. Para não nos estendermos demais nas pontuações sobre o caso, traremos apenas as falas do grupo focal como ilustração: *“Começou já errado, o protético atende.”* *“É hipocrisia até a gente ter uma aula de Deonto e falar de ética e ter essa situação aqui em cima”* (fala com relação a clínica como um todo). *“A faculdade aceitar que o protético atenda! Os professores aceitam.”* *“E eu só não consigo ter raiva dele porque ele sempre ajuda a gente com alguma coisinha, tipo, se falta algum material, ele é um quebra-galho. Mas é um ABSURDO!”* *“Ele põe paciente pela porta de trás, atende e a gente vê ele moldando, fazendo prótese removível.”* *“E ele recebe por fora de TUDO.”* Os pacientes que o procuram para atendimento fazem referência a ele como “doutor”, o que deixa os alunos perplexos e irritados *“A gente tem que chamar, mas é uma coisa horrível, sabe? Eu acho que é uma desvalorização da nossa profissão dentro de onde a gente se forma.”* *“Depois chega lá fora querem que cobrar a nossa valorização. Eu vou me valorizar, mas assim, se dentro da faculdade já não te valorizam, como que querem?”* *“O melhor são os professores: ‘pede pra moldar. Pede pra ele fazer, depois a gente vê.’ Tipo assim, faz tudo, entendeu?”* O que nos parece não estar sendo percebido pela IES é o quanto de representatividade esta situação contém, no contexto de formação acadêmica. Em nossa concepção, a mensagem que os alunos recebem especificamente aqui é: a ilegalidade também é permitida, e por vezes nos convém, no exercício da profissão!

- Um quadro de avisos, situado à entrada das clínicas de ensino, continha um comunicado sobre a “seleção de pacientes para estudo sobre” a relação entre uma patologia sistêmica com uma doença periodontal. Em meio à descrição do perfil almejado de pacientes e informações referentes aos dados de contato para os interessados, encontramos a seguinte mensagem: “os participantes deste estudo receberão exame odontológico completo e instruções de higiene oral.” Este dado em especial nos remete às diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos, segundo as quais a participação em pesquisa deve se dar de forma gratuita, salvo em ocorrências que não se aplicam ao caso (Brasil¹). A obediência à resolução 446/12 também é prevista no Código de Ética Odontológica³², que determina, no inciso I do artigo 50, ser uma infração ética o ato de não atender às normas e legislações referentes à realização de pesquisas em saúde.

Todas as situações descritas e que por nós foram observadas acontecem sob os olhos de toda a IES, certamente com anuência da instituição. Isto nos faz reiterar a importância de se criar um ambiente de ensino/aprendizagem cujos valores na prática reflitam, sejam um espelhamento, dos valores apregoados pela instituição. Não há como educar em valores em meio a uma realidade concreta antagônica ao discurso teórico difundido.

5.3 - Serviço

5.3.1 - Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados

Analisado a partir da observação do fluxo interno dos pacientes nas clínicas analisadas.

Segundo Bauman, a cultura ocidental “agorista” e extremamente consumista permeia o modo de vida em nossa sociedade, que anseia pelo consumo de novas experiências. Nessa sociedade, o tempo não é mais percebido como um contínuo linear ou cíclico. Ao revés, passou a ser percebido como um conjunto de pontos isolados e fragmentados. Nesta ilustração, cada ponto representando o momento espaço-presente, parece concentrar todas as potencialidades e promessas de felicidade e realização. Infelizmente, os pontos não são unidos entre si, o que daria a ideia de conectividade e

linearidade. Por esta razão, a maioria dos pontos se revelam inférteis, mas os indivíduos são levados a viver o oposto e “continua-se a imaginar os sucessivos momentos de vida impregnados de possibilidades. ” Assim, os indivíduos conduzem as suas vidas com celeridade, sempre apressados e agitados, ávidos por consumirem novas experiências. Porém, como destaca esse filósofo, “a razão para correr não é o impulso de adquirir, acumular, mas de descartar e substituir” (Bauman, Donskis⁵ p.173).

Na busca pela compreensão sobre a dinâmica de acesso às clínicas pelos usuários, questionamos alguns participantes de pesquisa sobre o fluxo de atendimento.

De acordo com C, o acesso de usuários às clínicas de ensino se dá da seguinte forma:

“Cada clínica, de acordo com a sua demanda, abre a inscrição. Aí é feita uma triagem dentro da clínica para direcionar os pacientes para as disciplinas afins. Então, por exemplo, na prótese eles têm uma lista de espera dos pacientes que precisam de prótese. Quando o paciente precisa de algum outro tipo de tratamento de apoio, periodontal ou endodôntico, eles são encaminhados para a clínica. E na própria clínica que é separada, clínica odontológica, a gente tem as várias disciplinas: dentística, perio, endo e cirurgia. E depois a gente tem a integrada, onde o aluno no final, nos últimos períodos, ele fecha um tratamento só para paciente. ” (C)

Encontramos nos relatos de P4 informações mais abrangentes sobre o fluxo de pacientes na clínica integrada, a partir da triagem citada por C:

“A gente tem um grande problema aqui na integrada, de pacientes que não conseguem dar continuidade ao tratamento. Aí, foi criado o setor de triagem, mas mesmo assim é muita gente, é muito paciente envolvido, então a gente não está dando conta desses pacientes que ficaram perdidos no meio do caminho. A única coisa que eu peço é que venham me procurar para eu reinserir na clínica. É difícil. ” (C)

Um panorama um pouco diferente do que nos fora fornecido por C é descrito por P3, docente da clínica integrada.

*“Existe um segmento da integrada, com algumas professoras que fazem a triagem e, teoricamente, essa triagem ela deveria direcionar o paciente se ele realmente é um paciente que serve pra ser tratado na integrada, porque alguns são de pós-graduação, alguns são de cirurgia especificamente, então se o paciente tá apto a ser tratado na integrada e aí, ok. Ele está apto. E daí quando ele vem pra gente, o aluno marca e a gente faz uma consulta inicial, que é um exame cínico, um plano de tratamento e define as etapas de realização do tratamento dele a seguir. (...) **As matrículas estão fechadas.** É as pessoas vem aqui procurar atendimento aleatoriamente, mas as matrículas estão fechadas. A gente não tem nenhuma abertura no momento pra pacientes novos, a quantidade de pacientes antigos é muito grande, a faculdade não dá conta, os alunos não conseguem terminar os casos dos pacientes, isso é um GRANDE problema que a gente tem. Às vezes o paciente tá de provisório aí 2, 3 anos e não consegue terminar um caso. Às vezes fez um canal, mas não (interrompido) A disciplina de endodontia você entra como **caso isolado** porque tem menos paciente, né, e o aluno precisa, então entra um caso isolado pra fazer canal, mas depois esse caso isolado, teoricamente, não tem matrícula*

então não pode fazer a prótese. Então, fica mais perdido. A gente às vezes absorve, às vezes não consegue absorver, os alunos não dão conta, trabalham muito devagar. O período inteiro da manhã eles atendem um paciente só ou dois. No caso da XXXXX ela faz dois pacientes, no meu box só atende um, então, é difícil. ” (P3)

Em resumo, o acesso de usuários às clínicas de ensino se dá de diferentes formas. Alguns possuem matrícula na IES, o que lhes confere o direito a um tratamento mais abrangente a partir da possibilidade de transitar entre clínicas de diferentes disciplinas ou receber assistência “integral” na clínica integrada. Outros são atendidos de forma parcial, em disciplinas específicas tais como Endodontia⁷, Dentística⁸ e Cirurgia, e configuram os chamados “**casos isolados**” - são pacientes que não possuem matrícula na IES e, com isto, têm acesso limitado à assistência. Recebem apenas atendimentos pontuais, a partir da demanda dos acadêmicos de clínicas específicas.

Essas falas que destacamos nos mostram a fragilidade do sistema na condução dos casos. Os usuários matriculados não concluem seus tratamentos e os da categoria “caso isolado” contribuem para o aumento do número de pendências no quesito “resolutividade da assistência em saúde” oferecida pela Instituição.

É importante ressaltar que os Departamentos funcionam de forma diferenciada. A grande dificuldade no acesso e continuidade dos tratamentos está no departamento no qual os alunos passam a maior parte do aprendizado prático e que conjuga as clínicas de Dentística, Endodontia, Cirurgia e Clínica Integrada.

A fragmentação do serviço e o atendimento pautado em interesses individuais promovem o que chamaremos de “desordem institucional”, processo que gera descontentamentos em todos os segmentos envolvidos na cadeia de atenção, por motivos diversos:

- **Secretaria:** Os funcionários dizem que trabalham para controlar o fluxo de pacientes de acordo com as normas pré-estabelecidas, mas os alunos tentam burlar o sistema dando continuidade a tratamento de casos isolados e, por vezes, contam com o aval dos professores. Nestes casos, “passam por cima dos funcionários”. Informam que os alunos não buscam contato corretamente com os pacientes que lhes são encaminhados e querem “pegar paciente no corredor” para cumprirem a produção requerida (telefonam para os usuários em horário inadequado, por exemplo).

⁷ Tratamento de canal.

⁸ Realizam restaurações indiretas, coloquialmente chamadas de “blocos” e “jaquetas”.

- Uma das **pacientes** observadas disse que o fato de ser atendida por formandos é muito ruim, porque os alunos saem da faculdade, ela precisa então ser cuidada por um outro aluno em continuidade e o seu tratamento nunca termina. Há sempre a necessidade de realização de um novo exame, necessidade de ajustes no que foi programado anteriormente e ela não recebe alta. Está em tratamento desde 2010.
- Na percepção dos **alunos**, o sistema de fluxo de pacientes pelas clínicas é dificultado pela burocracia: há limitação de atenção imposta aos casos isolados – há excesso de pacientes com algumas demandas que só conseguem atendimentos pontuais e, ao mesmo tempo, escassez de pacientes para algumas clínicas por falta de cadastro; os prontuários estão desatualizados e o contato com os pacientes por vezes é impossível (número de telefone errado, por exemplo); necessidade de que os alunos contatem os pacientes; erro de encaminhamento por parte da secretaria, o que toma tempo de atendimento clínico para avaliação de um caso que não poderá ser assistido naquela clínica específica ou por aquele determinado aluno, em razão da complexidade requerida; trânsito dificultado de pacientes dentro das clínicas;

“Às vezes chega a dar dó de a gente ficar na clínica e, às vezes, numa clínica de endo, numa universidade, sem ter paciente, sabendo que aí fora o que mais tem é gente sem... sabe? Precisando e não tem matrícula, não tem vaga. Como não tem vaga se eu não tenho paciente pra atender? Então... são coisas muito complicadas. A ficha fica obsoletas. É, tem um cadastro, tantas vagas, e as fichas ficam rodando, rodando... Não se faz uma nova avaliação dos pacientes que estão ali pra saber quem está de alta quem não tá de alta, quem ainda tá nessa fila, quem já tratou fora. (...) Aí às vezes chega um paciente edêntulo pra gente pra emergência de dentística aí você... (risos). Já aconteceu. ‘Ah, porque tá com dor’, aí você olha assim, tipo ‘não é aqui, né. É na prótese, não é aqui e tal. Acaba ficando uma situação chata... E fica uma situação chata pro paciente, uma situação chata pra gente, porque o paciente, coitado, ele não é obrigado a saber qual é, qual é a... aonde ele tem que ser atendido, né. Mas é complicado, né. A faculdade tem, tem esses... problemas de comunicação assim. (A18)”

“Então, é... Normalmente, tem pacientes que têm um tratamento que são muito extensos, assim. Como a gente atende normalmente o paciente uma vez por semana, não dar pra gente fazer o (interrompido) e a gente ainda está aprendendo, então as coisas são assim, mais devagar. E aí acontece de as vezes o paciente parar no meio do tratamento com uma dupla e a dupla no próximo período não faz mais o box daquele professor. E aí você não pode pegar o paciente que é do professor X e levar para o box de um professor Y entendeu? E aí o paciente ficar preso naquele professor. Se não tiver no outro período uma dupla que pegue esse paciente, ele fica no limbo.” (A12)

- De acordo com alguns **docentes**, é notório que o sistema de avaliação adotado faz com que os alunos necessitem fazer troca de pacientes para

que consigam completar a produção mínima exigida para aprovação, mas deveriam fazê-lo contemplando o encaminhamento dos que ainda tiverem necessidades em saúde bucal para outro colega ou “devolver” o paciente para o professor.

P3 diz “acho que ele tem que tentar buscar os pacientes que precisam fazer aquilo que ele precisa fazer, entendeu? E acho também que eles deveriam ter a responsabilidade de encaminhar os pacientes que eles não vão mais atender, porque muitas vezes eles pegam paciente, fazem os procedimentos que eles precisam e aí procuram outro paciente pra fazer o que eles precisam, já que esse não tem mais. Não acho que isso é errado, até porque eles precisam disso, mas largam o paciente. Eu acho que eles deviam tentar encaminhar esse paciente ou pelo menos devolver para o professor: ‘olha, professor, eu não vou mais atender esse paciente, agora eu tô com outro’ e aí a gente fica com paciente na manga pra dar pra outro aluno que precise. (...) Não é fácil, mas a gente tá tentando melhorar pra eles não ficarem na mão e não acontecer o que tem aí, os pacientes matriculados não tem nenhum em alta, TODOS estão em tratamento, porque nunca terminam nada. Teoricamente ele tem que dar cabo daquele um que ele recebe, mas não é isso o que acontece. Foi isso que eu acabei de falar, eles largam o paciente e a gente não fica sabendo.” (P3)

Causa-nos estranheza constatar que obtivemos um grande número de insatisfações elencadas, mas não nos pareceu haver um movimento, de nenhuma das partes envolvidas, no sentido da busca por um ajuste funcional eficaz para que: o fluxo interno de informações seja refinado e uníssono (todos falem a mesma língua, trabalhem embasados pelas mesmas regras, de forma que não haja disputa de poder entre as partes); para que os alunos tenham o aprendizado necessário ao processo de formação profissional sem que, para este fim, seja estabelecida essa relação de consumo e descarte indiscriminado dos usuários da clínica de ensino; para que todos os implicados possam ser mais respeitados e atendidos em suas expectativas dentro do serviço de saúde ofertado pela IES avaliada.

Como efeito adverso da fragmentação do serviço e dessa “desordem institucional”, está o baixo padrão de cuidado e atenção que permeia parte dos atendimentos, como relatado no grupo focal:

“Cara, já tive paciente meu que já refez, refez e refez o tratamento três vezes. Já gastou mais do que no particular e falou: ‘eu já tô tratando há três anos’ e ele precisa resolver outros problemas, só que por esse problema não ser integrado, ele não consegue migrar. Eu falei: ‘seu XXX, eu vou pagar a sua prótese, porque não dá mais.’ E eu e minha dupla, a gente tá pagando a prótese dele, porque ele já refez os centrais três vezes e não dá pra pessoa ficar sem os centrais.” (G)

Perguntamos a razão de o problema acontecer sucessivas vezes, ao que responde: “porque ele não tem dente posterior e ninguém leva ele pra fazer uma prótese, não

consegue encaminhar. O professor barra ele, e quebra porque ele fica mordendo só com o central. ” (G)

Este caso (infelizmente) ilustra com perfeição a relação de consumo estabelecida entre o sistema de atendimento da clínica de ensino (não podemos responsabilizar apenas os alunos por este fato) e o usuário. Por três vezes foram confeccionados trabalhos que “já nasceram mortos” – os dentes supracitados estão exercendo a função mastigatória que deveria ser realizada por dentes posteriores, ausentes no paciente em questão e que até então não haviam sido substituídos, pois o único foco, em três anos de atendimento, foram as próteses anteriores que caíam e que, por esta razão, atendiam à necessidade de produção de próteses unitárias de alguém.

Por mais estranho que possa parecer, foram necessários três anos de “atenção em saúde” para que alguém avaliasse mais detalhadamente o caso e fizesse um plano de tratamento resolutivo. O paciente vive na IES uma situação desrespeitosa em amplo sentido e ainda paga por isto. Munidos de uma visão absolutamente “agorista”, todos os que estiveram implicados na assistência a este usuário até então priorizaram interesses pessoais em detrimento das necessidades reais do sujeito.

Ainda que existam casos onde os pacientes tenham o devido “encaminhamento”, como afirma A11 *“a gente precisa de 4 canais, se o paciente tiver 6 eu faço os 4 e falo ‘olha gente, quem ainda não cumpriu a produção? Eu tenho esse paciente aqui’”,* muitos são os relatos que revelam a utilização dos pacientes para obtenção de aprovação seguida de abandono/descarte. Isto acontece pela falta de interesse do aluno em dar continuidade ao caso ou pelas dificuldades burocráticas de um serviço fragmentado ofertado pela IES, que impedem o trânsito interno dos pacientes e fortalecem o processo de uso e abuso dos usuários para fins “de ensino”, como revelam estas informações: *“teve uma paciente que eu atendi numa emergência que ela era paciente aqui desde 2008, eu acho, e ela tinha ficado com uma dupla, só que aí a dupla se formou e aí ninguém chamou ela pra atender e ela ficou fazer o tratamento.” (A12)*

“Então, pra você colocar, pra levar pra dentística 4, colocar ali um bloco, uma restauração indireta você pode levar, mas se for pra integrada, por exemplo, não pode. Então eu acho que é complicado porque às vezes você fica (interrompido) ou então às vezes você mandou pra um amigo seu de dentística 4 que tá fazendo outro bloco agora e depois ele esquece de ligar pro seu paciente. E aí, como é que fica, entendeu? Então eu acho que tem que ter um sistema de cadastro. ” (A19)

“Por exemplo, na integrada eles não aceitam caso isolado, então, tem paciente que começa, dentro da própria integrada a endo e a cirurgia aceita. Aí você vai na cirurgia, extrai os dentes da pessoa todo, mas só que aí pra fazer a prótese tem que ter registro, então você extrai o dente da pessoa e a pessoa se perde porque não tem como fazer a prótese aqui, tem que procurar outro lugar. Entendeu? (...) Nas outras disciplinas você tem que procurar uma

... pessoa pra dentística, uma pessoa pra perio, uma pessoa pra... essas coisas, entendeu? Se você pega uma pessoa na perio que tá precisando de uma porção de restauração, tem vezes que você consegue passar ele pra dentística, tem vezes que não, entendeu? E é nisso que ele se perde. ” (A13)

“O que na maioria das vezes acontece, muitas vezes acontece, é que a gente (interrompido), os colegas saem da faculdade e esquecem de fazer isso, esquecem de passar esse contato. Então a ficha do paciente fica lá, guardada e ninguém sabe que o paciente não terminou o tratamento e o paciente fica esperando em casa alguém entrar em contato com ele e esse alguém nunca chega. Então assim, uma coisa que às vezes acontece sim. Não é muito ético da nossa parte, né, fazer isso. Não digo da nossa parte porque eu tô, tô fazendo a integrada agora, mas não é muito ético da parte de alguns colegas porque mesmo que não seja você terminando o tratamento, você tem sempre que pensar no paciente pra alguém terminar o tratamento pra ele. Então, os professores às vezes frisam bastante isso, pra gente não abandonar o paciente, pra gente sempre passar o paciente que não terminou pra um colega... Porque às vezes o paciente volta dois anos depois e aí o trabalho que ele não sabia que precisava ser feito de imediato já... já não serve mais, tem que recomeçar.” (A14)

Estas falas individuais encontram apoio no grupo focal, que credita ao sistema de avaliação a responsabilidade pelo processo – com o sistema de pontuação, sentem necessidade de “passar o paciente” para algum colega com o intuito de conseguirem outro com diferentes necessidades de tratamento, para que possam completar a produção: *“você vê aluno desesperado por ponto. ” “Até abandonam paciente.”. “O paciente fica rodando na faculdade. ”* Um dos participantes relatou que pegou a ficha de uma paciente e a professora, que estava ao lado, reconheceu-a como sendo uma paciente da clínica desde que ela era acadêmica (há vários anos). Nenhum dos participantes do grupo focal, alunos do último período da graduação, deu alta a paciente durante o processo de formação.

De acordo com G, se formos à clínica no início de um período letivo, vamos encontrar muitos pacientes solicitando atendimento para conclusão de casos que estão em andamento há 2 ou 3 anos. Isto ocorreria porque, quando os alunos concluem os procedimentos que são de seu interesse para a produção acadêmica mínima exigida, encaminham os pacientes para colegas, mas nem sempre acontece o desfecho desejado. *“Às vezes você passa pra outra pessoa, mas a pessoa não chama e você perde o controle porque você confia na pessoa pra quem você falou, entendeu? ”*

Os alunos não percebem que este formato de encaminhamento, por mais que seja permeado de boa intenção, oferece grande risco para o paciente de não ter assegurada a continuidade do tratamento. Dizem que tentam ajudar os pacientes ao máximo na assistência às suas necessidades, mas atender a todas as suas demandas pode ser arriscado *“eu quase não atingi a produção no período passado porque eu fazia o que o paciente precisava. ” (G).* Mais de um participante relatou esse tipo de vivência.

Todos os componentes do grupo focal acham que a transferência de pacientes não poderia ser de responsabilidade dos alunos. Da mesma forma, a grande maioria dos alunos participantes das entrevistas individuais fala que não deveriam ser os responsáveis por fazer contato com os pacientes. Citam clínicas onde existe um serviço permanente de triagem funcionando e um controle do fluxo de pacientes pela secretaria como departamentos organizados

Na XXXXX é feito assim, os professores fazem essa triagem, você tem os pacientes e elas mesmas marcam pra você. Então você já chega e a professora já fala: “oh, seu paciente é esse e tal, vamos lá. Faz tudo o que você tem pra fazer. O exame não.” Aqui não <clínica integrada>, aqui a gente tem que ficar ligando pra paciente, falando pra ele vir e tal, não sei o que. Às vezes eu acho isso complicado porque sei lá, às vezes o paciente não atende no dia, acontece algum problema. Aí depois você já marca, já liga pra outra pessoa e já vai marcar aquela pessoa então aquele outro paciente você vai esquecer, né? Porque ele não atendeu, aí sei lá, você não vai ligar de novo e aí ele já perdeu a vaga. Eu acho que assim, se eles marcassem, tivesse algum funcionamento assim, eu acho que seria bem mais proveitoso.” (A16)

“Aí tem umas clínicas que são mais organizadas, por exemplo, a XXXXX - eles têm a triagem deles e eles já passam os pacientes pra gente. Então você tem ali, as duplas desse dia, a professora que já deu o paciente pra cada um ali, entendeu? Eles marcam o paciente e o paciente vem e a gente atende, não é ‘toma o número <telefone> e se arranja’. Em XXXXXX também é assim, então, são clínicas muito organizadas. (A19).

Podemos constatar, assim, a importância de existir um sistema de gerenciamento dos casos, com realização de avaliação prévia dos pacientes para adequada alocação nas diferentes clínicas de ensino, de forma que os usuários possam ser atendidos em suas necessidades de tratamento e os alunos em suas necessidades de aprendizado, sem que haja prejuízo para uma das partes.

Em caso bem sucedido relatado por Cristino⁶⁴, referente a uma IES em que a clínica integrada tem início no 6º período de um total de 10 de formação, a cada semestre é feita uma triagem de pacientes de forma que haja uma complexidade crescente de casos, e haja a distribuição de pacientes com demandas de tratamentos correspondentes ao nível de aprendizado dos alunos. O fluxo de pacientes é supervisionado para que não ocorra um fracasso do currículo adotado por falta de organização da instituição. Alunos, corpo docente e corpo técnico-administrativo trabalham em conjunto, para que os discentes concluam o curso de graduação tendo realizado todos os procedimentos básicos necessários à sua formação de clínico geral, em um ambiente que prima pelo cuidado com os pacientes.

A falta de organização creditada a várias clínicas gera uma situação que atrasa a perspectiva de assistência dos usuários cadastrados, como revela A17: “*Tem um cadastro*

aqui, só que não sei como funciona (...). Acaba entrando muita gente pela janela porque não consegue o contato de todos os pacientes que estão cadastrados. ” Não existe um controle sobre os casos que estão em andamento e a falta de um arquivo bem estruturado corrobora com a situação (grande parte dos prontuários fica empilhada sobre as mesas dos funcionários da secretaria, como já dissemos).

“...é MUITO desorganizado aqui. Eu acho que eles têm que ter um prontuário direito, organizado, arrumado. Ali é muito desorganizado. Você ouve que você tem uma fila enorme pra certos tratamentos aqui, no entanto, a gente é que às vezes, em dentística 4, em endo, fica desesperado procurando paciente. Como é que pode existir uma fila de pacientes e uma fila de aluno esperando pacientes? Porque não tem organização na secretaria, aí fica a gente querendo paciente, em dentística 4 isso aconteceu muito, a gente querendo paciente e um monte e paciente também que quer, que vem aqui, já deu o nome, já fez a triagem e ninguém nunca chamou porque a ficha tá abandonada por ali em algum lugar, eles não têm organização. Eu acho que isso tira muita produtividade de todo mundo. ” (A19)

Outro fato observado que dificulta o andamento dos tratamentos é a constância com a qual determinadas clínicas têm o funcionamento interrompido. Em duas semanas, uma delas ficou 5 períodos sem atendimento. Isto certamente gera prejuízo na produtividade, o que pode promover a busca por pacientes, ao final do semestre, com o objetivo exclusivo de fechamento de produção. Ou seja, a própria dinâmica da disciplina pode estar contribuindo para "uso e abuso" dos pacientes.

Sob este aspecto, não podemos deixar de voltar a falar sobre os pacientes que são absorvidos pelas clínicas de ensino declaradamente com a finalidade de serem “consumidos e descartados” – os chamados **casos isolados**. De acordo com G “*caso isolado é um negócio que não deveria existir. ” “O paciente é informado de que ele é um caso isolado, que ele ali a gente só vai tratar o canal dele, ou então a gente só vai fazer o bloco dele. ” (A 12)*

“...aí você atende um paciente de emergência na endo, aí você faz um plano de tratamento na endo que é cumprir o tratamento do canal, mas você não pode levar o paciente pra fazer a restauração, pra fechar o, o... fazer uma onlay, fazer um bloco, fazer o que ele precisa se ele não tiver matrícula, porque ele entra como caso isolado na endo, mas não entra como caso isolado nas outras disciplinas. Então... Aí o paciente chega de caso isolado na integrada, só pode fazer uma/um... uma parte do tratamento pelo qual ele entrou na emergência. Então, assim, eu acho isso muito complicado, né, porque você não trata. Você não tratou, você resolveu uma queixa, você não tem um, um plano de tratamento até a alta do paciente, você não faz isso aqui. ” (A18)

Um dos participantes do grupo focal relatou ter assumido uma paciente na qual uma doutoranda havia feito um tratamento endodôntico para computar em sua pesquisa, e que apresentava a necessidade de realizar o mesmo tipo de tratamento em outro dente. Ao realizar uma radiografia para dar início ao procedimento, constatou que a paciente

apresentava inúmeras demandas e precisava de uma extensa reabilitação oral, mas não poderia ter suas necessidades atendidas na instituição porque não estava regularmente matriculada.

Em nossa análise, os descaminhos percorridos pelos usuários da clínica de ensino são de conhecimento de todos. Entendemos que a IES não pode ser omissa e nem deve negligenciar o fato de os pacientes serem utilizados como objeto de aprendizado por parte dos alunos, permitir que “se percam” na busca por assistência quando deixam de ser interessante para o fechamento de uma produção ou para o serviço específico que determinada clínica desenvolva.

Foi lamentável constatar que quem deveria ser um facilitador do acesso dos usuários às clínicas de ensino por vezes contribui para sua desorientação. Presenciamos uma funcionária sendo ríspida com vários pacientes na fase de retorno ao funcionamento das clínicas, após as férias escolares. Negou-se, textualmente, a oferecer informações adicionais à esposa de um paciente, alegando que **não iria repetir o que já havia sido dito**. Não percebeu que sua atitude foi desrespeitosa e que agindo assim presta um desserviço à IES.

Este tipo de postura equivocada foi abordada na conversa que tivemos com o grupo focal, a partir de colocações sobre quais deveriam ser os deveres dos pacientes frente aos atendimentos. Em justificativa ao fato de nem sempre o usuário se portar da forma educada e respeitosa/responsável que esperam (descumprindo o horário de agendamento ou não desmarcando a consulta quando não puderem comparecer), dizem que isto às vezes acontece porque a instituição não respeita os pacientes.

“As mulheres que marcam são muito grossas, elas gritam com os próprios pacientes. Se o paciente chega sem recibo, elas têm o recibo que o paciente pagou dentro da ficha, se ele não traz o recibo dele, não pode ser atendido. ” “Não vale o que está na ficha, ele tem que trazer. ” “Sendo que ali é uma cópia. É má vontade. ” “Elas gritam com a gente. ” “Se a parte da recepção funcionasse, a clínica seria outra coisa. ” (G)

Quando perguntamos a P8 se teria algo mais a acrescentar sobre a formação ética dos estudantes, nos apresentou uma lista de sugestões bastante interessantes e que, se forem implementadas, atenderão a algumas insatisfações que nos foram relatadas por estudantes que viram na participação da pesquisa a oportunidade de contribuírem para melhoria do ensino na instituição:

“Que a tecnologia, que por vezes favorece o comportamento não ético, seja usada de forma que possa propiciar a alavancagem de comportamentos completamente éticos. (...) talvez um canal direto com a Diretoria de uma rede social só da Faculdade para denunciar abusos de comportamento, tanto para pacientes, quanto para alunos. Vai deixar a coisa mais transparente. Acho que a transparência é o ideal. Transparência pública das contas da Faculdade,

dos departamentos, das consultas que são feitas na clínica. O paciente tem que saber com quem vai ser consultado. Os alunos têm que saber quem serão os professores que estarão na sala naquele dia, e se não tiverem o porquê. E precisa ter um canal para poder questionar caso isso não tenha conseguido. É usar a tecnologia a seu favor. ” (P8)

Em nossa compreensão, a engrenagem de funcionamento do serviço poderia oferecer melhor assistência aos usuários das clínicas de ensino a partir da associação entre elas. A desarticulação existente faz com que não haja um compromisso com o resultado final do trabalho, com a resolutividade das demandas em saúde bucal dos pacientes. Este problema poderia ser resolvido por meio de um sistema de gestão integrada que coordenasse o fluxo dos pacientes a partir da conclusão de etapas, correspondentes ao escopo de trabalho de cada disciplina. Desta forma, o método de trabalho empregado por alguns departamentos, considerados como “mais organizados” pelos participantes da pesquisa, poderia ser adotado pelo todo, gerando mais amplamente os resultados positivos que até então têm sido observados em pequena escala.

Acreditamos que este seja um caminho para que a IES estabeleça vínculo e responsabilização com os usuários e construa um ambiente de ensino dedicado à formação de bons profissionais, dentro de uma cultura organizacional que associe aquisição de conhecimentos e habilidades, ética e cuidado.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com nossa análise sobre a influência do ambiente de ensino no processo de formação dos estudantes, constatamos que os métodos de avaliação de discentes utilizados pela instituição tem contribuído para a construção de uma relação por vezes abusiva para com os usuários das clínicas de ensino. Nestes casos, a atenção em saúde tem como principal objetivo a obtenção de nota e aprovação pelo aluno, o que implica no desinteresse pela assistência resolutiva quando os procedimentos pendentes não são necessários à produção acadêmica. Esta situação resulta em recorrentes casos de abandono, conhecidos por todos os componentes da cadeia de atenção e gestão da IES, mas a Universidade pouco tem feito no sentido de minimizar sua ocorrência ou de adotar medidas que visem proteger os pacientes.

Novas metodologias de avaliação precisam ser pensadas, de forma que venham a auxiliar na aquisição de conhecimento pelo acadêmico sem gerar prejuízo à aquisição de valores que são importantes para uma práxis norteada pela honestidade, respeito, humanização, pela ética. O ambiente de ensino além de estruturar profissionais para ingresso no mercado de trabalho deve estar comprometido a contribuir positivamente também para a formação moral dos estudantes.

Avaliando os docentes sob a ótica de serem modelos de conformação profissional para os discentes no processo de socialização, encontramos professores cientes das suas responsabilidades enquanto exemplos de conduta. Contudo, nos deparamos com situações de divergências entre o que se ensina e o que é praticado, de desconstrução de conhecimentos adquiridos em uma disciplina por professores de outra e de falta de uniformidade do que é requerido dos alunos.

A grade curricular não atende plenamente às necessidades de formação técnica dos estudantes, muito embora a instituição ofereça estágio, pesquisa e extensão. A participação em tais atividades fica comprometida pela exiguidade de tempo livre, o que promove uma maior procura pela iniciação científica, em decorrência da flexibilidade que encontram para realização das tarefas necessárias nos horários que dispõem, sem que precisem se deslocar para fora da IES.

No que se refere ao corpo docente, a busca por educação continuada se dá por demanda pessoal e nos pareceu estar associada ao interesse em progressão de carreira. Não existe diretamente por parte da instituição qualquer estímulo para que se atualizem ou adquiram mais qualificações profissionais, nem para que haja avaliação e reflexão sobre o trabalho de formação que realizam junto aos alunos.

A IES deve se comprometer com a formação do formador e com as demandas acadêmicas de aprendizado. Diante de tantos relatos no sentido de haver necessidade de que os professores recebam capacitações e se comprometam de fato com a tarefa de ensinar, acreditamos que a educação permanente pode contribuir favoravelmente para que reformulem suas práticas, a partir de reflexões sobre o processo de trabalho junto à IES, e contribuam para uma melhor qualidade da educação e da atenção em saúde. A realização de uma consultoria pedagógica pode contribuir para a implementação de mudanças que se façam necessárias para que os anseios de aprendizado dos alunos sejam atendidos, e ainda suprir lacunas que porventura possam existir na formação dos professores referentes ao exercício do magistério.

É sabido que o cumprimento às exigências de perfil curricular estabelecido pela LDB²⁴ para contratação de professores universitários deve ser obedecido, mas a IES deve estar atenta ao perfil que atende às necessidades de quem aprende. Produções científicas são requeridas, assim como o desenvolvimento de pesquisas científicas, mas os alunos estão reclamando a presença dos que exercem a docência com devoção, que se dedicam à arte de auxiliar a construção de conhecimento, de ensinar um ofício.

A possibilidade de seguir uma trajetória acadêmica ininterrupta, da graduação ao doutorado, pode ser uma das razões responsáveis pelo fato de alguns profissionais ingressarem na carreira docente do ensino superior em saúde sem a experiência clínica necessária à grande parte da área de abrangência da odontologia. Todavia, o espaço de práticas dos estudantes deve ser preservado, não sendo pertinente que os docentes realizem procedimentos que cabem aos alunos executar. Se alguns professores ainda necessitam do desenvolvimento de habilidades técnicas, como afirmaram alguns participantes da pesquisa, que possam fazê-lo em nível de pós-graduação, para que não comprometam o aprendizado dos discentes.

Foi possível constatar a existência de divergências entre o perfil de egresso requerido pelas DCN³⁴ (compatível com o que a IES almeja conformar) e o que a instituição forma de fato. A maioria dos participantes da pesquisa vislumbra a aquisição de alguma especialidade logo após a graduação. Podemos dizer que, na verdade, buscam este processo desde a formação, uma vez que se dedicam ao aprofundamento de conhecimentos na área de atuação que lhes desperta maior interesse, com auxílio dos professores das especialidades, por meio da participação em grupos de estudos (ligas).

Além da formação estruturada em especialidades, identificamos dificuldades para inserção dos alunos em equipes multiprofissionais de atividades de extensão e constatamos a prevalência de uma prestação de assistência com foco curativo.

O respeito à primazia do bem-estar do paciente ocorre quando a assistência está voltada à resolução da queixa principal que os conduz até a clínica de ensino, mas fica comprometido quando alguns alunos subvertem a lógica do cuidado, na busca pela garantia de que seus interesses pessoais sejam atendidos, em detrimento das necessidades do outro.

O respeito ao princípio da autonomia do paciente não é contemplado em algumas situações. Este fato é observado quando não lhes é dada ampla possibilidade de participação nas decisões sobre opções terapêuticas e plano de tratamento. O mesmo ocorre quando não recebe esclarecimentos que sejam suficientes para que tenha condições de fazer escolhas conscientes relativas ao tratamento ao qual serão submetidos ou sobre o que concede sem saber.

A autonomia do paciente também não é promovida quando são feitas imagens suas sem o seu consentimento prévio, assim como quando é promovida uma observação do seu caso clínico por um grupo de alunos sem que isso lhe seja solicitado. A ideia que alguns possuem de que a oportunidade de receber atendimento na clínica de ensino deve levar o usuário a permitir o livre acesso ao seu corpo, para que os alunos possam adquirir aprendizado, é um grande equívoco.

O respeito ao princípio da justiça social deixa de ser contemplado quando existem negativas de acesso a atendimento a pacientes com quadros clínicos de odontalgia (dor de dente), por não poderem arcar com os custos de uma assistência de caráter emergencial. Assim como quando sofrem discriminação ao serem enquadrados numa categoria de pacientes que paga valores reduzidos pelos seus tratamentos.

O respeito ao princípio da justiça social também é violado quando ocorrem diferenças no padrão da atenção oferecida a alunos ou conhecidos dos docentes e os demais pacientes. Da mesma maneira, quando se trabalha com a perspectiva de que pacientes da clínica de ensino devem se contentar com serviços de baixa qualidade e de que é aceitável que permaneçam por anos recebendo assistência, sem que consigam concluir seus tratamentos.

O compromisso com a honestidade para com os pacientes é uma preocupação de muitos dos participantes da pesquisa, embora tenhamos observado que os pacientes não recebem todos os esclarecimentos relativos às questões que permeiam o atendimento nos cenários de ensino-aprendizagem, nem sobre a descontinuidade da atenção quando deixam de servir aos interesses dos alunos.

A confidencialidade do atendimento não é promovida quando observamos que a estrutura física da clínica de ensino permite a visualização dos atendimentos e escuta da

coleta de dados por pessoas que estejam próximas a quem está sendo atendido. O mesmo se dá quando prontuários são perdidos (o que ocorre com certa frequência) e quando existem comentários sobre os pacientes entre os alunos sem a devida preocupação em ocultar a identificação dos usuários da clínica de ensino.

A intenção de honrar com compromisso em manter relações apropriadas com os pacientes está presente no discurso de todos os participantes da pesquisa. Em contrapartida, relataram situações observadas ou vivenciadas nas quais o que classificamos como uso e abuso dos pacientes esteve presente, em virtude da intenção de se conseguir produção/pontuação/aprovação.

No que se refere ao compromisso com as responsabilidades profissionais, observamos situações bastante comprometedoras, tais como desamparo a alunos durante a realização de atendimentos, descaso para com pacientes, desrespeito de docentes para com alunos e pacientes, falta de compromisso dos docentes no cumprimento de horário junto às clínicas de ensino e infrações éticas.

É importante que a IES estabeleça um sistema coerente de crenças e valores e que este seja pactuado com docentes e funcionários, de forma que todos possam contemplá-los no dia-a-dia do ambiente de ensino. A incompatibilidade entre teoria e prática pode gerar no estudante incertezas quanto a melhor forma de proceder ou estimulá-lo ao não cumprimento de regras e determinações.

A abordagem sobre a conduta ética concernente ao agir em saúde tem sido pautada no estudo do Código de Ética Odontológica, conduzido por uma disciplina ao longo da formação e com foco nas responsabilidades civis dos cirurgiões-dentistas. Os momentos de reflexão direcionados pela Deontologia não foram lembrados inicialmente por todos os participantes da pesquisa, e não se mostraram suficientes para fazê-los reconhecer violações rotineiramente repetidas no cotidiano da atenção aos usuários das clínicas de ensino como práticas antiéticas.

Sobre o compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados, constatamos que alguns departamentos possuem uma organização interna de funcionamento que permite mais facilmente o fluxo de pacientes e a completude da assistência. Em outros, este fluxo encontra barreiras no sistema de marcação de consultas (operacionalizado pelos alunos) e na assistência pontual a pacientes que não estejam matriculados na instituição, a partir das demandas de interesse das clínicas. Neste contexto, são comuns o retrabalho e a descontinuidade da assistência (prevista no primeiro caso), em situações que comprometem a eticidade da relação com os pacientes e o cuidado.

A formação profissional apresenta um foco tecnicista, em um cenário de práticas no qual o paciente tem sido visto como fonte geradora de uma gama de procedimentos necessários à capacitação do acadêmico de odontologia para o campo de trabalho.

Os resultados encontrados nos remetem à necessidade de que amplo debate seja feito, no meio acadêmico, sobre a importância de que o modelo hegemônico de educação em saúde, que privilegia o desenvolvimento da técnica e o modelo paternalista de atenção, seja desconstruído. Que cursos de graduação incluam em seus projetos pedagógico a dimensão ética da atenção em saúde, não apenas de forma restrita a uma única disciplina, como é comum acontecer com a bioética, ou sob a perspectiva da ética deontológica, mas de forma transversal à formação teórico-prática que os alunos recebem.

Nos referimos assim à ética aplicada a uma práxis reflexiva sobre o cotidiano da assistência, incluindo a discussão de casos dilemáticos com os quais os alunos se deparem, de forma que sejam estimulados ao desenvolvimento do senso crítico e à realização rotineira de autoavaliação, com o objetivo de que se capacitem ao remodelamento do próprio processo de trabalho, em prol da melhoria contínua da oferta de serviço.

Este estudo de caso confirma a nossa hipótese e reflete para cenários de ensino e aprendizagem semelhantes, existentes em outras IES. Por esta razão, sugerimos a produção de novos estudos, de forma que possamos retratar de maneira mais ampliada a realidade da graduação em odontologia no Brasil e, a partir daí, buscar mecanismos regulamentares de adequação para que a formação de cirurgiões-dentistas possa promover o perfil de profissionais que se deseja obter.

Ao utilizarmos o conceito de profissionalismo como analisador da formação em odontologia, partimos da convicção de que suas bases são compostas por elementos indispensáveis à prestação de assistência em saúde digna, respeitosa e comprometida com o cuidado do outro. Independente de quem seja esse outro e ainda que estejamos inseridos em uma sociedade adoecida, na qual os interesses pessoais comumente são preponderantes e os valores morais parecem esquecidos.

REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. CNS Resolução nº 466. (2012).
- 2) Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
- 3) Bauman Z. Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
- 4) Bauman Z. Vida líquida. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
- 5) Bauman Z, L Donskis. Cegueira Moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. 263p.
- 6) Minayo MC. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. p. 61-77.
- 7) Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 8) Britten N. Entrevistas qualitativas. In: Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. Cap. 2.
- 9) Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43.
- 10) Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Durante o XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 nov 4-8; Ouro Preto, Brasil.
- 11) Minayo MC. Técnicas de análise do material qualitativo. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 303-360.
- 12) CFO [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Dados estatísticos: faculdades de odontologia existentes no Brasil-2015. [atualizado em 26/02/2015]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf

- 13) Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 76-94.
- 14) Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
- 15) Cunha E. História da Odontologia no Brasil (1500 – 1900). 2ª ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952. 288p.
- 16) Samico AHR. Esforço da história da odontologia no Brasil: o ensino odontológico. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1993. 38p.
- 17) Nigre AL. O atuar do cirurgião-dentista: direitos e obrigações. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. 226p.
- 18) Rosenthal E. A odontologia no Brasil no século XX: história ilustrada. São Paulo: Santos; 2001. 441 p.
- 19) Almeida ECS, Vendúsculo DMS, Mestriner Junior W. A conformação da odontologia enquanto profissão – uma revisão bibliográfica. Rev Bras Odonto. 2002 nov-dez v.59(6):370-3.
- 20) Queluz DP. Recursos humanos em odontologia. In: Pereira AC. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 162-199.
- 21) Fernandes Neto AJ. A evolução dos cursos de odontologia no Brasil. Rev ABENO. 2002. 2(1):55-6.
- 22) Carvalho CL. Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia Brasileira [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- 23) Brasil. Definição dos cursos de pós-graduação MEC Parecer nº 977/65. (dez 03, 1965). Disponível em:
<<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/Parecer-977-1965.pdf>> Acesso em: 20/05/15.
- 24) Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394 (dez 20, 1996).

- 25) Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. p.13-33.
- 26) Carr D. Professionalism and ethics in teaching. London: Routledge; 2000.
- 27) Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p.165-85.
- 28) Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro [Internet]. Maringá: Dental Press; 2010. 96p. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL_CD_BR_web.pdf Acesso em: 16/04/2015.
- 29) CFO. Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. CFO Resolução CFO-023/2005. (abril 19, 2005, atualizada em julho, 2012). Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf> Acesso em 16/04/2015.
- 30) CAPES[Internet]. Brasília (DF): Planilhas de Indicadores: produção bibliográfica. Disponível em: <http://avaliacaotrienal2013.capes.gov.br/resultados/planilhas-comparativas>. Acesso em 16/04/2015.
- 31) Brasil. Regulamenta a lei 4.324 de 14 de abril de 1964. Decreto nº 68.704 (jun 3, 1971). Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/01/decreto_68704.pdf [acessado em 20/05/15].
- 32) CFO. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO-118 (2012). Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf [acessado em: 03/04/13].
- 33) Brasil. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Lei nº 4.324 (abr 14, 1964). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/1950-1969/L4324.htm [acessado em 20/05/15].

- 34) Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3 (19 fev 2002). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf> [acessado em 09/03/13].
- 35) Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trab Educ Saúde*. 2014 mai-ago; 2(12):343-61.
- 36) Carvalho ACP. Ensino de odontologia no Brasil. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 5-15.
- 37) Fernandes Neto AJ, Costa Neto OC. Currículo Odontológico face às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 75-86.
- 38) Carvalho CMR. Competência na Legislação Educacional. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 17-21.
- 39) Masetto MT. Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.31-50.
- 40) Análise sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em odontologia. *Rev ABENO*. 2002; 2(1):35-8.
- 41) Subsídios para o projeto pedagógico do curso de odontologia – I. *Rev ABENO*. 2002; 2(1):41-2.
- 42) Diretrizes da ABENO para a definição do estágio supervisionado nos cursos de odontologia. *Rev ABENO*. 2002; 2(1):39.
- 43) Subsídios para o projeto pedagógico do curso de odontologia – II. *Rev ABENO*. 2002; 2(1):43-7.
- 44) Werner CWA. O estágio curricular supervisionado no processo de ensino-aprendizagem. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.162-73.
- 45) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [acessado em 29/04/15].

- 46) Madeira MC. Ensino, pesquisa e extensão. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.97-103.
- 47) Garbin CLAS, Saliba NA, Moimaz SAS, Santos KT. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. Rev. ABENO. 2006; jan/jun 6(1):6-10.
- 48) Cordioli OFG, Batista NA. O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 87-96.
- 49) Cordioli OFG, Batista NA. A graduação em odontologia na visão de egressos: propostas de mudanças. Rev. ABENO. 2007; jan-abr 7(1):88-95.
- 50) Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ, 2005 fev; 9(16):105-14.
- 51) Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(1):179-82.
- 52) Morita MC, Kriger L. A relação ensino e serviço de odontologia. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 129-139.
- 53) Finkler M, Verdi MIM, Caetano JC, Ramos FRS. Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? Trab. Educ. Saúde. 2011; 8(3):449-62.
- 54) Araújo EC, Batista SH, Gerab IF. A produção científica sobre a docência em saúde: um estudo em periódicos nacionais. Rev. Bras. Educ. Méd. 2011; 35(4):486-92.
- 55) Péret ACA, Lima MLR. A pesquisa nos critérios de avaliação da CAPES e a formação do professor de odontologia numa dimensão crítica. Rev. ABENO. 2005; 5(1):46-51.
- 56) Costa NMSC. Formação pedagógica de professores de medicina. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(1):102-8.

- 57) Saippa-Oliveira G, Koifman L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2013 jan/mar; 17(44):211-8.
- 58) Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>> [acessado em 21/03/15].
- 59) Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf> [acessado em 21/03/15].
- 60) Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf>> [acessado em 21/03/15]
- 61) Rodrigues CAQ, Costa SM, Leite MTS, Rodrigues Neto. A vivência dos estudantes de odontologia nas atividades de ensino-pesquisa-extensão do PET-Saúde. *Rev. ABENO*. 2011; 11(2):45-50.
- 62) Fonsêca GS, Rodrigues AAAO. O programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) como indutor de inovações pedagógicas: a experiência do curso de odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. *Rev. ABENO*. 2011 jan/jun; 11(2):19-26.
- 63) Souza GCLL, Lima MRL, Rodrigues CAQ, Moreira KS, Oliveira MP, Morais AJD et al. O PET-Saúde na formação acadêmica em odontologia: contribuições e perspectivas. *Rev. ABENO*. 2014; 14(1):73-80.
- 64) Cristino PS. Clínicas Integradas antecipadas: limites e possibilidades. *Rev. ABENO*. 2005;7(1):12-8.
- 65) Ranali J, Lombardo IA. Projeto pedagógico para cursos de odontologia. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 65-73.
- 66) Péret ACA, Lima MLR. A pesquisa e a formação do professor de odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. *Rev. ABENO*. 2003 jan/dez; 3(1):65-69.

- 67) Carvalho DR, Pedrosa SF. Avaliação em clínicas odontológicas. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.153-160.
- 68) Cortina A, Martínez E. Ética. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
- 69) Carvalho ACP. Planejamento do curso de graduação. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 51-64.
- 70) Cortina A. O fazer ético: guia para educação moral. São Paulo: Moderna, 2003.
- 71) Araújo UF, Puig JM. Educação e valores: pontos e contrapontos. 2ª ed. São Paulo: Summus; 2007.
- 72) Ramos DLP. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Pública. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2004. p. 161-167.
- 73) Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4481-92.
- 74) Varella MA, Tamoto M, Junqueira CR. Relacionamento professor/aluno/paciente e documentação odontológica. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.175-183.
- 75) Prado MM, Garrafa V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. *Comum Ciência e Saúde*. 2006;17(4):263-74.
- 76) Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(3):869-78.
- 77) Gonçalves ER, Verdi MIM. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007 Maio/jun; 12(3):755-64.
- 78) Schuh CM, Albuquerque IM. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. *Revista Bioética*. 2009;17(1): p.55-60.

- 79) Lima ENA, Souza, ECF. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. *Revista Gaúcha de odontologia*. 2010; abr/jun; 58(2):231-8.
- 80) Campos JADB. A odontologia ideal: qualidade e ética. *Revista UNIARA*. 2004;15:223-39.
- 81) Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013;18(10):3033-42.
- 82) Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em odontologia. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2011 out/dez;15(39):1053-67.
- 83) Arouca R, Rego S, Machado MH. O papel da escola na educação moral de estudantes de odontologia. *Rev Bras Odonto*. 2008 jul/dez; 65(2):211-5.
- 84) d’Avila RL. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. *Revista Bioética*. 2010;18(2): 311-27.
- 85) Guerra RA. Bioética em la malla curricular de odontologia. *Acta Bioética*. 2006 Jan;12(1):7.
- 86) Gonçalves PE, Garbin AJI, Moimaz SAS, Oliveira RN. Evaluación Del conocimiento de los cirujanos dentistas brasileños sobre aspectos bioéticos en el tratamiento odontológico. *Av Odontoestomatol*. 2007 maio/jun;23(3):8.
- 87) Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MEL, Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2009; Jan/mar;57(1):99-106.
- 88) Moysés SJ. A humanização da educação em odontologia. *Pro-Posições/ UNICAMP*, 2003;14(1):40-74.
- 89) Silva LN. Autonomia e confidencialidade na assistência aos usuários em uma escola de graduação em odontologia [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2011.
- 90) Batista NA. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. *Trab Educ Saúde*. 2005; 3(2):283-94.

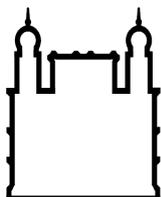
- 91) Martinez M, Buxarra MN, Esteban F. La Universidad como espacio de aprendizaje ético. *Rev Iberoamericana de Eucación*. 2002; 29:25-43.
- 92) Pimenta SG, Anastasiou LGC, Cavallet VJ. Docência no ensino superior: construindo caminhos. In: Barbosa RLL. *Formação de educadores: desafios e perspectivas*. São Paulo: Ed. UNESP; 2003. p.267-78.
- 93) Koifman L, Saippa-Oliveira G, Fernandes VS. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. 1ª ed Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; 2007, v. 1, p. 166-81.
- 94) Saippa-Oliveira G, Koifman L. Os docentes universitários: como transformar a formação? In: Roseni P; Silva Junior AG, organizadores. *Cidadania do cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO-CEPESC-UERJ; 2011, v. 1, p. 197-210.
- 95) Batista SH, Batista NA. Desenvolvimento docente em medicina: a prática como elemento estruturante. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência; 2005 cap. 17.
- 96) Cardoso SMV. A formação do dentista no contexto do século XXI: a pesquisa como princípio pedagógico. *Rev ABENO*. 2007 jan/abr;7(1):54-7.
- 97) La Taille Y. *Formação ética: do tédio ao respeito de si*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 98) Abdalla IG, Batista SH, Ruiz-Moreno L, Silva IF, Batista NA. Professor da área da saúde: pesquisa em diálogo. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência; 2005 Cap. 6.
- 99) Sonzogo MC. Concepções sobre a função docente em Medicina – o lugar do sujeito. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. Cap. 15.
- 100) Batista SH, Batista NA. Docência Universitária em saúde, formação e interdisciplinaridade. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. Cap. 1.

- 101) Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. O cuidado ético-pedagógico no processo de socialização profissional: por uma formação ética. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2012 out/dez; 16(43):981-93.
- 102) Giroux HA. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 103) Kentli FD. Comparison of Hidden Curriculum Theories. *European Journal of Educational Studies*. 2009. 1(2):83-8.
- 104) Rego S. A ética na formação dos médicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro AO. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes; 2002. p.108-133.
- 105) Galli A. Argentina: transformacion curricular. *Educ Med Salud*. 1989;23(4):344-53.
- 106) Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- 107) Rego S. *A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
- 108) Rego S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? *Interface Comunicação Saúde Educação*. 1998;3(16):35-48.
- 109) Moreno LR, Batista NA. Avaliação da aprendizagem em medicina: concepções e práticas docentes. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. *Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. Cap. 18.
- 110) Koifman L, Saippa-Oliveira G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UER – CEPESC - ABRASCO; 2006. p.245-60.
- 111) Lemos CLS, Fonseca SG. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2009;3(28):57-69.
- 112) Franco LLMM, Soares EF, Martorell LB, Marcelo VC. O professor no curso de odontologia: sua formação e os desafios frente às exigências atuais. *Revista Profissão Docente*. 2009;9(20):14.

- 113) Pontes AL, Rego S, Silva Júnior, AGS. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006;30(2):66-75.
- 114) Goursand D, Paiva SM, Lima MLR. A formação e o novo perfil do docente universitário. *Rev ABENO*. 2009;9(1):69-73.
- 115) Péret ACA, Lima MLR. As políticas públicas em educação e saúde e a formação do professor de odontologia numa dimensão crítica. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.119-128.
- 116) Baltazar MMM, Moysés SJ, Bastos CCBC. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 8(2):285-303.
- 117) Pordeus IA, Busato ALS, Pereira JC, Costa LJ, Tortamano N, Costa NP. Aspectos conceituais norteadores da pós-graduação stricto sensu. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.185-202.
- 118) Rego S, Gomes A, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(4):482–91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf> [acessado em: 25/07/13].
- 119) Toledo OA. A docência nos cursos de odontologia. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.211-216.
- 120) Madeira MC. O porquê de ser bom professor. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.217-223.
- 121) Walther N.K.A, Mook V, Grave WS, Scheltus J, Luijk V, O'Sullivan H. Training and learning professionalism in the medical school curriculum: Current considerations. *European Journal of Internal Medicine*. 2009;20:96-100.
- 122) Brennan T, Blank L, Cohen J, Kimball H, meler N, Copeland R, et al. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet*. 2002 fev; 359:520-2. Disponível em www.thelancet.com [acessado em 26/05/2013].
- 123) Hilton S, Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education*. 2007; 23:265–79.

- 124) Bradburn M, Staley H. Professionalism. *Surgery*. 2012;30(9):499-502.
- 125) Walther NKA, Mook V, Gorter SL, Grave WS, Luijk SJ, O'Sullivan H, et al. Professionalism beyond medical school: an educational continuum? *European Journal of Internal Medicine*. 2009;20:148-52.
- 126) Walther NKA, Mook V, Grave WS, Wass V, O'Sullivan H, Zwaveling JH, et al. Professionalism: Evolution of the concept. *European Journal of Internal Medicine*. 2009. v.20. p.81–84.
- 127) Rego S. O profissionalismo e a formação médica. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2012;36(4): 445-446. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600001>.
- 128) Costa RAH. O que se ensina aos futuros cirurgiões-dentistas? Um estudo de caso etnográfico sobre currículo e práticas escolares em odontologia [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA INDIVIDUAL**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em pesquisa



Dados de identificação

Título da Pesquisa: O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia.

Pesquisador Responsável: Luciana Narciso da Silva

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Tipo de voluntário:

() Coordenador

() Professor

() Aluno

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia”, de responsabilidade da pesquisadora Luciana Narciso da Silva, aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, desenvolvida

sob orientação do Professor Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego e coorientação do Professor Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro.

O objetivo principal deste estudo é analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, na percepção de professores, alunos e coordenador de curso da faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este termo lhe garante os seguintes aspectos éticos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre dados pessoais que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado sobre o tema central, por um período de aproximadamente uma hora, considerando-se um roteiro de entrevista previamente definido. Para registro das informações, será utilizado um gravador de voz.

Posteriormente, a entrevista será transcrita e armazenada na íntegra, em arquivos digitais, mas somente terão acesso à mesma a pesquisadora e os seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e orientações do CEP/ENSP.

Os riscos relacionados com sua participação estariam relacionados ao sigilo sobre e a confidencialidade das informações obtidas por meio dessa pesquisa. Isto será controlado procedendo-se uma codificação em que cada entrevista receberá um código, não sendo divulgado o nome dos entrevistados ou qualquer informação que permita a sua identificação.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir com a discussão sobre a formação ética dos cirurgiões-dentistas, de forma a favorecer a valorização deste tema desde a graduação, visando melhorias no exercício profissional que possam gerar um maior comprometimento na prestação de assistência no que tange ao cuidado e ao respeito aos indivíduos e à sociedade.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por meio de devolutivas feitas à Instituição de Ensino Superior participante, artigos científicos e na tese de doutorado da pesquisadora, independente de os mesmos serem favoráveis ou não.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o(a) participante da pesquisa, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____,

RG nº _____, declaro ter sido informado(a) e estar de acordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito e estou ciente de que .

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Contato com a pesquisadora responsável:

Telefones: (21) 2719-1526 e (21) 98132-2319

e-mail: luciana.narciso@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 919 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões

éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
COORDENADORES.**

- 1) Qual é o perfil do egresso dessa IES?
- 2) Houve alguma alteração no processo de formação após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em odontologia?
- 3) Fale-me sobre quais são as metodologias de ensino utilizadas pela IES.
- 4) Qual é o perfil do docente dessa IES?
- 5) Os docentes participam de alguma capacitação interna ou externa?
- 6) De que forma a IES contribui para a formação ética dos cirurgiões-dentistas?
- 7) De que forma a IES age diante de situações eticamente problemáticas que surjam no processo de formação dos alunos?

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
PROFESSORES.**

- 1) Qual é a sua formação?
- 2) Como se inseriu na carreira docente?
- 3) O que é avaliado na conduta clínica do estudante de odontologia?
- 4) Existe algum protocolo que norteie a avaliação?
- 5) Qual deve ser o perfil do egresso na sua opinião?
- 6) Qual característica da sua conduta profissional você gostaria de ver no seu aluno?
- 7) Quais condutas são consideradas fundamentais na relação discente-paciente?
- 8) Há diferença na conduta prescrita para atendimento em ambiente de ensino e particular?
- 9) Qual a sua compreensão sobre ética na relação profissional-paciente?
- 10) Qual é a importância do ambiente de ensino na formação ética dos estudantes de odontologia?
- 11) Como é abordada a ética no processo de formação dos estudantes?
- 12) Qual é a sua participação no processo de formação ética dos estudantes de odontologia?
- 13) De que forma o(a) senhor(a) age diante de situações eticamente problemáticas que surjam no processo de formação dos alunos? Existe alguma orientação da coordenação de curso nesse sentido?

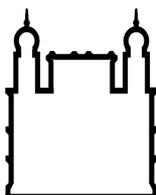
**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
ALUNOS.**

- 1) De acordo com a sua compreensão, quais são os aspectos mais relevantes na sua conduta clínica para receber uma boa avaliação?
- 2) Existe algum protocolo formal de avaliação?
- 3) O que os professores valorizam na prática clínica?
- 4) Qual deve ser o perfil do egresso?
- 5) Há diferença entre a conduta que você tem com seus pacientes agora, em um serviço público, e a que vislumbra ter em seu consultório?
- 6) Como os docentes orientam a relação discente-paciente?
- 7) Você destaca a influência de algum docente na sua formação? Quais características dele(a) chamam a sua atenção?
- 8) Que compreensão você tem por "ética na relação profissional-paciente"?
- 9) Em algum momento da sua formação foi abordada a ética na relação profissional-paciente?
- 10) Em algum momento você presenciou ou viveu alguma situação que considere antiética? O que foi feito? Houve intervenção de alguém?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GRUPO FOCAL.

- 1) O que é importante na formação de um cirurgião-dentista?
- 2) Como você vê o paciente de uma instituição de ensino?
- 3) Existem direitos e deveres na relação discente-paciente no ambiente de ensino?
Quais seriam?
- 4) O que muda em relação a esses direitos e deveres da relação profissional-paciente fora do ambiente de formação?
- 5) Como você avalia a conduta de docentes e discentes na relação com os pacientes nessa IES?
- 6) O que você destaca como referência na conduta dos seus professores?
- 7) Como é a formação ética dos estudantes dessa IES?

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
GRUPO FOCAL**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em pesquisa



Dados de identificação

Título da Pesquisa: O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia.

Pesquisador Responsável: Luciana Narciso da Silva Company

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Tipo de voluntário: Aluno participante de grupo focal.

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia”, de responsabilidade da pesquisadora Luciana Narciso da Silva, aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, desenvolvida sob orientação do Professor Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego e coorientação do Professor Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro.

O objetivo principal deste estudo é analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, na percepção de professores, alunos e coordenador de curso da faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este termo lhe garante os seguintes aspectos éticos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre dados pessoais que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, juntamente com outros alunos do seu período de graduação em Odontologia, onde serão apresentadas questões sobre o tema central da pesquisa para serem discutidas pelo grupo, por um período de aproximadamente uma hora e meia, considerando-se um roteiro de entrevista previamente definido.

A entrevista em grupo focal será registrada por meio da utilização de gravadores de voz e filmadora. A filmagem se faz necessária para auxiliar a pesquisadora na identificação da fala de cada participante no ato da transcrição das entrevistas, sendo de grande relevância para evitar a ocorrência de erros nesse processo. As falas serão transcritas e armazenadas na íntegra, assim como a filmagem, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e os seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e orientações do CEP/ENSP.

Os riscos relacionados com sua participação estariam relacionados ao sigilo sobre e a confidencialidade das informações obtidas por meio dessa pesquisa. Por se tratar de uma atividade em grupo, a pesquisadora não pode garantir o sigilo das informações, mas compromete-se a desenvolver uma codificação em que cada entrevista receberá um código, não sendo divulgado o nome dos entrevistados ou qualquer informação que permita a sua identificação na divulgação dos resultados da pesquisa.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir com a discussão sobre a formação ética dos cirurgiões-dentistas, de forma a favorecer a valorização deste tema desde a graduação, visando melhorias no exercício profissional que possam gerar um maior comprometimento na prestação de assistência no que tange ao cuidado e ao respeito aos indivíduos e à sociedade.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados através de devolutivas feitas à Instituição de Ensino Superior participante, artigos científicos e na tese de doutorado da pesquisadora, independente de os mesmos serem favoráveis ou não.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o(a) participante da pesquisa, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____,

RG nº _____, declaro ter sido informado(a) e estar de acordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito e autorizo o uso da minha imagem e voz exclusivamente para fins de identificação pessoal no ato da transcrição das entrevistas pela pesquisadora.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Contato com a pesquisadora responsável:

Telefones: (21) 2719-1526 e (21) 98132-2319

e-mail: luciana.narciso@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 919 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e

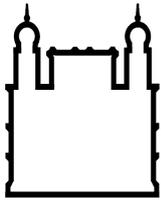
dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em pesquisa



Dados de identificação

Título da Pesquisa: O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia.

Pesquisador Responsável: Luciana Narciso da Silva Company

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Tipo de voluntário:

- () Coordenador de clínica
- () Professor
- () Aluno
- () Paciente

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O Profissionalismo na formação superior em saúde: uma avaliação sobre a graduação em Odontologia”, de responsabilidade da pesquisadora Luciana Narciso da Silva, aluna de Doutorado do

Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, desenvolvida sob orientação do Professor Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego e coorientação do Professor Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro.

O objetivo principal deste estudo é analisar a formação de cirurgiões-dentistas, a partir do conceito de profissionalismo, na percepção de professores, alunos e coordenador de curso da faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este termo lhe garante os seguintes aspectos éticos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre dados pessoais que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser observado pelo pesquisador durante o atendimento clínico na clínica de ensino desta Instituição de Ensino Superior .

Todos os fatos observados serão registrados pela pesquisadora em diário de campo e as informações serão armazenadas na íntegra, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e os seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e orientações do CEP/ENSP.

Os riscos relacionados com sua participação estariam relacionados ao sigilo sobre e a confidencialidade das informações obtidas através dessa pesquisa. Isto será controlado procedendo-se uma codificação em que cada registro receberá um código, não sendo divulgado o nome dos participantes observados ou qualquer informação que permita a sua identificação.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir com a discussão sobre a formação ética dos cirurgiões-dentistas, de forma a favorecer a valorização deste tema desde a graduação, visando melhorias no exercício profissional que possam gerar um maior comprometimento na prestação de assistência no que tange ao cuidado e ao respeito aos indivíduos e à sociedade.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados através de devolutivas feitas à Instituição de Ensino Superior participante, artigos científicos e na tese de doutorado da pesquisadora, independente de os mesmos serem favoráveis ou não.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o(a) participante da pesquisa, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____,

RG nº _____, declaro ter sido informado(a) e estar de acordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito e estou ciente de que .

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Contato com a pesquisadora responsável:

Telefones: (21) 2719-1526 e (21) 98132-2319

e-mail: luciana.narciso@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 919 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões

éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>