CILENE RENNÓ JUNQUEIRA

**A ATENÇÃO À PESSOA HUMANA – PACIENTE E ALUNO – NO
ÂMBITO DA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: O PAPEL DO
DOCENTE, DA REESTRUTURAÇÃO CURRICULAR E DA BIOÉTICA**

São Paulo

2009

Cilene Rennó Junqueira

**A atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da
formação em Odontologia: o papel do docente, da reestruturação
curricular e da Bioética**

Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade de São
Paulo, para obter o título de Doutora pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula
Ramos

São Paulo

2009

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Junqueira, Cilene Rennó

A atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da bioética / Cilene Rennó Junqueira; orientador Dalton Luiz de Paula Ramos. -- São Paulo, 2009.

198p. : tab., graf.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração : Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Currículo de ensino superior (Odontologia) – Reestruturação
2. Bioética – Educação em odontologia
3. Odontologia Social

CDD 614.1
BLACK D071

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Junqueira CR. A atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em Odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da Bioética [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, 16/12/2009

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha irmã Simone que, além de compartilhar todas as alegrias da vida (e os momentos difíceis), contribuiu na execução desse trabalho, sobretudo em sua fase final.

Ao meu irmão Álvaro, por ter me ajudado a encontrar razões para buscar novos caminhos nos momentos difíceis da vida.

Ao Eduardo por trilhar junto comigo esse percurso que é a vida.

Aos meus sobrinhos Sofia, Luísa e Adriano pelo sopro de vida de todos os dias.

Aos alunos da graduação, e aos pacientes, razão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dalton Luiz de Paula Ramos, orientador e amigo, por ter dividido comigo seu conhecimento, e mais do que isso, por me servir de exemplo de professor e de pessoa humana.

À Profa. Maria Ercilia de Araújo, que além de me permitir participar desse grande desafio que é o processo de reestruturação curricular, me recebeu com muito carinho e confiança.

Ao colega e amigo Celso Zilbovicius, que, além de participar com entusiasmo do processo de reestruturação curricular, colabora sempre nas traduções.

Às colegas de pós-graduação Elaine Cristina Camillo da Silva, Nelita de Vecchio Puplaksis, Luciana Wanderley e Fernanda Campos Sousa de Almeida que, além da amizade, dividiram comigo a responsabilidade de conhecer melhor novos métodos de estudo.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social que me receberam tão bem durante esses três anos de estudo.

As secretárias do Departamento de Odontologia Social, Sônia, Andréia e Laura pela agradável convivência nos últimos anos.

Ao acadêmico Luiz Fernando Costa, por sua disponibilidade incondicional.

À Opas/MS pelo auxílio concedido o qual viabilizou a realização deste trabalho.

Junqueira CR. A atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em Odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da Bioética [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

A atenção à pessoa humana requer o reconhecimento de sua dignidade. Para isso, é necessário que a pessoa seja percebida como ser único, como unidade de corpo e espírito e em sua totalidade, ou seja, nas suas diversas dimensões (biológica, psicológica, social e espiritual). Para compreender essa necessária atenção, no âmbito da formação em Odontologia, este estudo discute o significado da reestruturação curricular da FOUSP, da contribuição do docente e da Bioética para a formação integral do aluno, a fim de que essa atenção possibilite a abordagem integral do processo saúde-doença e que, consequentemente, promova o respeito à dignidade do paciente. Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de análise etnográfica e pela análise temática de conteúdo. Para isso, a coleta de dados consistiu de observação-participante (imersão da pesquisadora por três anos na instituição), da análise de dados documentais, de entrevistas com docentes e de informações obtidas de alunos da graduação. A análise das atividades promovidas em razão da participação da instituição no Pró-saúde permite concluir que grandes avanços têm sido percebidos a partir desse processo de reformulação do currículo, como a capacitação pedagógica dos docentes, a diversificação dos cenários de práticas, e a reestruturação do ensino da clínica. Mas, sobretudo, permite considerar que a maior contribuição desse processo é o resgate da preocupação de todos com

o ensino da graduação. Além disso, o ensino da Bioética pode contribuir para despertar no aluno a reflexão acerca da vida a partir de suas próprias experiências. Sobretudo quando o ensino da Bioética ocorre na prática, pela vivência de situações reais, que possibilitam ao aluno o desenvolvimento do pensamento crítico baseado em circunstâncias em que os olhares dos alunos e pacientes podem se cruzar, as atitudes éticas são exercitadas e serão assimiladas mais facilmente pelos alunos. Enfim, para que a formação do aluno seja de fato integral, conforme descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais e que culmine com o atendimento integral do paciente, é preciso haver o engajamento de toda a instituição. Isso deverá ocorrer por meio de mudanças epistemológicas na Instituição (o que está proposto pela reestruturação curricular), e por meio da participação de todos os docentes, que devem se envolver no processo de formação humanística, social e ética do aluno de graduação.

Palavras-Chave: Educação em Odontologia; Ética odontológica; Docentes de odontologia; Bioética - Ensino

Junqueira CR. The attention to the human person – patient and student – in the extent of the formation in Dentistry: the teacher's role, of the curricular restructuring and of Bioethics [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009

ABSTRACT

The attention to the human person requests the recognition of his/her dignity. For that, it is necessary that the person is perceived as a unique being, as a unity of body and spirit and in his/her totality, in other words, in several dimensions (biological, psychological, social and spiritual). To understand this necessary attention, in the extent of the formation in Dentistry, this study discusses the meaning of the curricular restructuring of Sao Paulo State University Dental School (FOUSP), of the teacher's contribution and of Bioethics for the student's integral formation, so this attention enables the integral approach of the health-disease process and that, consequently, promote the respect to the patient's dignity. It is qualitative study accomplished through ethnographic analysis and trough thematic analysis of content. For that, data collection consisted of observation - participant (the researcher's immersion for three years in the institution), of the analysis of documental data, of interviews with teachers and information obtained with under-graduation. The analysis of the activities promoted in reason of the participation of the institution in the Pró-saúde allows concluding that great progress has been observed as of the process of restructuring the curriculum, as the teachers' pedagogic training, the diversification of practice sceneries and the restructuring of clinical teaching. But, above all, it allows considering that the largest contribution of this process is the rescue of the concern of all with the under graduation teaching. Besides, the teaching of Bioethics can contribute to rouse in the student the reflection on life from his/her own experiences.

Above all when the teaching of Bioethics happens in practice, experiencing real situations, that allow the student to develop a critical thinking based on circumstances that students' and patients' glances can cross, ethical attitudes are exercised and will be assimilated more easily by the students. Finally, for the student's formation to be integral, as described in the National Curricular Guidelines and culminating with the integral care of the patient, the engagement of all the institution is necessary. This should happen through epistemological changes in the Institution (that is proposed by the curricular restructuring), and through participation of whole faculty that must be involved in the process of humanistic, social and ethical formation of the under graduation student.

Keywords: Dental education; Dental ethics; Dental faculty; Bioethics - education

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 O Sistema Único de Saúde	21
2.1.1 A integralidade da atenção à saúde	23
2.1.2 O ordenamento da formação em saúde	25
2.2 A formação do graduando em Odontologia	26
2.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais e as propostas de reformulação curricular	30
2.2.2 O Pró-saúde	33
2.2.3 Diversificação dos cenários de práticas	38
2.3 A atenção à pessoa humana: o respeito à dignidade do paciente e do aluno	39
2.3.1 O conceito de dignidade	40
2.3.2 A formação ética e humanística nos cursos de graduação em saúde: o papel do professor e o paciente inserido no contexto do ensino	47
2.3.3 O currículo oculto	63
2.3.4 O pensamento crítico e as estratégias ativas de aprendizagem	67
2.3.5 O ensino da Ética/Bioética nos cursos da área da saúde	70
3 PROPOSIÇÃO	81
4 MATERIAL E MÉTODOS	82
4.1 Etapas do estudo	82
4.2 Aspectos éticos	84
4.3 A escolha da metodologia	85
4.3.1 Definição da amostra e coleta dos dados	86
4.3.2 Triangulação	89
4.4 Análise do material	91
4.4.1 Etnografia	92
4.4.2 Análise de conteúdo temática	92
5 RESULTADOS	94

5.1 Caracterização da FOU SP	95
5.2 Caracterização do corpo docente	97
5.3 Caracterização da pós-graduação	101
6 DISCUSSÃO	104
6.1 O Sistema Único de Saúde	104
6.1.1 O princípio da integralidade e a abordagem integral do processo saúde/doença	106
6.2 A formação do graduando em Odontologia	107
6.2.1 Caracterização do objeto de estudo: a FOU SP	110
6.2.2 Caracterização do corpo docente da FOU SP	116
6.2.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais e as mudanças curriculares	118
6.2.4 O Pró-saúde	122
6.2.4.1 <i>O pensamento crítico e as estratégias ativas de aprendizagem</i>	123
6.2.4.2 <i>A diversificação dos cenários de práticas</i>	131
6.2.4.3 <i>A reestruturação do ensino de clínica</i>	135
6.3 A atenção à pessoa humana: o respeito à dignidade do paciente e do aluno	144
6.3.1 O paciente inserido no contexto do ensino	146
6.3.2 A contribuição do docente na formação humanística, social e ética do aluno de graduação.	152
6.3.3 O desenvolvimento das atitudes nos graduandos	153
6.3.4 O ensino da ética/bioética nos cursos da área da saúde	162
6.3.5 A disciplina de Bioética na FOU SP	171
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
REFERÊNCIAS	184
ANEXOS	198

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de minha história acadêmica que vem sendo construída desde 1999, quando fui contratada como cirurgiã-dentista para atuar em um serviço de urgências odontológicas em uma Instituição de Ensino Superior (IES). Naquela instituição, o serviço de urgência era também um espaço onde os alunos de graduação realizavam atividades de estágio obrigatório, supervisionados por professores.

Em razão da confiança depositada em mim pelo Prof. Luiz Alberto Plácido Penna (responsável pela disciplina de Urgência) e que logo se transformou em profunda amizade, somaram-se às minhas atividades de atendimento clínico aos pacientes aquelas de supervisão de alunos. Os docentes da disciplina e eu compúnhamos uma equipe que trabalhava junto ao serviço de triagem, também este um espaço para a realização de estágio supervisionado para os alunos.

A minha atividade docente se iniciou, pois, antes mesmo da titulação acadêmica.

O grupo de professores de todo o curso era bastante unido e as turmas de alunos pequenas, cerca de 30 a 40 alunos.

Dia a dia crescia em mim o desejo de conhecer melhor a docência, mas minha atividade como dentista naquela instituição exigia 40 horas semanais de dedicação.

Além disso, em um primeiro momento não conseguia identificar em que área do conhecimento deveria me capacitar, mas me inquietava o atendimento ao

paciente com dor, atendido na IES e para quem nem sempre o serviço de triagem conseguiria oferecer vaga para tratamento naquela instituição.

Lembro-me do dia em que, ao conversar com o Professor Dalton Luiz de Paula Ramos, também docente daquela IES à época, ele me sugeriu que eu me inscrevesse num curso de Mestrado. Lembro-me de lhe ter respondido que eu não queria me tornar “especialista” em uma área do conhecimento da Odontologia, mas que gostaria de fazer um curso que me “abrisse” os horizontes e não que o fechasse.

Naquele momento, ele me sugeriu que prestasse a prova para ingresso no Mestrado no Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), instituição onde me graduei.

Mas eu precisava de tempo para cumprir as exigências da pós-graduação e meu vínculo formal com a Instituição me impedia.

Foi então que conversei com o coordenador daquele curso, Prof. Sigmar de Mello Rode, que me apoiou e me incentivou a fazer a inscrição no processo de seleção. Fiz a prova e ingressei no então programa de pós-graduação em Deontologia e Odontologia Legal, sob orientação do Professor Dalton.

Após o ingresso na pós-graduação, somaram-se às minhas atividades docentes na Urgência, atividades junto à disciplina que orientava os alunos na elaboração de seus trabalhos de conclusão de curso e que também os preparava para a realização do “Provão” (depois ENADE). Somaram-se ainda a minha incorporação como assistente junto à disciplina de Bioética e minha inserção no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) daquela IES.

Em razão de minha participação no CEP daquela instituição, surgiu a oportunidade de escrever um livro sobre ética profissional em Odontologia em parceria com outros colegas.

Foram dois anos dividindo meu tempo e minha dedicação entre as atividades da pós-graduação (disciplinas e dissertação), a atividade como dentista e supervisora de estágio da clínica de urgência, e a de docente nas outras disciplinas.

Cumpridos os créditos da pós-graduação, chegara então o momento de definir o tema de minha dissertação. Decidi, junto com meu orientador, estudar a visão do paciente atendido na IES, enfocando aspectos éticos desse atendimento, em muito motivada pelo trabalho da professora Heloisa Paixão e colaboradores que salientavam que muitas vezes o paciente era apenas um “objeto” para o ensino. O trabalho nasceu, pois, fruto da minha experiência, que buscava fugir dessa visão, por enxergar no paciente, que procurava a faculdade com dor, muito mais do que um objeto para o ensino.

A dissertação (além das disciplinas cursadas na pós-graduação) permitiu, além de entender melhor o paciente atendido nesse contexto no qual eu trabalhava, que eu conhecesse a Bioética que tem como fundamento o personalismo ontológico. Ainda que de forma inicial, pois os textos eram de um terreno bastante árido para mim (a Filosofia), sentia que havia algo no personalismo que correspondia ao que eu sentia, e que poderia me ajudar com os pacientes e com os alunos.

O contato que eu tinha com os alunos era muito próximo. Esse contato tão próximo dos alunos, que se revezavam em seus plantões, permitiu que eu convivesse com eles durante os cinco (e depois quatro) anos da graduação deles. Essa proximidade permitiu, além de ensinar a técnica (os procedimentos que seriam realizados no paciente, desde sua abordagem inicial) que

compartilhássemos nossas vidas. E talvez essa tenha sido a experiência mais importante para mim: dividir nossas vidas, os alunos e os professores, que culminou com o recebimento de homenagens por três turmas de formandos.

Esse contato diário com os alunos, nos corredores, no restaurante, e não só na sala de aula e na clínica, me permitiu ter uma visão mais abrangente do processo de formação do aluno de graduação em Odontologia e perceber o quanto o papel do docente extrapola o ensino da técnica.

Foi o que me incentivou, neste trabalho de Doutorado, a aprofundar esse papel do docente na formação do aluno. Formação que é técnica, mas que também é humana, visto que as exigências dos pacientes (que receberão o tratamento) superam as exigências técnicas e as exigências dos alunos também vão muito além da aquisição de habilidades e conhecimentos para realizar a técnica.

Por isso, neste trabalho, foram estudadas as experiências de alguns docentes a fim de ressaltar seu papel na formação do aluno e da disciplina de Bioética. Para isso, foi necessário conhecer profundamente a instituição (agora não mais aquela estudada no Mestrado, mas a própria FOU SP), para que, a partir da compreensão desse contexto se pudesse compreender o papel do docente na formação do aluno.

Além disso, ao ingressar no Doutorado, comecei a colaborar com a professora Maria Ercilia de Araujo na execução administrativa do Pró-saúde, projeto financiado pelo Ministério da Saúde (MS) que objetiva reestruturar o currículo do curso na direção das necessidades reais da população.

Essa abertura para participar do projeto me permitiu conhecer um novo universo para mim, o da atenção básica à saúde, foco da formação dos alunos de graduação de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

A experiência de trabalhar com a atenção básica é recente para mim. Em 2009, ingressei no serviço público odontológico em um município da Grande São Paulo e estou vivenciando a prática de atender os pacientes que o procuram.

Tive então a oportunidade para estudar o papel do docente na formação do aluno nesse contexto de reestruturação curricular patrocinado pelo MS, que visa, dentre outras, que o ensino da graduação se volte para as necessidades das pessoas, foco deste estudo.

A formação dos graduandos da área da saúde prevê a incorporação da dimensão ética e humanística nos currículos dos cursos. Entretanto, ao longo dos anos, essa preocupação tem sido restrita às disciplinas de Deontologia, cujo foco é a apresentação dos códigos de conduta que regulam essas profissões.

Nos últimos anos, em função dos avanços tecnológicos da ciência biomédica, a incorporação da Bioética nos currículos dos cursos da área da saúde tem sido proposta.

Contudo, a incorporação da Bioética como disciplina estanque pode ser insuficiente para atingir o objetivo de formar um aluno com a preocupação de respeitar as pessoas (seus futuros pacientes) em sua dignidade, se essa disciplina estiver inserida em uma grade curricular estritamente positivista, em que a ênfase do curso é o modelo biologicista e o ensino das técnicas mais modernas.

Para adequar a formação dos alunos – até o momento com enfoque multidisciplinar e voltado para a superespecialização – às reais necessidades da população brasileira, foram propostas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia em 2002 (BRASIL, 2002). Segundo estas, os cursos devem

promover o conhecimento e a compreensão, desenvolver habilidades e atitudes levando à formação de um profissional com formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico.” (BRASIL, 2002).

Soma-se às Diretrizes Curriculares Nacionais a política nacional de humanização dos serviços de saúde (Humaniza-SUS), que salienta que o atendimento aos pacientes precisa ser aprimorado no âmbito das relações humanas (BRASIL, 2004).

No Brasil, a relação entre o ensino de Odontologia e as políticas de saúde leva à reflexão sobre a crescente participação dos dentistas nos programas públicos (visto que a profissão não está mais apenas voltada para as clínicas particulares e o atendimento de uma elite), que passam a incorporar a saúde bucal em seus programas de saúde, e a pertinência dos Cursos de Odontologia (HADDAD, MORITA, 2006).

Seguindo essa lógica, as DCN reforçam a necessidade de os graduandos estarem preparados para atuar nos serviços, integrando-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990 como o sistema de saúde brasileiro.

No entanto, ainda não ocorreu grande flexibilização dos currículos dos cursos de Odontologia que (apesar de muitas vezes incorporarem os conceitos emanados das Diretrizes em seus projetos pedagógicos) os mantêm divididos em disciplinas básicas, disciplinas laboratoriais ou pré-clínicas e disciplinas clínicas. Assim, conservam suas bases positivistas com a valorização da ciência como a forma mais adequada de conhecimento (MASETTO, 2000).

Entendemos que a consequência da aplicação desse modelo na área da saúde é a dificuldade de os alunos perceberem a pessoa – o paciente – em sua integralidade, em suas várias dimensões (física, psicológica, social e espiritual), em virtude da interposição da técnica entre as pessoas.

O modelo de estudo vigente é fortemente capaz de influenciar o estudante a valorizar os conhecimentos especializados e a sofisticada tecnologia, minimizando o valor do ser humano que necessita de cuidados (JUNQUEIRA; PUPLAKSIS; RAMOS, 2009). Em cursos da área da saúde salienta-se a influência de um “currículo oculto” (LEMPP; SEALE, 2004; LEMOS, 2004; HAIDET; STEIN, 2006; MASELLA, 2006; SUÁREZ OBANDO; DÍAZ AMADO, 2007; OZOLINS; HALL; PETERSON, 2008) capaz de exercer forte pressão sobre as atitudes dos estudantes.

Mantém-se, assim, a mentalidade tecnicista que se justifica no Brasil, seja pela própria origem histórica da profissão (cirurgiões-barbeiros) – diferentemente, por exemplo, da origem da Enfermagem (religiosas que trabalhavam nas Santas-Casas com enfoque na caridade) –, seja pela mercantilização do ensino e da própria profissão que transformou os agentes de saúde em prestadores de serviço; esta a própria marca do modelo político-econômico neoliberal em que a lógica de mercado prevalece.

Para incorporar e valorizar a dimensão humana do conhecimento, como a ética (tanto em relação aos valores pessoais como a valores profissionais e políticos), a cooperação, a criticidade, o trabalho em equipe e o compromisso com a sociedade, esses valores devem ser considerados nos cursos de educação superior (MASETTO, 2000).

Para que os valores morais sejam assimilados no processo ensino-aprendizagem, esse processo deve permitir ao aluno a incorporação desses valores, dando ao aprendiz a oportunidade de manifestar os seus projetos de vida, oferecendo um espaço para a manifestação de sua palavra. Assim, o educador deverá considerar se o conhecimento adquirido poderá ser mobilizado para a realização dos projetos dos aprendizes em um cenário de valores que seja capaz de transformar a sociedade e que tenha por base os valores que respeitem a dignidade do ser humano (MACHADO, 2004).

Em 1981, Paixão, Campos e Lima já salientavam que, muitas vezes, os pacientes atendidos nas Instituições de Ensino eram objetos do ensino, sendo relegado a um segundo plano o fato de serem representantes da comunidade em que se inserem. Ao ensino, interessavam os aspectos técnico-científicos da Odontologia que, após serem ensinados na faculdade, estariam ao alcance de apenas uma pequena parcela da população.

Na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A partir de então, e como consequência da Reforma Sanitária, estabelece-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios a universalidade do acesso ao sistema de saúde, a equidade da distribuição dos serviços e a integralidade da atenção. Ainda, o artigo 200 da Constituição Federal estabelece que cabe ao SUS o “ordenamento da formação em saúde”.

Com a eliminação do currículo mínimo (pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, LDB, em 1996), o estabelecimento das DCN para os cursos da área da saúde como forma de redirecionar o ensino na área da saúde e com o objetivo de implementá-las, de fato, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da

Educação elaborou o Pró-saúde (03 de novembro de 2005), visando a modificar os currículos dos cursos e assim adequar a formação profissional às necessidades da população.

Em 2006, o curso de Odontologia da Universidade de São Paulo foi contemplado com este projeto e, desde então, estão sendo propostas alterações curriculares e estruturais que visem à implementação das DCN, visto que um dos objetivos desse programa é incorporar, no processo de formação da Odontologia, a capacidade de abordagem integral do processo saúde-doença e de promoção da saúde, bem como a aproximação da formação acadêmica ao Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, são objetivos deste trabalho:

- descrever os cursos diurno e noturno da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), a fim de compreender suas características culturais, as crenças e os comportamentos compartilhados, e a formação humanística, ética e social do graduando, por meio de análise documental, observação-participante e entrevistas com professores do curso;
- descrever a contribuição da reestruturação curricular (incentivada pelo Pró-saúde) para a formação do aluno da FOUSP, por meio da análise das atividades vinculadas ao projeto;
- compreender quais os fatores favorecem a formação dos alunos no âmbito da formação moral, humanística e social, a partir do relato de docentes do curso, com vistas ao atendimento que respeite a dignidade do paciente e considere a abordagem integral do processo saúde-doença;
- apresentar a contribuição da Bioética como ferramenta para despertar no aluno a reflexão acerca da vida, a partir de suas próprias experiências;

- propor elementos que fomentem a reflexão sobre a relação entre a educação moral, a configuração de valores e as transformações do processo de formação, a geração de conhecimentos e a prestação de serviços à população em busca da atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em Odontologia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Sistema Único de Saúde

A Constituição brasileira vigente desde 1988 (BRASIL, 1988) trouxe grandes avanços para a área da saúde, fruto do movimento de Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde. Assim, desde a Constituição, a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado (JUNQUEIRA; PANUTTI; RODE, 2008).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) estabelece e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), que se torna o modelo de saúde dos brasileiros. Desde então, todos os brasileiros passaram a ter direito à saúde, e não mais apenas os trabalhadores formais. Esse acesso ampliado aos serviços de saúde se traduz como o princípio de *universalidade*.

Além da universalidade do acesso, a equidade, ou seja, a distribuição dos serviços de saúde *de acordo com as necessidades das pessoas* torna-se um imperativo na distribuição dos recursos da saúde.

Aliada aos dois primeiros princípios a integralidade da assistência deve embasar todas as ações de saúde. A este princípio dedicam-se alguns parágrafos na sequência deste texto.

A partir, sobretudo, da década de 90, os estudos sobre os determinantes sociais das doenças (incluindo as doenças da cavidade bucal) favoreceram a

ampliação da compreensão do processo saúde-doença. Começaram a ser estudadas as “causas das causas” e retomou-se a relação entre a saúde bucal e a saúde geral das pessoas e das coletividades (HADDAD; MORITA, 2006).

Além disso, em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) reorientou o modelo assistencial, traduzindo-se como política de atenção à saúde das pessoas e incentivando a atenção básica, mediante o acompanhamento a um número definido de famílias por equipe. As equipes de saúde no PSF, inicialmente incorporaram o médico, a equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem) e os agentes comunitários – representantes dos usuários daquela comunidade.

Segundo a Declaração de Alma-Ata de 1978, a atenção básica é a

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria Nº 648 GM/2006, ela deve utilizar tecnologias que resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde da família surge como forma de ampliar o acesso da população à saúde bucal, visto que a Política Nacional de Saúde Bucal estabeleceu como prioridade a estratégia Saúde da Família (PUCCA JR, 2006).

Em abril de 2009 havia um total de 17.875 equipes de saúde bucal (ESB) atuando em 4.587 municípios e totalizando 86.580.107 milhões de pessoas cobertas por estas equipes (BRASIL, 2009).

Estabelece-se, pois, não somente um novo modelo de atenção à saúde das pessoas – com foco em suas necessidades primárias e na promoção da saúde –, mas também se define um novo campo de trabalho para os cirurgiões-dentistas.

Além disso, em 2004, o governo instituiu uma política nacional de humanização, o “Humaniza SUS”, que tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Dessa forma, pretende-se valorizar as dimensões subjetivas e sociais dessas práticas (BRASIL, 2004).

2.1.1 – A integralidade da atenção à saúde

De acordo com a Constituição, a integralidade da atenção é um dos princípios norteadores da formulação de políticas de saúde.

A atenção às necessidades das pessoas não é apenas um direito constitucional, mas o próprio objeto da saúde. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser centrada nas necessidades das pessoas, único motivo para ordenar os serviços de atenção e a instituição de formação de profissionais. O atendimento integral deve dar prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A integralidade não se resume à totalidade, ou seja, a uma reversão curricular na direção de formar um generalista plenamente capacitado para a clínica integral, como se o profissional fosse capaz de resolver tudo, desprezando a complexidade do atuar em saúde e sua necessária multidisciplinaridade. Afinal, a atuação uniprofissional não é suficiente para dar conta das necessidades de saúde das pessoas e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Por isso, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional torna-se uma necessidade fundamental e estratégia mais exequível do que se tentar criar superprofissionais. Quanto maiores os índices de interdisciplinaridade, quanto maiores as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos, tanto maiores as possibilidades à integralidade das práticas em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A interdisciplinaridade possibilita a correção de distorções provocadas pelo excesso das especializações e sua consequência: a fragmentação do conhecimento. As transformações na educação ocorrem em todos os cenários nos quais a prática profissional acontece, pois é onde os problemas acontecem (ARAUJO, 2006).

Com o objetivo de compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado, Silva e Sena (2006, 2008) realizaram um estudo qualitativo, por meio de entrevistas a docentes, alunos e enfermeiros vinculados à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Os resultados foram analisados por meio da análise do discurso. Os autores concluíram que, no movimento de mudança nas práticas pedagógicas, a integralidade é tomada como objeto de reflexão, o que reflete na atenção à saúde.

As práticas em saúde são sempre intersubjetivas, visto que profissionais de saúde se relacionam com sujeitos, e não com objetos, e “o princípio da integralidade

é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro” (MATTOS, 2004. p.1414).

2.1.2 O ordenamento da formação em saúde

Outra característica fundamental do SUS é que cabe, constitucionalmente, a ele o *ordenamento da formação de recursos humanos em saúde*, ou seja, é necessário que a formação dos trabalhadores da saúde considere as necessidades do sistema de saúde brasileiro.

A integralidade da atenção à saúde deve ser o eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área. Assim, é tarefa do setor da saúde contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo o Decreto Nº 6.860, de 27 de maio de 2009, em seu artigo 23:

à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde compete:

I - promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde

Segundo o Art. 24: Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde compete:

II - buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e à adequação da formação profissional às necessidades da saúde;

Instauram-se, assim, mecanismos para vincular, de fato, o mundo da formação em saúde ao mundo do trabalho, visto que a formação dos profissionais da

saúde tem sido pautada em um modelo biologicista, centrado na atenção individual e especializada, que desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença e os princípios norteadores do SUS.

2.2 A formação do graduando em Odontologia

O quadro caótico em que se encontrava o ensino médico no final do século XIX (número crescente de escolas médicas, desprovidas de equipamentos, sem vínculos com Universidades) gerou, em 1910, a publicação pela Fundação Carnegie, do Relatório Flexner, que contém uma crítica à situação da Medicina daquela época, que se baseava no empirismo. Esse relatório se converteu na base para a implantação do ensino e da prática médica (e das outras profissões da saúde) como hoje conhecemos. De acordo com esse modelo, a formação do aluno é direcionada segundo regras cartesianas, havendo uma fragmentação do conhecimento e o surgimento das disciplinas, bem como a importância de o ensino ser centrado em hospitais-escola e na aplicação dos conhecimentos das ciências básicas (BOELEN, 2002).

O modelo biomédico flexneriano, também chamado de modelo da medicina científica mudou o conceito do “objeto” da prática médica e assim alterou a relação médico-doente.

A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, indivíduo semelhante aos objetos de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica. Induziu a formação dos médicos a um modelo biomédico, e a redução do ser humano ao seu organismo biológico. Ocorreram alterações

na relação médico-paciente, na qual os médicos passaram a ser vistos como simples prestadores de serviços (PEREZ, 2004, p.19).

O Relatório Gies publicado em 1936, voltado para a Odontologia, reforça os ditames do Relatório Flexner e acrescenta que os profissionais que tiverem sucesso na prática clínica (como especialistas) serão potencialmente os docentes, independentemente de sua inclinação para a docência.

A Odontologia é uma profissão, e não um negócio, em razão de seu comprometimento em oferecer à sociedade os benefícios da saúde bucal (NASH, 2007).

Basic oral health care is not, or should not be, a consumable product of the marketplace similar in nature to purchasing furniture, electronics, sporting equipment, travel or entertainment (NASH, 2007,p.69).¹

Entretanto, grande parte dos cursos de graduação na área da saúde ainda segue o modelo flexneriano e assim enfatiza a formação técnica em detrimento da formação humanística e ética (HADDAD; MORITA, 2006).

A reforma universitária brasileira de 1968, dentre outras características, estimulou a divisão dos cursos de graduação em ciclo básico e ciclo profissionalizante, incentivou a criação da extensão como forma de aproximar a universidade da sociedade, criou os departamentos como menor área administrativa da universidade (FÁVERO, 2006). Além disso, enfatizou a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, aboliu a cátedra, instituiu o regime universitário como forma preferencial de organização do ensino superior e consagrou a autonomia universitária (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007).

¹ N.T. A atenção básica à saúde oral não é ou não deveria ser um produto de consumo disponível no mercado, similar em natureza aos móveis, eletrônicos, equipamentos esportivos, viagens ou entretenimento (NASH, 2007, p.69).

A adição das disciplinas de ciências sociais ao currículo mínimo, além de atividades extramuros, aproximou a universidade da realidade social, mas permaneceu a tendência ao ensino acadêmico, voltado para a formação técnico-profissional. A alteração da estrutura curricular ocorreu somente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007). Esta excluiu o currículo mínimo e estabeleceu a necessidade de formulação de diretrizes para nortear a formação nas diversas áreas do conhecimento e que se converteram, após ampla discussão, nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

O processo de reforma da educação superior, sobretudo aquele iniciado em 2004, orienta-se por um conjunto de princípios. Dentre eles, destacam-se a autonomia da universidade em relação a seus mantenedores, sejam privados ou públicos, e o compromisso com a regulação do setor, que combina autonomia com padrões de excelência (HADDAD et al., 2006).

Em análise da dinâmica das graduações em Odontologia, Oliveira et al. (2006) apresentam o crescimento da oferta de cursos de graduação no período de 1995 a 2003, com uma expansão no número de vagas de 95,6%. O crescimento de egressos foi de 46,1%. A região Sudeste concentra 53,5% da oferta de cursos e 59,3% da oferta de vagas. Além do crescimento na oferta de cursos, o crescimento é caracterizado pela privatização do ensino, com 68,8% de instituições privadas.

Esta expansão se observa nos diversos cursos de graduação. Segundo o Censo da Educação Superior publicado, em 2007, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, havia no Brasil naquele ano 2.281 Instituições de Ensino Superior, das quais 183 Universidades, 120 Centros Universitários, 126 Faculdades Integradas, 1.648 Centros Universitários e 204

CET/Fat (Centros de Educação Tecnológica e Faculdades de Tecnologia). Houve naquele ano 1.808.970 de ingressantes em cursos superiores presenciais, de um total de 2.823.942 vagas oferecidas (BRASIL, 2007).

Na Europa, inicia-se também um processo de mudanças curriculares e, em 1999, estabelece-se o Tratado de Bologna que visa à unificação do ensino superior europeu em razão da criação da Comunidade Comum Europeia, mantendo a diversidade entre os países. A fim de atingir a “Europa dos Cidadãos”, facilitando a mobilidade, a transferência, a colaboração interinstitucional e a qualidade do ensino foram estabelecidos os créditos europeus, que identificam a carga horária a ser cumprida (SANZ, 2003).

Em 1995, Field salientava que a atenção integral ainda era mais um ideal do que uma realidade na educação odontológica norte-americana e que se baseava fortemente nos procedimentos e não no cuidado ao paciente.

Também nos Estados Unidos, instaura-se, ao final da década de 1990, um processo de alterações curriculares. Segundo a Comissão para Mudanças e Inovações na Educação Odontológica (Commission on Change and Innovation in Dental Education – CCI) estabelecida pela ADEA (American Dental Education Association – Associação para a Educação Odontológica Americana), os princípios norteadores da educação odontológica devem ser: o pensamento crítico, a educação continuada, o desenvolvimento humanístico, a descoberta científica e a integração do conhecimento, a atenção odontológica baseada em evidências, o desenvolvimento do corpo docente e da equipe de saúde, a fim de atingir as necessidades da sociedade (KASSEBAUM et al., 2004; HENDRICSON et al., 2006).

2.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais e as propostas de reformulação curricular

De acordo com o Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenado por Jacques Delors, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais. São elas: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes (DELORS, 1999). A educação não deve apenas ser considerada uma via obrigatória para obter produtos capazes de proporcionar resultados como a aquisição de capacidades com finalidade de ordem econômica, mas deve ser considerada em sua plenitude, ou seja, que possa proporcionar a realização da pessoa, ou seja, que a pessoa possa aprender a ser (DELORS, 1999).

A atividade econômica no interior de cada país e, sobretudo, em nível internacional tem a tendência de dar prioridade ao espírito de competição e ao sucesso individual, dificultando a necessidade de aprender a viver juntos, a colaborar com o outro. A educação deve estimular a descoberta progressiva do outro e, ao longo de toda vida, estimular a participação em projetos comuns, que parece ser um método eficaz para evitar ou resolver conflitos latentes (DELORS, 1999).

A educação deve ajudar as pessoas a descobrir a si mesmas. Só então poderão, verdadeiramente, pôr-se no lugar dos outros e compreender as suas reações, desenvolvendo a empatia (DELORS, 1999).

A necessidade de mudança nas universidades na área da saúde decorre da organização do mundo do trabalho, das exigências em relação ao perfil dos profissionais, dos desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou pela necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores de conhecimento no mundo atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, em muito pautada no Relatório Delors.

As competências gerais definidas pelas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde incluem o desenvolvimento de competências para a tomada de decisões, capacidade de comunicação, capacidade de gerenciamento, capacidade para aprender a aprender, estar apto a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo (FEUERWERKER, 2003).

Segundo as DCN, em seu artigo 3º:

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

Além disso, segundo o artigo 4º,

I- Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo **capaz de pensar criticamente**, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem **realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética**, tendo em conta que **a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico**, mas sim,

com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; (grifos da autora).

E segundo o artigo 5º:

I- Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
II- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o; (grifos da autora).

Esses aspectos descritos nas DCN e que estão destacados serão discutidos ao longo deste estudo.

Paula e Bezerra (2003) realizaram análise da estrutura curricular de 89 cursos de Odontologia do país no ano de 2002, com foco na carga horária das áreas básicas, profissionalizantes, ética e cidadania, saúde coletiva e formação científica. Destacaram o tratamento proeminente dado à formação técnica e a separação entre as áreas de formação básica e profissionalizante nos currículos formalmente estruturados. O tratamento dispensado às áreas de formação em Saúde Coletiva e em Ética e Cidadania é bastante díspar. Concluíram que, àquela época, os cursos precisavam se reorientar para se adequar às exigências das DCN.

Embora os alunos tenham pouca oportunidade de participar da elaboração dos currículos dos cursos, sua percepção sobre o currículo é importante para que mudanças sejam implantadas. Em estudo de Henzi et al. (2007), 605 estudantes de 20 faculdades de Odontologia dos Estados Unidos e Canadá responderam a um questionário com questões abertas acerca de sua percepção sobre o currículo de seus cursos. Identificaram como pontos positivos de seus currículos: a experiência do aprendizado na clínica, a oportunidade de trabalhar com um corpo docente bem informado. Como deficiências do currículo apontaram: a desorganização e a ineficiência do meio ambiente da clínica, as avaliações focadas na memorização de

conteúdos, a qualidade limitada na instrução caracterizada pela desorganização dos currículos, a inconsistência entre os professores durante as avaliações dos alunos. Como oportunidades identificaram: o desenvolvimento de estratégias para prover aos alunos maior exposição às atividades clínicas, sobretudo no início do curso, a oportunidade de aprender novas tecnologias e técnicas. Como desafios: o custo da educação odontológica, a deficiência no número de docentes considerados capazes de oferecer educação de qualidade, o tratamento questionável aos pacientes em virtude da tarefa mínima a ser cumprida.

2.2.2 O Pró-saúde

Em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Panamericana de Saúde, implantou o Promed (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas), na tentativa de adequar o currículo dos cursos de Medicina no Brasil e favorecer uma mudança de paradigma tradicionalmente com enfoque tecnicista para um paradigma que responda às necessidades da população e observe os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Como consequência da avaliação do Promed, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) foi lançado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101 de 03 de novembro de 2005 do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Pretende-se, assim, favorecer a discussão acerca da necessidade de reestruturação curricular dos cursos de Medicina,

Odontologia e de Enfermagem e contribuir para a discussão sobre a necessidade de incorporar os princípios do SUS no currículo desses cursos. Dessa forma, almeja-se favorecer a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população e assim favorecer a abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

Em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, foram incorporados os outros cursos da área da saúde ao Pró-saúde, a fim de ampliar essas transformações.

Na busca de reorientar a formação, deve-se estimular a atuação interdisciplinar multiprofissional, deslocando o eixo da formação centrada na assistência individual, para um processo de formação contextualizado, que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da população a fim de capacitar os profissionais a enfrentar os problemas do processo saúde-doença da população (CAMPOS et al., 2001).

Um sistema de avaliação radial foi definido, a fim de verificar o grau de aproximação (ou distanciamento) da Instituição de Ensino em relação ao SUS. Esse sistema de avaliação inclui a orientação teórica predominante na instituição de ensino, a abordagem pedagógica e os cenários de prática adotados por ela (CAMPOS et al., 2001).

Esse instrumento foi utilizado pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) em oficinas realizadas para avaliar as Instituições de Ensino Superior (IES) quanto ao seu grau de aproximação em relação ao SUS.

Os três eixos que compõem essa avaliação radial são: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de práticas. Cada um desses eixos foi subdividido em vetores, a saber:

Eixo 1 - Orientação teórica: Vetor 1 – Determinantes de saúde e doença, Vetor 2 – Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS , Vetor 3 – Pós-graduação e educação permanente.

Eixo 2: Orientação pedagógica: Vetor 4 – análise crítica da atenção básica, Vetor 5 – integração ciclo básico/ciclo profissional, Vetor 6 – mudança metodológica.

Eixo 3: Cenário de práticas: Vetor 7 – integração docente-assistencial, Vetor 8 – diversificação dos cenários de práticas, Vetor 9 – articulação dos serviços universitários com o SUS.

Para cada eixo, os participantes deveriam qualificar o nível de transformação de sua instituição de 1 a 3 (do mais incipiente ao mais transformador).

Segundo Zilbovicius (2007), a análise por vetor dos três eixos trabalhados nas oficinas da ABENO, e por ele analisados, confirma uma tendência conservadora da educação odontológica, com ênfase na figura do professor que ministra aulas teóricas para um grande número de alunos, distanciada da realidade dos serviços de saúde e com ênfase nas práticas de ensino em clínicas localizadas na instituição e com alguma abertura ao SUS.

Na FOU SP, a oficina da ABENO para diagnóstico institucional foi realizada em maio de 2006. O detalhamento dessa oficina, da qual participei, está apresentado no capítulo Discussão.

Em estudo de Abreu Neto et al. (2006), na análise de como os docentes percebem o novo currículo de um curso de Medicina participante do Promed, a maioria dos docentes revelou ser favorável à reformulação curricular, sentem

necessidade de formação continuada para implantar o currículo e ressaltam a necessidade de integração interdisciplinar, de capacitação docente e do compromisso dos professores. Citam como pontos positivos a maior integração interdisciplinar, a ampliação do tempo de internato e a adequação à realidade do sistema de saúde. Outros pontos levantados pelos professores foram: o aumento da carga horária curricular, a resistência de alguns docentes à mudança e a necessidade de aprimorar o programa de capacitação docente oferecido pela Famed/UFG. Segundo os autores, a percepção que os professores têm do currículo que executarão é um dos principais fatores para o sucesso das reformulações curriculares.

Oliveira et al. (2008), por meio de um estudo exploratório em seis cursos médicos brasileiros de três estados diferentes, realizado por meio de entrevistas e questionários aplicados a estudantes de Medicina, avaliaram a percepção dos alunos sobre as mudanças curriculares. Dos cursos avaliados, dois eram participantes e quatro não participantes do Promed. As respostas foram analisadas em sete categorias: processos de mudanças curriculares; concepção e enfoque pedagógico; estrutura e condições materiais do curso; programas e/ou atividades de pesquisas científicas; integração ensino-serviços de saúde-comunidade; resultado final da formação médica; avaliação e regulação do ensino médico. De acordo com as respostas obtidas no estudo, o Promed não pôde ser considerado como influência decisiva em temas como a qualidade do ensino e do trabalho desses médicos quando formados, a relação entre ensino e serviços de saúde e o acesso aos cursos de Medicina. Contudo, constataram-se importantes mudanças curriculares em razão do incentivo recebido pelo Promed.

O processo de mudanças curriculares é, entretanto, anterior à implantação das novas DCN, em alguns cursos.

Em 1992, iniciaram-se, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), modificações curriculares com a implantação, como eixo estrutural, de cinco disciplinas clínicas de atenção primária e do internato rural (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007).

No Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, a inovação da estrutura curricular foi anterior à implantação das DCN. Em 1992, o curso já apresentava um projeto pedagógico inovador, com foco na integração curricular, na formação de profissionais preocupados com a humanização e com ênfase em atividades de estágio supervisionado realizadas nos serviços públicos de saúde (TERADA; NAKAMA, 2004).

Em 1997, a Faculdade de Medicina de Marília promoveu uma reforma curricular em que o currículo era centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade (LIMA; KOMATSU; PADILHA, 2003).

Em 2006, a FOU SP foi contemplada com o Pró-saúde que está incentivando o processo de reestruturação curricular na instituição (ARAUJO, 2009). As atividades referentes a esse projeto encontram-se detalhadas no capítulo Discussão.

A FOU SP ministra dois cursos de Odontologia: integral, com duração de nove semestres e noturno, com duração de 12 semestres. Os dois cursos oferecidos possuem carga horária total de 5.265 horas (FOU SP, 2007). A caracterização do curso da FOU SP encontra-se nos capítulos Resultados e Discussão.

2.2.3 Diversificação dos cenários de práticas

A diversificação dos cenários de práticas é uma das formas de aproximar o graduando do conhecimento das necessidades da população. Essa aproximação favorece o encontro entre as pessoas e assim facilita o processo de humanização da atenção à saúde.

As práticas pedagógicas devem ser construídas de forma humanizada, colocando o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometido com a realidade social e epidemiológica do país. Na PUC-PR, a diversificação de cenários de práticas favorece a integração dos alunos à realidade social, às políticas sociais e ao SUS, visto que essas práticas problematizam o conhecimento e a realidade social (MOYSÉS et al., 2003).

A fim de aliar a excelência técnica ao compromisso social, a formação dos profissionais deve capacitá-los a prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população. Por isso, Morita e Kriger (2004) ressaltam a importância da diversificação dos cenários de práticas para atingir os objetivos descritos nas DCN, sobretudo visando à integralidade da atenção à saúde.

Como forma de aproximação dos alunos à realidade da população, Vieira et al. (2007) avaliaram, por meio de questionários, a implantação de uma disciplina de atenção básica em saúde de uma faculdade de Medicina, em que o aprendizado ocorreu em Unidades Básicas de Saúde que trabalham com o Programa de Saúde da Família. Os estudantes apontaram o envolvimento com a realidade social e de

saúde local e as tarefas dos agentes comunitários como capacitações obtidas com a disciplina.

Um projeto piloto da Universidade de Manchester para o ensino de Dentística Restauradora em uma clínica extramuros foi desenvolvido com a intenção de os alunos oferecerem atendimento integral aos pacientes, com foco na atenção básica. Os estudantes avaliaram positivamente a atividade. Os pacientes não eram pré-agendados, o que ofereceu aos alunos a oportunidade de aprender em uma situação mais próxima da realidade (ELKIND et al., 2005).

A influência da educação em preparar os estudantes para atender pacientes de diversos segmentos sócio-econômicos e de culturas diferentes é evidente. Quanto mais o currículo mostra a importância de tratar pacientes de todos os segmentos da sociedade tanto maior a intenção dos alunos em atender pacientes de diversas etnias e aqueles provenientes de diferentes segmentos sociais depois de formados (SMITH; ESTER; INGLEHART, 2006).

2.3 A atenção à pessoa humana: o respeito à dignidade do paciente e do aluno

O perfil epidemiológico no Brasil está em transição: diminuição dos nascimentos, ampliação da longevidade, redução da mortalidade por causas evitáveis por medidas de saúde pública, elevação da mortalidade por causas externas, redução da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, elevação da morbidade crônica e degenerativa, estancamento da redução da mortalidade infantil geral pela elevação do componente neonatal, presença crescente de mulheres em

todos os campos produtivos. Para diminuir as desigualdades regionais e sociais, a formação profissional em saúde e a educação devem caminhar juntas (CECCIM; PINTO, 2007).

Educação e saúde constituem-se em dois elementos fundamentais para a promoção da igualdade social: qualquer mudança que vise a essa igualdade só pode ser promovida tendo como eixos centrais a educação e a saúde, elementos essenciais para a coesão social e para a criação de condições dignas de vida (HADDAD et al., 2006).

A doença é uma experiência multi-dimensional em que fatores biológicos, sociais, econômicos e espirituais são inseparáveis. O desenvolvimento e a manutenção do respeito à dignidade e à autonomia do paciente, bem como o estabelecimento de uma efetiva comunicação – ouvir e aprender com o paciente e estar aberto, sem julgá-lo – são aspectos fundamentais para que o atendimento seja centrado em um bom relacionamento (TRESOLINI, 1996).

O respeito pela dignidade do paciente é um fundamento para a reflexão e serve para guiar nossos comportamentos. Mas a que nos referimos quando falamos em dignidade?

2.3.1 O conceito de dignidade

Van Der Graaf e Van Delden (2009) realizaram um estudo histórico sobre o conceito de dignidade na prática médica. A dignidade pode ocorrer numa forma relacional, incondicional, subjetiva ou kantiana. Nas quatro interpretações, há

características em comum: a dignidade é um estado especial dos seres humanos, está baseada em características eminentemente humanas, para sustentá-la é preciso estar à altura do conceito, seja, para os políticos romanos da Antiguidade, mantendo seu desempenho, seja, para os cristãos na Idade Média, servindo a Deus, seja, para Kant, respeitando a própria dignidade e a dos outros. Além disso, a dignidade é um conceito atrelado à vulnerabilidade, pois ela pode ser perdida ou violada. De acordo com os autores romanos da Antiguidade (século 2 A.C. até séc. 5 D.C), naquela época, a dignidade era restrita aos homens pertencentes à nobreza e àqueles que tinham altos cargos como os senadores na República. Esse tipo de dignidade é chamado dignidade relacional, ou seja, em sua relação com os outros é que as pessoas adquiriam sua dignidade e os outros é que concediam a dignidade à pessoa. De acordo com os escritores cristãos da Idade Média, a dignidade era tida como um atributo incondicional de todos os seres humanos, por possuírem características que os distinguem das outras criaturas do universo. Como os homens foram criados à imagem e semelhança de Deus, a dignidade é entendida como tendo sido concedida por Deus. Para os humanistas italianos da Renascença, a dignidade é o polo oposto à miséria. A dignidade é o estado do homem no universo e está baseada em sua liberdade, ou seja, o homem se torna aquilo que deseja, assim a dignidade se apresenta de diferentes formas. A esse tipo de dignidade os autores chamam “dignidade subjetiva”. Para os filósofos do final do Iluminismo, como Kant (por isso chamada dignidade kantiana), os seres humanos têm dignidade enquanto são capazes de realizar ações morais, ou seja, enquanto têm autodeterminação. Segundo Kant, a dignidade humana está fundada na autonomia. Contudo, ele salienta que todos devem tratar os outros como fim e não como meio, proibindo a instrumentalização das pessoas. Os autores modernos não incluem

novas maneiras de interpretar o conceito, mas há ênfase na relação entre o respeito pela dignidade humana e os direitos humanos (de todas as pessoas). No início do século XX, surge a ideia de que o Estado deve garantir o respeito pela dignidade das pessoas, o que se apresenta em textos constitucionais da maioria dos países, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial e o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Para os autores, a compreensão da dignidade relacional e da dignidade kantiana contribuem para a ética médica.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 (ONU, 1948), reconhece-se a dignidade intrínseca do ser humano.

Ainda segundo a DUDH (1948) em seu Artigo 1 reconhece que:

“Todos os seres humanos **nascem livres e iguais em dignidade e direitos**, e dotados como estão de razão e consciência devem comportar-se fraternalmente uns com os outros.” (grifos da autora).

No Artigo 22 a DUDH ressalta que:

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à seguridade social, e a obter mediante o esforço nacional e a cooperação internacional, tendo em conta a organização e os recursos de cada Estado, **a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais, indispensáveis a sua dignidade** e ao livre desenvolvimento de sua personalidade. (grifos da autora).

Reconhece-se, pois, que, além da dignidade que é intrínseca a cada pessoa, para que tenha sua dignidade respeitada, é necessário considerar a satisfação de alguns fatores: econômicos, sociais e culturais.

No âmbito da saúde e para esclarecer o conceito de dignidade, Haddock (1996) realizou uma pesquisa por meio da análise qualitativa de conceito. A análise indica que o conceito de dignidade está relacionado com a humanidade compartilhada entre profissional e paciente. Salaria que, para efetivamente promover a dignidade dos pacientes, é preciso que o profissional tenha dignidade. A

principal ferramenta que o profissional possui para manter e promover a dignidade dos pacientes é ele mesmo, ao trabalhar com os sentimentos, usá-los construtivamente para entender os pacientes e tratá-los como pessoas que têm valor e são importantes em um momento em que estão vulneráveis. Para promover a dignidade de alguém é preciso compreender esses sentimentos e assegurar que as intervenções estejam centradas no paciente, ao invés de estarem focadas no benefício do profissional.

Para Shotton e Seedhouse (1998), a pessoa deve sentir que está com sua dignidade comprometida, ou seja, é possível que outros percebam uma determinada situação como sendo humilhante, mas a pessoa não. Os autores também identificam que a dignidade pode ser perdida ou mantida em gradações, ou seja, é possível promover situações que aumentem a dignidade de alguém. É comum que o respeito pela dignidade do paciente seja perdido, sobretudo em situações em que os recursos são escassos, e quando há problemas técnicos para serem resolvidos.

O artigo de Walsh e Kowanko (2002) visou a identificar como enfermeiros e pacientes entendem o conceito “dignidade” e como ela pode ser preservada. Para isso, os autores entrevistaram enfermeiros (quatro) e pacientes (cinco) e analisaram as respostas por meio da fenomenologia (de acordo com Van Manen). Segundo os relatos dos enfermeiros, estão relacionados à dignidade: a privacidade (do corpo e do espaço), a consideração pelas emoções, o paciente ser considerado como uma pessoa, a demonstração de respeito, o apoio recebido e a permissão para que o paciente mantenha o controle de sua vida na medida do possível. Os pacientes referiram como fatores relacionados à manutenção ou desrespeito à dignidade: ser exposto, ter tempo para decidir, ser tratado como pessoa, ser tratado com discrição e com consideração.

Usualmente, o conceito de dignidade incorpora o respeito, a autonomia, a autorização e a comunicação. Griffin-Heslin (2005) ressalta que, para tratar o paciente com dignidade, também o profissional deve ser tratado com dignidade. Em seu estudo, a autora fez uma análise desse conceito na literatura para identificá-lo. Assim, de acordo com seu trabalho, os atributos relacionados ao conceito de dignidade são:

- respeito: respeito próprio, respeito pelos outros, respeito pela privacidade das pessoas, confidencialidade, crença em si mesmo e nos outros;
- autonomia: ter escolha, dar escolha, tomar decisões, ser capaz de tomar decisões, competência, direitos, necessidades e independência;
- empoderamento: se sentir importante, se sentir valorizado em relação aos outros, auto-estima, modéstia, orgulho;
- comunicação: dar informações, entender informações, conforto, comunicação verbal e não-verbal.

Shaw (2007) salienta que o consentimento contínuo é essencial para manter a dignidade do paciente em atendimento odontológico e que dificuldades na comunicação podem prejudicar sua obtenção. Ressalta que, durante o atendimento odontológico, pelo fato de o dentista trabalhar na boca do paciente, é difícil o paciente manifestar o desejo de interromper o consentimento e que outras formas de manifestá-lo (com expressões do corpo) devem ser observadas. Além disso, salienta que, além da obtenção do consentimento antes do início do tratamento e antes do início de cada sessão de tratamento (cada consulta), o consentimento deve ser obtido a cada intervenção e que o paciente deve ter a possibilidade de abandonar o tratamento em qualquer etapa.

Matiti e Trorey (2008) entrevistaram 102 pacientes em três hospitais do Reino Unido e analisaram as entrevistas por meio da hermenêutica fenomenológica, a fim de identificar quais os fatores estão relacionados à preservação da dignidade dos pacientes sob a óptica deles. Descreveram as seguintes categorias: privacidade; confidencialidade; comunicação e a necessidade de ser informado; escolha, controle e envolvimento no tratamento; respeito e decência e formas de falar com o paciente. Os autores salientam que, durante a graduação, os docentes devem desenvolver e promover a dignidade dos pacientes e enfatizar essas ações nas quais devem se apoiar a teoria e a prática clínica.

Para Caprara e Franco (1999), o modelo em que o profissional da saúde deve informar o paciente sobre todas as alternativas de tratamento e esperar que o paciente decida sobre seu tratamento deve ser substituído pelo comunicacional, que é bidirecional, em que durante todo o tratamento o paciente participa das decisões sobre seu tratamento dando suas opiniões e o profissional da saúde emite suas opiniões.

De acordo com o estudo de Beach et al. (2005), em que foram entrevistadas 5.514 pessoas que haviam recebido cuidados médicos em um período inferior a dois anos, a fim de que haja satisfação e adesão do paciente ao tratamento, é necessário que os profissionais estejam atentos ao fato de o respeito à dignidade do paciente ir além do seu envolvimento nas decisões referentes ao tratamento. Assim, não basta respeitar a autonomia das pessoas, é preciso respeitar a pessoa em sua dignidade.

Portanto, o simples reconhecimento da autonomia (ou das liberdades individuais) sem o reconhecimento de um referencial antropológico (a pessoa humana compreendida em sua singularidade e totalidade), não basta quando se pretende respeitar a dignidade da pessoa humana (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

O personalismo ontologicamente fundado, proposto por Elio Sgreccia como método para se comportar diante da vida (e dos dilemas bioéticos), propõe o reconhecimento da dignidade da pessoa como unidade de corpo e espírito, como ser único e como totalidade, ou seja, composto por várias dimensões (biológica, psicológica, social, espiritual) (SGRECCIA, 1996, 2003).

Ademais, a pessoa é infinitamente mais do que seus atos ou que a soma de seus atos: a pessoa não pode ser reduzida à manifestação de determinadas funções ou operações porque as transcende (PALAZZANI, 1993).

Ao centrar-se a questão na pessoa humana, é importante frisar que o objeto de estudo do profissional (da saúde ou da educação) está focado em uma realidade que se conhece, justamente a partir das “experiências elementares”, pois cada um de nós é “pessoa” (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007; RAMOS; SILVA; CALDATO, 2009).

O reconhecimento do valor, da dignidade da pessoa humana, não é uma opção. É algo implícito em nossa própria existência (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

O homem é mais que seus atos, que seu comportamento: em outras palavras, se “é” pessoa, não “se se comporta” como pessoa, os atos são “do” sujeito, não são “o” sujeito. A pessoa “é” pessoa, não “se torna” pessoa quando manifesta determinados comportamentos. (PALAZZANI, 1993).

2.3.2 A formação ética e humanística nos cursos de graduação em saúde: o papel do professor e o paciente inserido no contexto do ensino

Quando o conhecimento é concebido como uma grande rede de significações, reconhece-se a necessidade de o professor ser capaz de aproveitar o conhecimento de que o aluno já dispõe para ampliar a rede de significados. Outra característica que se deve buscar em um professor competente é a sua capacidade para mediar relações, ou seja, para sensibilizar os alunos para o que se considera relevante, para a busca de um consenso. Ainda, deverá o professor mapear relevâncias, ou seja, ser capaz de distinguir aquilo que é relevante daquilo que não é. Outra competência do professor é sua capacidade de contar histórias fabulosas, de traduzir em exemplos o que se deseja ensinar aos alunos. Há ainda a competência para exercer a autoridade de iniciar algo em alguém e que se traduz em uma enorme responsabilidade e ao que se associa a prática da tolerância (MACHADO, 2004, 2009).

Para Machado (2004, 2009), competência é a capacidade de mobilizar o que sabe (conteúdo) para realizar o que deseja (projeto). Afirma, ainda, que há características relacionadas a essa ideia. A primeira é a pessoalidade, ou seja, somente uma pessoa é (ou não) competente. A segunda é o âmbito, ou seja, alguém é competente para realizar algo. A terceira característica é a mobilização que se refere à capacidade de se recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja. Acrescenta que a essas características estão vinculadas outras três ideias: a integridade (vinculada à pessoalidade), a extrapolação (relacionada ao âmbito) e o conteúdo (referente à mobilização). Para que a pessoa mobilize o que conhece para

realizar algo, é necessário que ela tenha o que mobilizar, ou seja, é necessário um conteúdo para ser mobilizado. Uma pessoa será competente atuando em determinado âmbito, mas sua competência será maior se conseguir extrapolar o que sabe para outras situações.

A pessoalidade pressupõe a integração, a relação com outras pessoas. Isso significa que é necessário ter um quadro de valores para distinguir o certo do errado, o bem do mal e uma sintonia entre o discurso e a ação. Além disso, é necessária a abertura ao diálogo com os outros. A competência não se limita à sua dimensão técnica, ela sempre se associa a uma ação que envolve valores (MACHADO, 2004, 2009).

O estudo de Castanho (2002) realizado com 11 docentes da área da saúde, por meio da história oral temática, revela que o bom professor é entendido como o educador atento à personalidade complexa do educando; eles ingressaram na docência sem um planejamento ou preparo específico para isso; as técnicas de ensino utilizadas abrangem as aulas teóricas para um grande número de alunos e as aulas práticas realizadas nos laboratórios e nos ambulatórios.

É indispensável e urgente a necessidade da discussão de como introduzir, na formação inicial e continuada dos profissionais da área da Saúde em nível superior, a competência pedagógica requerida para aulas de qualidade junto a jovens que buscam o ensino superior, introduzindo inovações que atinjam as estruturas profundas do ensino. (CASTANHO, 2002, p.60).

A docência requer formação profissional para seu exercício: conhecimentos específicos para exercê-lo adequadamente, ou, no mínimo, a aquisição das habilidades e dos conhecimentos vinculados à atividade docente para melhorar sua qualidade (VEIGA, 2008).

Lazzarin, Nakama e Cordoni Júnior (2007) objetivaram analisar a percepção de alunos do curso de graduação em Odontologia a respeito do papel do professor

cirurgião-dentista no processo ensino-aprendizagem, por meio da abordagem qualitativa. De acordo com os alunos, o papel do professor foi apontado como o de ensinar, de orientar e tirar dúvidas, tanto na teoria quanto na prática, e também o de avaliar o aluno. As estratégias de ensino-aprendizagem baseiam-se em exposições orais, e o método de avaliação consta de provas tradicionais teóricas e práticas. Assim, de acordo com o relato dos alunos, a formação de cirurgiões-dentistas possivelmente ainda não ocorre com forte embasamento generalista, humanista, crítico e reflexivo, conforme sugerido pelas DCNs.

As pessoas em geral associam o ensino dos valores às ciências humanas. A importância das ciências humanas para o ensino na área da saúde tem sido reconhecida desde o final da década de 1960, com a incorporação de diversas disciplinas de cunho humanístico no currículo desses cursos (CARSON, 2007).

Humanismo são as atitudes e ações dos profissionais da saúde que permitem transparecer o interesse e o respeito pelo paciente e que consideram seus valores e ansiedade. São comportamentos que geralmente estão relacionados às dimensões psicológicas, sociais e espirituais do paciente (BRANCH et al., 2001).

Os profissionais de saúde que desenvolvem atividades assistenciais como os médicos, os dentistas, os enfermeiros, os fonoaudiólogos, dentre outros, estabelecem com as pessoas que atendem relações interpessoais. Por isso, o atendimento realizado por esses profissionais dependerá, além da qualidade técnica, da qualidade da interação entre as pessoas dedicadas ao atendimento (NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

Para que se possa fundar uma cultura em defesa da vida, que vá ao encontro dos novos desafios da Odontologia brasileira e das demandas sociais por mais

saúde bucal, a formação e a prática da Odontologia devem ser humanizadas (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2006).

O processo ensino-aprendizagem na área da saúde envolve, além do professor e do aluno, uma terceira pessoa: o paciente atendido nos hospitais-escola, nos ambulatórios das Instituições de Ensino ou em outros cenários de práticas. Estabelece-se assim uma relação, um encontro entre pessoas, nesse caso entre professor, aluno e paciente que deve favorecer a compreensão de vários problemas da vida, e que não deve se restringir à abordagem apenas dos aspectos técnico-científicos relacionados ao processo saúde-doença (JUNQUEIRA; PUPLAKSIS; RAMOS, 2009).

Entretanto, o paradigma predominante na formação dos profissionais de saúde é o modelo biológico cartesiano que dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e a compreensão dos determinantes no processo saúde-doença (AMORIM; MOREIRA; CARRARO, 2001).

Muitas vezes, os pacientes atendidos nas Instituições de Ensino são considerados objetos para o ensino, sendo relegado a um segundo plano o fato de serem representantes da comunidade em que se inserem. Ao ensino, interessam os aspectos técnico-científicos da Odontologia que, após serem ensinados na faculdade, estarão ao alcance de apenas uma pequena parcela da população (PAIXÃO; CAMPOS; LIMA, 1981).

A atenção ao paciente não pode continuar a ser incidental para a educação, com os pacientes sendo tratados somente para atingir os objetivos educacionais (FORMICOLA et al., 1999).

Todos os que se dedicam à tarefa de ensinar devem resgatar a reflexão ética, sobretudo por seus exemplos. O comprometimento do professor exige a

aproximação entre o que se diz e o que se faz, entre o que se parece ser e o que se é realmente (FREIRE, 1996), visto que as atitudes éticas devem ser exercitadas como um hábito, que se tornará tanto mais fácil quanto mais for praticado (LAUAND, 2002).

Weaver, Morse e Mitcham (2008) fizeram uma análise de conceito sobre “sensibilidade ética”. Para isso, analisaram 200 artigos e livros o que permitiu a definição de sensibilidade ética. Ela se desenvolve na prática profissional no contexto de incertezas, sofrimento e vulnerabilidade e por meio de relações caracterizadas por receptividade, sensibilidade e coragem por parte do profissional. Os atributos essenciais da sensibilidade ética são identificados como: percepção moral (discriminação intuitiva de pistas e modelos que despertam o profissional para compreender o paciente e as necessidades em cada situação); afetividade (está baseada na capacidade de o profissional se colocar no lugar do paciente e de identificar reações comparáveis, a afetividade pressupõe engajamento e permite ao profissional prever as consequências de suas ações no bem-estar do paciente); lealdade; permitem o reconhecimento, a compreensão e a avaliação de uma situação. As consequências incluem preservação da integridade da tomada de decisões, conforto e bem-estar e aprendizado. Assim, os autores definiram sensibilidade ética como “a capacidade de decidir com inteligência e compaixão, extraída quando necessária numa compreensão crítica dos códigos para uma conduta ética, experiência clínica, aprendizado acadêmico e conhecimento próprio com uma habilidade adicional para antecipar consequências e a coragem para agir.” Baseado nessa definição, a questão central é a tomada de decisão em uma situação clínica de incerteza.

O objetivo do estudo de Lown et al. (2007) foi conhecer o que os dirigentes e os responsáveis pelos currículos de cursos de Medicina pensam sobre o ensino das atitudes de cuidado, relacionadas ao comportamento ético, em suas escolas. O estudo foi realizado com 134 líderes da educação médica nos EUA e Canadá. Setenta e três pessoas responderam ao questionário que continha 26 questões quantitativas e uma questão aberta. A maioria dos respondentes acredita que suas escolas enfatizam fortemente as atitudes de cuidado. Por outro lado, 35% acreditam que essas atitudes são menos enfatizadas do que o conhecimento científico. Os autores e alguns especialistas fizeram mesas-redondas para definir o conceito de “atitudes de cuidado” que seria adotado no estudo. Estabeleceram o conceito de que essas atitudes incorporam a importância de compreender que as pessoas têm necessidades únicas e para as quais os profissionais aceitam a responsabilidade de seus papéis e aceitam a participação dos pacientes, das famílias e da equipe de saúde. Como as atitudes de cuidado são demonstradas no contexto das relações, os métodos mais apropriados para ensiná-las são aqueles que colocam os alunos e os professores em contato próximo. Frequentemente, os métodos didáticos usados para o ensino dessas atitudes são as discussões de casos realizadas em pequenos grupos nos anos iniciais do curso, uso de tutores nas clínicas. As barreiras para atingir o ensino adequado dessas atitudes incluem a escassez de tempo e a pressão para atingir a produtividade e a diferença do desenvolvimento do corpo docente em relação a essas atitudes.

Em 2006, Nogueira-Martins, Nogueira-Martins e Turato realizaram um estudo cujo objetivo era descrever a percepção de alunos do 5º ano de graduação em Medicina sobre seu aprendizado sobre a relação médico-paciente. Sobre as experiências no estágio pré-clínico, os alunos indicaram aspectos positivos do curso

de Psicologia médica, grande distância entre a teoria e a prática e um forte desejo para iniciar a prática clínica. Sobre as experiências no estágio clínico, identificaram a necessidade de terem oportunidades para discutir a relação profissional-paciente, professores que são “exemplos” ou “anti-exemplos”, situações clínicas favoráveis e outras desfavoráveis para o desenvolvimento de relações empáticas. Para a visão sobre as experiências futuras, os alunos identificaram a apreensão sobre seu comportamento ético, a ansiedade sobre como lidar com as características psicossociais dos pacientes e o medo de processos éticos ou legais. Os alunos alegaram ter capacidade de empatia, contudo, disseram que a perdem durante a vida em razão das exigências do mercado de trabalho que não permite que dediquem tempo suficiente aos seus pacientes. Entretanto, os estudantes parecem apresentar uma fase referida como fase de transição na qual mecanismos de auto-proteção se desenvolvem levando a uma perda do idealismo, neutralização emocional e mudanças na integridade ética, fenômeno que tem sido estudado como parte de um currículo oculto. Os resultados apontaram a necessidade de antecipar o contato dos alunos com as atividades clínicas a fim de diminuir o contato do aluno com um currículo paralelo, criar espaços para a discussão da relação profissional-paciente em módulos que envolvam a participação de profissionais de diferentes especialidades, oferecer educação continuada ao corpo docente sobre comunicação e relação profissional-paciente.

Estudo de Nuto et al. (2006) objetivou discutir a eficácia do processo ensino-aprendizagem na formação humanista do cirurgião-dentista e da capacidade deste ensino em aproximá-lo da realidade de seus pacientes. Para isso, os autores realizaram um estudo qualitativo, em que foram entrevistados graduandos e pacientes atendidos em quatro Faculdades de Odontologia do Nordeste brasileiro,

por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Somaram-se às entrevistas observações-participantes dos atendimentos realizados nas clínicas pelos alunos. Em seguida os resultados foram agrupados em categorias e classificados nos seguintes temas:

- cobaias – de acordo com os relatos dos pacientes e dos alunos, há, de uma parte, um receio do aluno em relação à cobrança do professor referente ao procedimento técnico, de outra, os pacientes relatam que se sentiriam mais seguros se o professor estivesse mais próximo do aluno durante o atendimento;

- impor respeito – o modelo pedagógico ainda adotado por muitos professores de transmissão e condicionamento tornam os alunos passivos, visto que os professores consideram-se a autoridade máxima. Esse comportamento se reflete na forma como o aluno trata seus pacientes, ou seja, agindo também em relação a eles de forma autoritária. Essa postura se reflete também pelo desconhecimento do que seja o processo de ensino-aprendizagem, visto que o professor não tem formação específica para exercer esse papel e às vezes nem mesmo vocação pedagógica;

- experiência versus sensibilidade – os alunos relatam que apenas na disciplina de Odontopediatria eles aprendem a lidar com os pacientes no âmbito humanístico. Os alunos dizem que, com a aquisição da experiência, têm medo de perder a sensibilidade com o paciente, como percebem em seus professores;

- desrespeito à dor – muitos alunos não respeitam a dor do paciente, por julgarem que eles a estão simulando por medo. Para muitos alunos, o respeito ao paciente “como um todo” refere-se apenas às doenças sistêmicas que ele pode ter, não sendo de fato considerados os aspectos psicossociais do paciente, como o medo do dentista.

Nuto et al. (2006) concluem que há pouca capacitação para o desenvolvimento de uma relação dialógica com os pacientes. O autoritarismo na relação professor-aluno dificulta o desenvolvimento afetivo do aluno e acaba sendo reproduzido na relação do aluno com o paciente. Soma-se a isso a separação entre corpo e mente que gera um processo de dessensibilização dos alunos que se preocupam apenas em desenvolver suas habilidades técnicas. Para superar essas dificuldades, os autores propõem que o modelo pedagógico seja alterado para outro em que o conhecimento seja compartilhado com o aluno, por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Além disso, seguindo as diretrizes curriculares, sugerem que deverá haver integração entre os conteúdos humanos e técnicos para que os aspectos humanísticos sejam desenvolvidos nas clínicas.

Por meio de análise qualitativa de entrevistas realizadas com 42 pacientes atendidos em uma clínica de uma instituição de ensino superior de Odontologia, concluiu-se que a percepção deles acerca do tratamento precisa ser mais bem explorada; é preciso melhorar a comunicação entre aluno, professor e paciente, visto que o modelo de exercício profissional é adquirido na graduação e que as atitudes éticas precisam ser exercitadas (JUNQUEIRA, 2003; JUNQUEIRA; RAMOS, 2007b).

Essa postura permite que o aluno possa aprender a respeitar a dignidade do paciente e exercitar atitudes éticas durante a graduação, o que inclui ouvir o paciente e encontrar junto com ele o tratamento mais adequado para cada situação, personalizando o atendimento (VARELLA; TAMOTO; JUNQUEIRA, 2006; JUNQUEIRA; RAMOS, 2007a).

Matos (2006) analisou, em dois cursos de Odontologia da Bahia, a formação ético-humanística do aluno a partir da visão do aluno, do professor e do usuário. Destaca que essa dimensão tem sido trabalhada nos cursos analisados, apesar de

haver discrepâncias entre os discursos e as atitudes observadas nos ambulatorios. Ressalta que todos os professores devem se empenhar para contribuir para a formação ético-humanística do aluno.

A partir de questionário e entrevista, Secco e Pereira (2004a, 2004b) investigaram o que os coordenadores de graduação de cursos de Odontologia do Estado de São Paulo concebem como qualidade de ensino. Dos 14 coordenadores convidados a participar do estudo, 13 aceitaram. De acordo com as respostas dos coordenadores, os processos de avaliação implantados pelo governo e as diretrizes curriculares têm gerado um movimento de mudanças e muitos desafios à comunidade acadêmica, seja em termos curriculares (epistemológicos), seja nos pedagógicos. Os coordenadores concordam que o planejamento e a metodologia de ensino constituem aspectos importantes para a qualidade do ensino. A ideia de trabalhar em pequenos grupos de alunos (na forma de tutorias) ainda é pouco desenvolvida nos cursos de Odontologia. Quanto à avaliação, alguns coordenadores ainda consideram importante a capacidade de memorização para a qualidade do ensino, num ensino baseado no modelo tradicional de transmissão do conhecimento. Os métodos que se baseiam no desenvolvimento dos processos reflexivos do aluno têm pouco espaço de discussão nesses cursos. Os métodos tradicionais de ensino ainda marcam os cursos de Odontologia.

Ainda que a clínica possa suprir as necessidades individuais e privadas com qualidade técnica reconhecida, há um desafio em termos de abrangência: existe uma distância entre o ensino de odontologia e a perspectiva de universalização da saúde bucal perante as demandas da realidade brasileira. (SECCO; PEREIRA, 2004a, p.327).

As discussões no plano pedagógico não são questões meramente técnicas, mas envolvem mudanças epistemológicas, do paradigma de ensino e aprendizagem. A necessidade dessas mudanças, entretanto, não foi percebida no

relato dos coordenadores, que julgam que seus cursos formam profissionais preparados para atuar no mercado de trabalho, o que revela que a população estudada (coordenadores) deve ser sensibilizada para a necessidade de mudanças (SECCO; PEREIRA, 2004a, 2004b).

Carli (2007) realizou entrevista com coordenadores/docentes de cursos de Odontologia, a fim de compreender como o professor/coordenador está mediando a construção de valores e referências das futuras práticas profissionais dos alunos. Com base na análise qualitativa das respostas (por meio de análise de conteúdo), a autora observou que está havendo mudanças nas práticas docentes em razão da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia. Os entrevistados constataram que os cursos estão vivenciando transformações em razão das Diretrizes, do mercado de trabalho e da transição epidemiológica em que o país se encontra. Os coordenadores/docentes reconheceram que todos os docentes exercem forte influência sobre o comportamento de seus alunos e ressaltaram a importância do papel dos cursos de pós-graduação *stricto-senso* na formação do docente como educador e não apenas como especialista em uma determinada área de conhecimento.

Implementar um programa longitudinal de desenvolvimento da formação humanizada para o corpo docente de cinco escolas de Medicina e determinar em que situações o corpo docente era percebido como efetivamente preocupado com a humanização foram os objetivos do trabalho desenvolvido por Branch et al. (2009). Vinte e nove participantes que completaram o ciclo de 18 meses do programa desenvolvido para aprimorar o ensino humanizado foram comparados com 47 professores que dele não participaram e que pertenciam às mesmas instituições. Para compará-los foi desenvolvido um questionário com 10 itens que foi preenchido

por estudantes e residentes em Medicina. Compuseram o questionário os seguintes itens relacionados ao comportamento humanizado dos docentes: ouvir atentamente os outros; inspirar o aluno em direção ao crescimento pessoal e profissional; reconhecer e apoiar as emoções dos pacientes, da equipe e as próprias em situações difíceis; recorrer ativamente durante o ensino às oportunidades para ilustrar a atenção humanizada; estimular a reflexão pela equipe na abordagem do paciente; ajudar o aluno a usar as informações pessoais e sociais do paciente durante o atendimento; servir como modelo para como construir relações interpessoais fortes; ensinar explicitamente a comunicação; inspirar o aluno a adotar atitudes de atenção ao paciente; ser reconhecido pelos pacientes e alunos como bom profissional e uma pessoa afetuosa. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos de professores sugerindo que a implementação desse programa de ensino humanizado foi eficiente (BRANCH et al., 2009).

De acordo com o estudo de Eriksen; Bergdahl e Bergdahl (2008) que avaliaram o ensino em uma Universidade da Noruega, naquele curso, as atividades realizadas na clínica são centradas nos interesses e nas percepções dos pacientes, e os alunos são treinados a buscar essas informações dos pacientes. O professor age como um facilitador desse processo e não como um especialista. O modelo tradicional de ensino que utiliza o paciente como seu objeto não serve aos propósitos de atendimento integral nem ao desenvolvimento de um pensamento crítico por parte dos alunos. Para garantir a atenção integral aos pacientes, os autores sugerem que, desde o estabelecimento do plano de tratamento, o paciente seja ouvido e incorporado ao processo de decisão. A base para o atendimento

centrado no paciente é a incorporação pelos professores do modelo biopsicossocial de atenção (e não do modelo biomédico).

No ensino médico, é comum, sob o nome de “profissionalismo”, haver um distanciamento entre professor e aluno. Entretanto, Haidet e Stein (2006) ressaltam a importância das relações interpessoais na educação do adulto. Esta deve incluir a personalidade dos participantes, considerar que o afeto e as emoções são importantes nessas relações. Quando o conhecimento é construído, e não depositado, é fundamental que se estabeleçam relações interpessoais adequadas entre professor e aluno. Nesse paradigma, as relações são importantes porque criam o contexto que modula a construção do conhecimento e assim, a construção do aprendizado.

Brosky et al. (2003) definiram profissionalismo como uma imagem que promove uma relação de sucesso com o paciente, relação esta que faz com que o paciente confie na capacidade do profissional. A competência profissional foi identificada como a capacidade de prover um adequado atendimento. Avaliaram como os pacientes atendidos na Universidade de Minnesota, EUA, percebiam o profissionalismo dos estudantes, do corpo docente e dos funcionários da instituição. Os pacientes atendidos na clínica integrada preencheram um questionário sobre o comportamento dos prestadores de serviço. Aqueles que responderam eram 103 homens e 97 mulheres, 64% dos quais tinham planos de saúde. De acordo com os resultados do estudo, os pacientes avaliaram que todos: estudantes, funcionários e corpo docente tiveram um comportamento profissional durante o seu atendimento, bem como que foi utilizada uma linguagem adequada pelos alunos e professores. Entretanto, 32% dos pacientes declararam que preferiam que mesmo os estudantes utilizassem trajes mais formais durante o atendimento. A primeira impressão dos

pacientes em relação aos estudantes e professores influenciou seu nível de ansiedade e confiança no tratamento.

Goldie et al. (2007) realizaram um estudo qualitativo com tutores e alunos de um curso de Medicina de Glasgow, Escócia, por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupos focais, a fim de identificar suas perspectivas sobre o profissionalismo nos primeiros anos de graduação. Salientam a importância do contato precoce do aluno com o ambiente ambulatorial. Ressaltam que, por meio da observação do comportamento dos professores, os alunos adquirem seus próprios comportamentos.

Henzi et al. (2005) analisaram a perspectiva dos estudantes de Odontologia sobre a relação professor-aluno e o ambiente de aprendizagem. Foram entregues questionários estruturados a estudantes de universidades norte-americanas. Seiscentos e dezenove estudantes de 18 escolas responderam ao questionário. Os alunos identificaram como favoráveis seu interesse e o significado de suas experiências de aprendizado. Entretanto, os resultados indicaram que os estudantes não estão satisfeitos com o apoio recebido do corpo docente.

Para Henzi et al. (2006), existem fatores ambientais (da escola), comportamentais (do professor) e características dos professores incluindo atributos pessoais que são percebidos pelos alunos como estando associados com a qualidade do ensino e com o aprendizado efetivo. São eles: servir como um modelo positivo de profissional da saúde, ser um supervisor efetivo para os alunos, ter uma forma dinâmica de ensinar e ser uma pessoa compreensiva.

No Brasil, o ensino médico tem sido alvo de profundas críticas levando a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) na década de 1990 a confirmar em seu relatório final a inadequação do processo de formação do

médico tanto em relação ao graduando quanto ao corpo docente e ao modelo pedagógico dos cursos. Propuseram-se, assim, alternativas ao modelo de ensino, adotando-se estratégias como o PBL (Problem-Based Learning - aprendizagem baseada em problemas). Segundo Costa (2007), os fóruns de educação médica propõem como alternativa ao paradigma tradicional de ensino o paradigma da integralidade, segundo o qual, o foco da atenção deve ser na saúde (e não na doença), o papel do aluno no processo de ensino-aprendizagem deve ser ativo, as atividades práticas devem ocorrer no sistema de saúde. Para impulsionar as mudanças no ensino médico, foram constituídas as Diretrizes Curriculares, o Pro-med e o Pró-saúde. Contudo, a prática docente em Medicina tem se mostrado resistente a mudanças, sobretudo no que se refere às metodologias de ensino-aprendizagem.

Ainda segundo Costa (2007), os fatores limitantes de mudanças na prática docente em Medicina são:

- desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa: praticamente não há preparo para o exercício da docência (no campo pedagógico). Contribui para isso a desvalorização das atividades de ensino nas universidades, onde, para a progressão na carreira, em geral, são adotados critérios de excelência na produção científica. Para muitos professores, a atividade docente tem um papel secundário à atividade clínica, e não se configura como profissão. Soma-se a esses fatores o fato de os docentes serem contratados segundo critérios de publicação e não pela capacidade de ensinar;

- falta de profissionalização docente: apesar de haver muito esforço para se formarem bons médicos, há pouco esforço no sentido do desenvolvimento do profissional que atua como professor. A identidade desse profissional costuma estar

centrada em suas especialidades científicas e não em sua atividade docente. Definiu-se identidade profissional como as características próprias que os docentes adquirem: o que sentem sobre o que são, sobre o que sabem, os livros que leem ou escrevem, os colegas com quem se relacionam, os congressos que frequentam, as conversas profissionais que mantêm, modo próprio de organizar as aulas, de dirigir-se aos alunos, de utilizar os recursos pedagógicos. É imprescindível que haja domínio no campo pedagógico e no exercício da dimensão política da docência universitária, ou seja, na visão de educação, de homem e de mundo do professor;

- desvalorização da formação docente do professor de Medicina: as instituições de ensino devem reconhecer que o médico sabe Medicina, mas não foi formado para ensinar. Faz-se necessário desenvolverem-se práticas reflexivas, em que o professor seja capaz de se interrogar enquanto age e avalie seus resultados;

- resistência docente a mudanças: tentativas de mudanças geram uma sensação de insegurança. Os docentes devem refletir sobre sua prática para identificar como ela se desenvolve – se é uma prática pedagógica repetitiva, ou se é uma prática reflexiva, que se preocupa com mudanças qualitativas no processo de ensino-aprendizagem;

- individualismo da ação docente: identificam-se falta de integração e o individualismo em que se processa a docência. Dessa forma, há a tendência de se desenvolver o domínio técnico da docência, visto que o desenvolvimento ideológico e empírico é proporcionado pela reflexão sobre o trabalho realizado.

Costa (2007) conclui que é fundamental a incorporação institucional do desenvolvimento pedagógico permanente dos docentes da área da saúde.

Para o ensino da Odontologia, o relatório apresentado ao final da oficina “Construindo um projeto pedagógico”, realizada na 42ª Reunião Anual da ABENO,

em Salvador, em 2007, da qual participei, também apresentou as dificuldades dos docentes para a implantação das mudanças curriculares sugeridas pelas DCN (ABENO, 2007).

2.3.3 Currículo oculto

O currículo oculto, definido por Masella (2006) como: a interação entre o corpo docente e os alunos em ambientes externos à sala de aula, as interações entre os próprios alunos (de turmas diferentes), as experiências adquiridas fora da instituição, as atividades realizadas no âmbito da faculdade ou fora dela e que interferem (positiva ou negativamente) na formação do aluno auxiliam o aluno a construir sua identidade profissional. O atendimento realizado fora da instituição de ensino, em clínicas frequentadas por pessoas de diferentes idades, nível socioeconômico, etnias, trazem experiências educacionais valiosas. O autor ressalta que os professores exercem uma forte influência sobre o aprendizado do aluno, agindo como modelos, o que extrapola o âmbito dos conteúdos ensinados. Além disso, a aproximação com pacientes de culturas diferentes e com necessidades diferentes facilita a aprendizagem das ciências comportamentais e orientam a atividade profissional na direção das necessidades da sociedade (MASELLA, 2006).

A teoria da aprendizagem social, descrita por Albert Bandura, explica os processos de identificação (ou vicários) como formas de aprendizagem, ou seja, o aprendizado é adquirido pela observação direta do comportamento de

outras pessoas. Isso explica o porquê os professores são fontes importantes de aprendizagem social sobre como o profissional deve se comportar (RONZANI, 2007).

Assim, é necessário avaliar as crenças compartilhadas por professores porque essas podem ser responsáveis pela manutenção de determinadas práticas e ideologias em saúde que muitas vezes não se equiparam às necessidades da atenção primária em saúde, foco das reformas curriculares em saúde (RONZANI, 2007).

Os professores são exemplos de comportamento para seus alunos no que diz respeito aos valores e às atitudes. As características que os estudantes buscam em seus tutores são: a atitude positiva diante dos estudantes, a compaixão pelos pacientes e a integridade, aliado à competência clínica e ao entusiasmo. Além disso, esperam observar uma excelente relação entre o tutor e o paciente. Para que a Medicina se mantenha atualizada e responda aos anseios da sociedade é necessário que os profissionais, inclusive os mais velhos re-examinem seus comportamentos a fim de incorporar os desejos dos pacientes (PAICE; HEARD; MOSS, 2002).

Lemos (2004) objetivou analisar as contradições existentes entre o currículo formal e o currículo real de uma disciplina de clínica integrada, por meio de um questionário semi-estruturado aplicado aos alunos matriculados na disciplina. Concluíram que objetivos formais da disciplina não são alcançados plenamente e há a presença de um currículo oculto que influencia esta realidade. Os autores denominaram “currículo oculto” aquele que impedia a realização de determinados procedimentos clínicos considerados atinentes ao programa da disciplina como: falta de motivação do aluno; falta de base do aluno; problemas práticos e operacionais da

clínica; falta de entrosamento entre colegas, funcionários e professores; o fato de o professor não permitir a realização do procedimento clínico; condições físicas impróprias; desinteresse e má qualidade didática do professor; desinteresse do aluno; a especialização precoce por falta de tempo ou por opção. A análise do programa da disciplina possibilitou compreender que ela não possibilita uma formação generalista ampla, no sentido de incorporar as dimensões sociais e psicológicas das pessoas, mas apenas a formação técnica generalista, em que a ênfase está na dimensão biológica.

Lempp e Seale (2004) visaram a estudar a percepção dos alunos de uma escola médica no Reino Unido acerca do treinamento recebido durante a graduação, especialmente no que se refere ao currículo oculto (definido como o lugar de influências que funcionam no nível da estrutura organizacional incluindo a cultura, por exemplo, regras implícitas para a instituição sobreviver como costumes, rituais). Para isso, foi realizada uma entrevista semi-estuturada a 36 alunos do curso. Emergiram quatro temas: apoio pessoal recebido dos docentes, ensino desorganizado por parte de professores da clínica que têm pouco engajamento com o ensino, a importância da hierarquia e a valorização da competitividade e não da cooperação na atividade profissional.

A profissão médica apresenta especificidades relativas a valores e auto-imagem do médico que compõem o currículo oculto. Para conhecer o professor médico, no que diz respeito a seus valores e comportamentos profissionais, Bulcão e Sayd (2003) entrevistaram médicos docentes de uma instituição de ensino superior do Rio de Janeiro, por meio da história oral. Entre os entrevistados o “tornar-se docente” foi incidental. O prestígio profissional está fortemente vinculado às especialidades, e à atividade hospitalar em detrimento da atividade ambulatorial.

Revelam apreensão quanto a um processo de perda de poder de decisão por parte de médicos e professores.

O pensamento dominante é de que a formação de um profissional clínico – fator desejável – estaria prejudicada, com perda da qualidade de ensino, pela lógica da pesquisa nos institutos básicos e a perda de controle pelos médicos, do ensino no hospital, à medida que este também abriga, hoje, alunos e práticas didáticas de outros trabalhadores em saúde (BULCÃO; SAYD, 2003, p. 26)

Identificou-se, no discurso dos professores médicos, grande desmotivação com as atividades de ensino. Os autores concluíram que os professores estão nostálgicos de um passado em que sua profissão apresentava uma situação de prestígio inquestionável e um tanto perplexos diante das novas situações, principalmente de restrições à autonomia liberal. Sem um projeto político para a escola e para a corporação, estão menos motivados do que no passado, e isto pode se constituir como fator negativo na socialização e na formação de valores éticos entre seus alunos (BULCÃO; SAYD, 2003).

Ozolins, Hall e Peterson (2008) avaliaram a visão dos estudantes sobre o currículo oculto por meio de grupos focais. Os alunos reconhecem a existência de um currículo oculto no curso de Medicina, mas o relacionam, sobretudo, ao aprendizado necessário sobre o comportamento como profissionais, ao “ser médico”.

Muitas vezes com um sentido pejorativo, o currículo oculto, ou seja, aquele que não explicitado pode ser positivo.

Michael Polanyi denomina esse componente do conhecimento não explicitado, não verbalizado, não objetivado em teorias ou produtos tecnológicos, de “conhecimento tácito”. A esse conhecimento estão vinculados os comportamentos, as crenças e os valores que são compartilhados pelas pessoas (e também pelos

professores e alunos); ele sempre existe, frequentemente é positivo e sempre é pessoal (SAIANI, 2004).

2.3.4 O pensamento crítico e as estratégias ativas de aprendizagem

As Diretrizes Curriculares Nacionais ressaltam a importância do desenvolvimento do pensamento crítico dos alunos de graduação, seguindo as orientações do Relatório Delors (1999), o qual influencia mudanças curriculares em todo o mundo. Para atingi-lo, tem sido proposta, além das mudanças epistemológicas na formação do graduando, que implicam a necessidade de mudança do paradigma biologicista do ensino na área da saúde, para um paradigma biopsicossocial, a mudança das estratégias pedagógicas adotadas nos cursos, usualmente centradas na transmissão e no condicionamento.

Berbel (1998) comparou duas estratégias de ensino: a metodologia da problematização, em que os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos e a aprendizagem baseada em problemas (problem-based-learning, PBL), na qual os problemas são elaborados por uma equipe de especialistas. As duas propostas trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) destacam as diferenças entre a aprendizagem baseada em problemas (PBL-problem-based-learning) e a metodologia problematizadora. Ressaltam que as duas estratégias possibilitam

rupturas no modelo tradicional de ensino na direção das mudanças que estão sendo exigidas na formação em saúde.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004, p.780).

Garcia (2001) discute o processo ensino-aprendizagem realizado em serviços de saúde, os modelos tecnoassistenciais e o “fazer” pedagógico relacionado ao trabalho em saúde. Para a autora, a aproximação ao cotidiano, pela vivência de situações, torna a educação significativa.

As mudanças curriculares ocorridas na Holanda foram incentivadas por mudanças ocorridas no ensino pré-universitário que agora preparam os alunos para serem independentes e para trabalharem com problemas, além de buscarem as informações. Além disso, o sistema europeu de bacharelado e mestrado foi introduzido em todas as instituições do país. A base escolhida para o novo currículo foi o incentivo ao aprendizado ativo e independente, além da ênfase ao trabalho em equipe e ao novo papel do professor que passa a ser um facilitador da aprendizagem. Outro guia para o estabelecimento do novo currículo foi a construção do projeto pedagógico em torno de competências, ou seja, a habilidade para aplicar o conhecimento em uma situação real. O processo de desenvolvimento desse currículo contou com a participação de diversos professores, não se restringindo a um grupo de especialistas em currículo. Isso permitiu que a maioria dos professores o apoiasse, embora muitos não concordem com o papel de suas disciplinas nesse novo currículo (KERSTEN et al., 2007).

O propósito do estudo de Hendricson et al. (2006) é oferecer aos administradores dos cursos de Odontologia formas de conhecer como seus

currículos incluem em seus processos de aprendizagem a capacidade de solucionar problemas, de pensar criticamente, de aprender sozinho e de adquirir outras competências necessárias para exercer sua profissão nos anos após a graduação. O pensamento crítico é o processo reflexivo no qual os indivíduos avaliam os dados ou a situação usando a capacidade mental caracterizada por adjetivos como comparar, analisar, distinguir, refletir e julgar: identificar os tópicos em um problema; identificar e explorar os fatores causais; procurar o conhecimento necessário para oferecer as respostas e guiar as ações; comparar as forças e as limitações das opções; implementar a opção que parecer mais adequada para resolver o problema; monitorar a estratégia implementada e os resultados e modificá-la se necessário. Esses resultados são consoantes aos descritos por Haden et al. (2006).

Para verificar se o pensamento crítico, um dos objetivos da educação odontológica, estava sendo incentivado por um curso norte-americano Boyd (2002) realizou um estudo em que foram realizadas entrevistas com alunos do primeiro ano do curso de Odontologia. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, análise de anotações (reflexões) feitas pelos alunos e observações da clínica e foram analisados por meio da análise temática. Esse estudo focou-se no uso da reflexão como estratégia para desenvolver o pensamento crítico. A reflexão permite que as pessoas façam julgamentos diante de situações complexas e ambíguas. Os propósitos do estudo foram: investigar como os estudantes conectam os conhecimentos adquiridos com as novas experiências; explorar as reflexões dos estudantes para elucidar o processo de desenvolvimento do pensamento crítico e não apenas os resultados; permitir aos estudantes relatarem suas experiências. A análise das entrevistas, das anotações dos alunos e das observações feitas na clínica permitiu concluir que a reflexão é subutilizada como estratégia de ensino

pelos professores, o que leva aos alunos a terem um desenvolvimento insuficiente do pensamento crítico. Isso sugere que as estratégias didáticas e os métodos de avaliação devem ser alterados para favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico que preparará o aluno para resolver, no futuro, os problemas reais dos pacientes.

Boyd (2008) avaliou a capacidade de desenvolvimento do julgamento reflexivo, decorrente do pensamento crítico, em alunos do terceiro ano, no início de seus contatos com os pacientes na clínica. Para isso, realizou uma análise qualitativa utilizando uma escala proposta por King e Kitchener “*Reflective Judgement Model of Intellectual Development*”. De acordo com os resultados do estudo, houve acréscimo no desenvolvimento do julgamento reflexivo dos alunos.

2.3.5 O ensino da Ética/Bioética nos cursos da área da saúde

A introdução de uma educação para a ética nos programas escolares pode ser a oportunidade de lhes oferecer os meios para responder às interrogações essenciais do mundo atual. A escola tem a missão de educar, de transmitir valores (KUTUKDIJIAN, 2000).

...les jeunes éprouvent un désarroi devant la distortion qu'ils observent entre les principes véhiculés par l'enseignement et leur vécu. Le besoin se fait sentir de développer chez les jeunes une réflexion critique susceptible de leur faire acquérir la maîtrise intellectuelle qui leur permettra de discerner la qualité et la validité de différents types de raisonnement et de jugements de valeurs. (KUTUKDIJIAN, 2000, p.18).²

²N.T.Os jovens experimentam uma desordem diante da distorção que eles observam entre os princípios veiculados pelo ensino e aquele que vivem. A necessidade que se sente é de desenvolver entre os jovens uma reflexão crítica suscetível de lhes fazer adquirir a matriz intelectual que lhes permitirá de discernir a qualidade e a validade de diferentes tipos de raciocínio e de julgamento de

A educação para a ética, ao se fundar na diversidade cultural, e nas diferentes sensibilidades no mundo, faria valorar a universalidade do ser humano. Seria também uma maneira de lutar contra a indiferença, a banalização de todas as violências, aquelas que se fixam e se nutrem da raiva e aquelas que se escondem atrás da cumplicidade dos silêncios: as violências ditas e as violências caladas. (KUTUKDIJIAN, 2000).

No terceiro milênio é preciso, pois, ter um projeto de educação à altura dos desafios que se nos apresentam. Esta educação deverá se apoiar em dois conceitos maiores: a responsabilidade e a solidariedade de cada um em relação a todos, de todos os indivíduos e da sociedade, das gerações futuras e da humanidade inteira (KUTUKDIJIAN, 2000).

Ce qui est en jeu, c'est une vision humaniste des sciences et des technologies; c'est une pratique vivante de la démocratie et de la solidarité, la notion de personne humaine se situant au centre du débat. (KUTUKDIJIAN, 2000, p.19)³.

Para La Taille, Souza e Vizioli (2004), “se as discussões contemporâneas certamente refletem um progresso da reflexão humanista, também parecem traduzir um sintoma de crise social de valores”. Segundo o estudo, a recente produção sobre ética e educação adota, de maneira geral, uma perspectiva crítica da sociedade contemporânea. Além disso, apenas 02 trabalhos analisados dos 28 artigos encontrados sobre o tema ética e educação, trazem propostas para a formação ética dos alunos. Os autores, para explicar porque existem tão poucas propostas de como agir para a formação moral e ética, apesar de esta se constituir em uma situação crítica, propõem as seguintes explicações: para muitos, não constitui papel da

valores. (KUTUKDIJIAN, 2000, p.18). (Obs. o autor era Diretor Principal da Divisão de ética das ciências e tecnologias da UNESCO quando escreveu o texto).

³ N.T. O que está em jogo é uma visão humanista das ciências e das tecnologias; é uma prática viva da democracia e da solidariedade, a noção de pessoa humana se situando no centro do debate. (KUTUKDIJIAN, 2000, p.19).

escola a formação moral e ética dos alunos que deveria ficar a cargo das famílias, segundo: a experiência com Educação Moral e Cívica é ainda recente e certamente ressoa na memória de quem pensa em levar a seus alunos valores morais e éticos. A terceira hipótese é a de que há certo temor em relação ao próprio tema: moral associa-se facilmente a coação, autoritarismo, moralismo. E falar de ética nada muda, pois, como vimos acima, este conceito é empregado para se referir a deveres, ou seja, à limitação da liberdade de ação. O tema da moral e da ética tanto inquieta e atrai quanto angustia e apavora. Falar nele decorre da inquietação, nada propor decorre do medo. Medo este tanto de se voltar a práticas pedagógicas autoritárias quanto de se aceitar que há deveres morais incontornáveis. O clima “pós-moderno” em que vivemos, solo fértil para o relativismo, certamente participa do adiamento de tomadas claras de posição a respeito da formação ética e moral. Concluem que há urgência de debates da questão da ética e da moral pelas escolas, pois nada indica que os problemas atuais de anomia, desrespeito, violência e outros mais desaparecerão milagrosamente sem intervenções sociais (LA TAILLE; SOUZA; VIZIOLI, 2004).

Nash (2007) ressalta que a ética é a reflexão sobre a moralidade. E a moralidade se refere ao comportamento das pessoas, como as pessoas se relacionam com o outro. Comportamentos morais são aqueles que podem ser avaliados como bons ou maus usando a razão, usando critérios objetivos. A distinção entre ética e moralidade é a distinção entre o objeto de estudo – a moralidade – e o estudo em si – a ética. A ética visa a responder às seguintes perguntas: Como devo viver a minha vida? Como devo me comportar? A ética se refere ao que é bom ou mau, certo ou errado, virtude e vício, dever e não dever, finalidade e meio. Para a ética importa estudar o que é a boa vida? A que devo dar

valor? O que é importante? O que é o comportamento virtuoso? Essas são algumas das questões que cabem à ética estudar.

Para Gracia (2004), o mais importante em um curso de ética (ou bioética) não é ensinar a solução dos problemas, mas ensinar a resolver, a decidir, e que as decisões não sejam uniformes, mas razoáveis e prudentes.

Gross (1999) aplicou um questionário a 195 médicos de um hospital-escola a fim de identificar o efeito do ensino da ética médica sobre o conhecimento, o comportamento e as atitudes desses profissionais (o que pensam, como pensam e como se comportam). Os resultados indicaram que o ensino da ética, da forma como era ministrado (aulas teóricas, leituras de textos), não era suficiente para aumentar o nível de desenvolvimento moral dos estudantes.

Em estudo realizado por Patenaude, Niyonsenga e Fafard (2003a, 2003b) em uma escola médica de Quebec, Canadá, avaliou-se o desenvolvimento moral de estudantes durante o curso de graduação. Para isso, foi feito um estudo longitudinal em que os alunos foram avaliados no 1º e 3º anos do curso. Espera-se que ocorra um desenvolvimento moral em razão da maturidade e do envolvimento nos estudos universitários. Entretanto, não foi observado aumento no desenvolvimento moral dos estudantes como seria esperado com o amadurecimento. Os resultados apontam a existência de um currículo oculto que dificulta em vez de facilitar o desenvolvimento moral dos estudantes.

Os estudantes deveriam evoluir de um estágio de moralidade pré-convencional (em que se busca evitar a punição) para a moralidade convencional (em que há a preocupação de se seguirem as leis), para finalmente uma moralidade pós-convencional (em que os comportamentos são guiados pelo senso de

comunidade e pelo respeito pela dignidade das pessoas como indivíduos) (GROSS, 1999).

Para identificar em que níveis de desenvolvimento moral estão os futuros dentistas, um estudo foi realizado por Freitas, Kovalski e Boing (2005). Ou seja, em que níveis de aplicação de valores morais universais trabalham os estudantes de Odontologia diante de um problema concreto. Uma discussão sobre as possíveis consequências desta situação para a ética cotidiana também é sugerida, tendo como pano de fundo a tentativa de formação desse profissional mais humano e sensível, ainda desejado pela profissão. Para isso, utilizaram o método proposto a partir do trabalho de Aguado e Medrano em 1999, que apresentam um mecanismo de avaliação do desenvolvimento ético e moral em escolares. Foi aplicado um plano de entrevista para avaliação desses níveis, em formandos de um curso de Odontologia. Segundo o estudo, o nível de desenvolvimento moral encontrado entre os formandos é baixo, e menor do que o esperado para adultos; este nível é inadequado para o exercício da profissão, pois interfere nas relações éticas do cotidiano; o curso de Odontologia não consegue viabilizar este desenvolvimento moral desejável; este nível pode acarretar consequências danosas para o futuro profissional, para os pacientes e para a sociedade.

Goldie, Schwartz e Morrison (2000) avaliaram o processo de educação ética num curso de Medicina de Glasgow (Escócia). Para isso, realizaram um estudo qualitativo com 238 estudantes do 1º. ano do curso e 30 tutores da clínica que são facilitadores do ensino da ética. Naquele curso, a ética médica e a deontologia são temas verticais que começam a ser ministrados no primeiro ano do curso. Para isso, os alunos participam de seminários em que discutem casos com eticistas, advogados e outros especialistas, bem como trabalham em pequenos grupos nas

clínicas. Os resultados apontaram que tanto os alunos quanto os tutores avaliaram como positiva a experiência de trabalhar em pequenos grupos.

Koerber et al. (2005) realizaram um trabalho a partir de ensaios realizados por alunos e professores de ética, a fim de comparar a visão deles sobre o ensino da ética em Odontologia com o artigo anteriormente publicado no *Journal of Dental Education* por Bertolami em 2004 que, dentre outros aspectos, propôs que o ensino da ética ocorresse em um pré-curriculo e não durante a graduação. Os estudantes, em seus ensaios, relataram a pressão que a competitividade exerce para o comportamento antiético. Os educadores precisam considerar abordagens que reduzam o estresse e que apoiem os estudantes academicamente. De acordo com o ensaio produzido por um professor de ética, o ensino da ética deve abranger toda a equipe, o corpo docente e os administradores. Os autores recomendam que o ensino da ética se dê ao longo do curso, que seja incorporado por todos os docentes e que tenha a mesma importância das outras áreas da Odontologia.

Pela análise do currículo de diversas faculdades de Odontologia sobre a forma como a ética é ensinada, Berk (2001) indica que em várias escolas a ética está sendo ensinada no início do curso e num formato que enfatiza a reflexão e o desenvolvimento moral. Os estudantes se beneficiam quando o ensino da ética é interativo, baseado em casos reais em que ocorrem dilemas éticos, com ênfase no diálogo entre professor e aluno.

Gadbury-Amyot et al. (2006) realizaram um estudo para avaliar se o ensino realizado em atividades extra-muros na comunidade eram capazes de aprimorar o aprendizado dos alunos sobre ética. Concluíram que essas atividades enriqueceram o aprendizado desses alunos, bem como ampliaram a visão deles acerca da responsabilidade que têm sobre a atenção à saúde bucal da população.

Por outro lado, a disciplina de Bioética tem sido referida como forma importante de ensino de valores para os alunos de graduação em Odontologia. Entretanto, todos os docentes influenciam o comportamento dos alunos (PUPLAKSIS, 2008).

Para Suárez Obando e Díaz Amado (2007), há uma discrepância entre o que é ensinado e o que é vivenciado e reconhece-se que os temas de bioética devem ser ensinados durante a prática clínica.

O ensino da Bioética deveria incorporar a transdisciplinariedade, como adotado em países europeus, ou seja, deveria estar alicerçado em conhecimentos de Antropologia, Biologia, Genética, Ética, Direito, entre outros. Sem isso, a unidade conceitual e a especificidade dos conteúdos de Bioética jamais resultarão em ensino eficaz (AZEVEDO, 1998).

Finkler (2009) destacou, a partir de entrevistas com 15 coordenadores de cursos de Odontologia e após aprofundamento do estudo em duas instituições, que a formação ética do aluno de Odontologia precisa ser mais bem explorada e que o ensino da Bioética é uma das estratégias para atingir esse fim.

Buendía-López e Cadena-Sandoval (2006) compararam o nível de conhecimento sobre Bioética de estudantes de dois cursos de Odontologia, um no Chile e outro no México. Concluíram que esse nível ainda é pequeno. Sugerem que antes de estabelecer programas de Bioética nos cursos, se estabeleça o nível de conhecimento dos alunos sobre o tema e que situações práticas sejam adotadas como ferramenta para o ensino, embasadas em sólidos conhecimentos ético-filosóficos.

No Brasil, 55% dos cursos de pós-graduação em Odontologia (stricto sensu) analisados em estudo de Aires et al. (2006) tinham uma disciplina de Bioética em

seus currículos, e 54% incorporavam conteúdos de Bioética em disciplinas de seus currículos.

Musse et al. (2007) objetivaram identificar, no estado de São Paulo, os cursos de graduação em Odontologia que apresentavam em sua estrutura curricular a disciplina de Bioética, em que série do curso era ministrada e a inserção na área do professor responsável pela disciplina. Por meio da análise realizada, os autores identificaram apenas quatro cursos em que a disciplina era ministrada, dos 45 cursos do Estado. Ressaltaram, contudo, que o ensino da Bioética em Odontologia deveria ocupar todos os momentos possíveis da formação profissional, sendo incompatível o ensino da disciplina, de forma isolada, por meio de metodologia convencional de transmissão passiva do conhecimento (MUSSE et al., 2007).

Figueiredo, Garrafa e Portillo (2008) estudaram, por meio de revisão sistemática, os artigos publicados no Brasil sobre o ensino da Bioética. Identificaram que ainda há poucos estudos em âmbito nacional que avaliem a inserção da Bioética nos cursos na área da saúde.

Para Prado (2006), após análise de questionários e entrevistas aplicados a alunos e dentistas que tiveram e que não tiveram Bioética em seus cursos de graduação, concluem que o ensino da Bioética na graduação em Odontologia contribui para uma atividade clínica mais consciente e crítica.

León Correa (2008) apresenta experiências docentes e reflexões sobre como a bioética deve ser ensinada a fim de que os conhecimentos sejam transmitidos de forma interdisciplinar, de que se modifiquem atitudes na relação profissional-paciente em razão da mudança dos modelos assistenciais e de que se transmitam valores apropriados e necessários para os profissionais de saúde. Identifica que, para mudar o comportamento dos alunos é necessário conhecê-los, promover o

diálogo por meio do respeito ao outro, da tolerância, e é preciso aceitar a possibilidade de questionar as próprias convicções.

El educador puede proponer no acciones sino intenciones o campos de acción, no algo que el estudiante “debe hacer”, sino que debe “querer-hacer”. Lo importante de la acción educativa –al menos en bioética– no es conseguir que el estudiante haga algo, sino que quiera por sí mismo hacer algo, porque lo encuentra valioso como futuro médico y como persona. (LEÓN CORREA, 2008, p. 15)⁴

León Correa (2008) salienta ainda a importância dos modelos para a formação moral dos alunos, ou seja, que a melhor forma de ensinar é a forma de agir dos professores.

Outomuro (2008) propõe que o ensino da Bioética para os cursos de Medicina tenha como objetivos formar um profissional generalista, apto para a atenção primária e secundária, concorde com as necessidades de saúde da população, com os recursos existentes e com o conhecimento existente na Medicina atual. Tudo em um contexto que privilegie a atenção integral sobre a especializada e que privilegie a pessoa sobre a doença. Aliados aos objetivos cognitivos da educação (informação necessária para analisar e fundamentar posições, distanciando-se da mera opinião) somam-se os objetivos procedimentais (habilidades intelectuais e destrezas). Esses objetivos permitirão aos educandos elucidar os dilemas morais implícitos no cotidiano profissional. Assim, a implementação de uma educação moderna, centrada no fortalecimento do pensamento crítico e da heurística é indispensável. Há que se desenvolver também objetivos atitudinais, como o desenvolvimento de atitudes de tolerância, respeito e discussão racional.

⁴ N.T. O educador pode propor não ações, mas intenções ou campos de ação, não algo que o estudante “deve fazer”, mas que deve “querer fazer”. O importante da ação educativa – ao menos em bioética – não é conseguir que o estudante faça algo, mas que queira por si mesmo fazer algo, porque acha importante como futuro médico e como pessoa (LEÓN CORREA, 2008, p. 15).

Partindo de casos-problema, os residentes em pediatria de uma universidade de Madrid, Espanha, recebem formação em Bioética. A proposta daquele curso é dotar os residentes de ferramentas para enfrentar os dilemas bioéticos e que se sintam confiantes para isso (MORENO VILLARES; GOMEZ CASTILLO, 2003).

A construção de um portfólio com os casos em que surgem questões éticas vivenciados pelos alunos de cursos de Medicina no dia-a-dia foi apresentada como proposta de se ensinar Bioética por Moreto et al. (2008). Os autores realizaram um projeto experimental em 03 faculdades de Medicina do Brasil. De acordo com os relatos dos alunos, manifestados nos portfólios, salienta-se a importância da “aprendizagem pelo exemplo.” Sejam bons ou maus exemplos, desde que haja reflexão sobre a postura do professor, mesmo um mau exemplo pode ensinar ao aluno como se comportar. Apresentam-se assim situações em que se podem extrair benefícios de algo aparentemente nocivo, quando documentado em um portfólio. Ressaltam os autores a importância da presença de tutores, professores de clínica capacitados em Bioética, que serviriam de “guias” aos alunos no enfrentamento das questões éticas que surgem no dia-a-dia.

El joven alumno entra en la facultad lleno de sueños y deseos de cuidar a las personas, repleto de idealismo; y por un proceso que no se ha explicitado suficientemente acaba tornándose indiferente al sufrimiento humano, se acostumbra a la enfermedad, destrata a quien la padece y (...) se deshumaniza. (MORETO et al., 2008, p.141)⁵

Segundo Blasco et al. (2009) hoje a técnica é tanta que não é difícil camuflar sob ela as deficiências no âmbito humanístico. Apesar de ser possível atuar corretamente observando-se os princípios éticos descritos nos códigos deontológicos, deixar de fazer todo o bem que se poderia fazer, quando se trabalha

⁵N.T.O jovem aluno entra na faculdade cheio de sonhos e de desejos de cuidar das pessoas, repleto de idealismos; e, por um processo que não se explicou suficientemente, acaba tornando-se indiferente ao sofrimento humano, acostuma-se com a enfermidade, destrata quem padece e se desumaniza. (MORETO et al., 2008, p.141)

diretamente com o ser humano, consiste numa falta grave. Para Blasco et al. (2009) a Bioética deveria acompanhar toda a formação do aluno, pois os dilemas éticos surgem no dia-a-dia.

Em uma tentativa para responder às necessidades de mudanças no ensino, em 2004, a disciplina de Bioética passou a ser oferecida aos alunos do primeiro ano da graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (dos cursos diurno e noturno). Temas como ética em pesquisa e humanização da assistência são abordados, bem como temas polêmicos como eutanásia, aborto, reprodução assistida, com o intuito de fomentar a reflexão dos alunos sobre os assuntos mais debatidos na mídia e assim permitir que eles tenham embasamento teórico para refletir sobre esses temas. A estratégia pedagógica adotada visa a despertar no aluno a sensibilidade ética a partir de suas próprias experiências. Além disso, pretende-se que os conteúdos possam ser ministrados ao longo de todo o curso em razão do processo de reestruturação curricular que está sendo implantado na instituição (JUNQUEIRA; PUPLAKSIS; RAMOS, 2009; SILVA; JUNQUEIRA; RAMOS, 2009).

A proposta da disciplina está detalhada no capítulo Discussão.

3 PROPOSIÇÃO

São propostas deste estudo:

- descrever os cursos diurno e noturno da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), a fim de compreender suas características culturais, as crenças e comportamentos compartilhados, e a formação humanística, ética e social do graduando, por meio de análise documental, observação-participante e entrevistas com professores do curso;
- descrever a contribuição da reestruturação curricular (incentivada pelo Pró-saúde) para a formação do aluno da FOUSP, por meio da análise das atividades vinculadas ao projeto;
- compreender quais os fatores favorecem a formação dos alunos no âmbito da formação moral, humanística e social, a partir do relato de docentes do curso, com vistas ao atendimento que respeite a dignidade do paciente e considere a abordagem integral do processo saúde-doença;
- apresentar a contribuição da Bioética como ferramenta para despertar no aluno a reflexão acerca da vida a partir de suas próprias experiências;
- propor elementos que fomentem a reflexão sobre a relação entre a educação moral, a configuração de valores e as transformações do processo de formação, a geração de conhecimentos e a prestação de serviços à população em busca da atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em Odontologia.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Etapas do estudo

A primeira etapa do estudo refere-se à busca na literatura de trabalhos que comprovassem a relevância da incorporação da educação moral e da sensibilidade ética e social pelos cursos de graduação da área da saúde, bem como de trabalhos que indicassem quais as estratégias são adotadas nesses cursos a fim de atingir esses objetivos.

Numa segunda etapa, o estudo visou a compreender quais são as características culturais presentes na Instituição, ou seja, quais as crenças e comportamentos são compartilhados, com enfoque nos docentes.

Para isso, foi realizada, primeiramente, análise documental por meio de análise qualitativa e quantitativa nas seguintes fontes:

- projeto pedagógico do curso,
- programas das disciplinas,
- informações contidas no *site* da FOUSP,

para informações relativas à graduação, e no:

- *site* da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da FOUSP,

para dados referentes à pós-graduação.

Para compor a descrição cultural da Instituição, somaram-se aos dados quantitativos, dados qualitativos.

A análise qualitativa se deu por meio de observação-participante – com imersão da pesquisadora durante três anos na Instituição – e da realização de entrevistas com docentes do curso para compreender a realidade da instituição, com o foco nas disciplinas e no comportamento dos docentes.

Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados por meio da etnografia (SAVAGE, 2000; LÜDKE; ANDRÉ, 2005), visto que se pretendeu descrever as características do curso de maneira holística e reflexiva.

A terceira etapa relacionou-se ao relato da experiência de vida de professores da instituição, a fim de que se pudesse apreender dessas experiências seus aspectos positivos no que se refere à formação integral do aluno no âmbito dos valores e da educação moral. Esses dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (MINAYO, 2008; BARDIN, 2009), em virtude de se pretender analisar a experiência vivenciada por professores universitários em busca da compreensão do significado do papel do professor para a formação do aluno.

Por fim, analisaram-se as atividades de visitas supervisionadas às clínicas da instituição promovidas pela disciplina de Bioética, por meio da análise dos relatos realizados por 130 alunos de graduação nos fóruns de discussão da plataforma Moodle. Esses relatos foram categorizados em temas (segundo Bardin) e, a partir de sua análise, destaca-se a contribuição da disciplina para o processo de formação do aluno.

4.2 Aspectos éticos

Antes do início do trabalho, o protocolo de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP, conforme regulamentado pela Resolução CNS n. 196/96, e foi aprovado (Anexo A).

Assim, foi esclarecido aos participantes (professores universitários) os objetivos do estudo.

Os participantes foram informados que seriam entrevistados, que a duração das entrevistas seria de cerca de uma hora e que não seriam identificados, ou seja, toda e qualquer informação que pudesse identificar o sujeito da pesquisa seria substituída por códigos durante a transcrição.

Os docentes escolheram o local da entrevista e optaram pela própria sala, por considerarem um ambiente mais confortável.

Foi solicitada a permissão para gravação das entrevistas e foi garantido que as entrevistas seriam transcritas pela própria pesquisadora.

Ademais, após o término da transcrição, foi garantido ao participante que o texto lhe seria enviado, para que ele se certificasse do conteúdo da entrevista que seria analisado posteriormente. Ele foi informado que o material analisado será publicado em periódicos científicos, bem como será apresentado em eventos científicos, sempre com o compromisso de não identificar o participante.

Ao sujeito da pesquisa, foi garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer momento.

4.3 A escolha da metodologia

Este estudo tem como foco a atenção à pessoa humana, aluno e paciente, no contexto da formação em Odontologia, visando à compreensão da contribuição do processo educacional para a formação integral que incorpore a configuração de valores e a educação moral.

Como o objeto de análise são os valores, os comportamentos, as atitudes das pessoas, foi utilizada a metodologia qualitativa de pesquisa. Esse tipo de abordagem permite ao pesquisador o aprofundamento de temas sobre os quais pouco foi estudado, bem como permite que sejam geradas sólidas teorias sobre fenômenos como eles ocorrem no dia-a-dia (MORSE; FIELD, 1995; RICHARDS; MORSE, 2007).

Contudo, ao escolher a abordagem qualitativa a ser utilizada, optou-se por referenciar principalmente pesquisadores qualitativistas da área da saúde, pois estes propõem a incorporação de algumas alterações às técnicas já utilizadas por pesquisadores da área das ciências humanas. Esta opção se deve ao fato de, no processo educacional na área da saúde, o atendimento clínico de pacientes ser realizado como parte integrante desse processo. Assim, não se pode descartar a influência do dia-a-dia do *setting* da saúde no aprendizado de alunos de Odontologia, Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e outros.

De acordo com Turato (2000, 2003), a metodologia clínico-qualitativa é o estudo teórico de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os *sentidos* e os *significados* atribuídos a

fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos, sejam pacientes ou qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde.

4.3.1 Definição da amostra e coleta dos dados

A amostra consistiu em dados quantitativos e qualitativos contidos:

- no projeto pedagógico da FOU SP;
- nos programas das disciplinas obrigatórias da graduação;
- em informações sobre as disciplinas contidas no *site* da FOU SP;
- em informações referentes à pós-graduação contidas no *site* da CAPES em

sua avaliação trienal disponibilizada em 2007 e referente ao triênio 2004-2006.

Além disso, foram obtidas informações a partir da coleta de dados por meio de observação-participante. Para isso, minha participação se deu desde o início de 2007 até 2009 nas seguintes atividades:

- na oficina realizada pela ABENO na FOU SP em 2006;
- nas oficinas realizadas durante as reuniões da ABENO de 2007 e 2008;
- nos aspectos administrativos do projeto de reestruturação curricular do curso

(Pró-saúde);

- nos seminários propostos em razão do Pró-saúde;
- na oficina realizada com 76 docentes da FOU SP como parte das discussões

acerca da reestruturação do ensino da clínica;

- como estagiária nas disciplinas de Bioética e Clínica Ampliada de Promoção

da Saúde oferecidas aos alunos do primeiro ano da graduação.

A amostra referente às entrevistas de professores universitários de Odontologia da FOU SP consistiu de docentes de disciplinas que representassem os diversos Departamentos da Instituição. Para isso, selecionou-se a técnica de amostragem teórica, ou seja, tratou-se de amostra intencional, em que o número de entrevistas foi determinado pelo fato de se ter material suficiente para a análise e realização do estudo (conforme o princípio da adequação) (MORSE; FIELD, 1995). Além disso, a seleção dos participantes se deu segundo o princípio de apropriação da amostra, ou seja, foram identificados os participantes que poderiam oferecer maior riqueza de informação de acordo com os requisitos do estudo (MORSE; FIELD, 1995).

As entrevistas com os docentes visaram a resgatar de suas experiências aspectos positivos no que concerne à construção de um quadro de valores adequado para os alunos e que assim culmine com o atendimento clínico que respeite a dignidade do paciente.

As entrevistas foram realizadas na própria Universidade, a fim de favorecer a “recordação” dos sujeitos da pesquisa sobre fatos que pudessem ter acontecido em suas experiências e que seriam importantes para o objeto deste estudo.

Nas entrevistas não-estruturadas (ou não dirigidas) o pesquisador não pode controlar variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais dos entrevistados (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006). As entrevistas não-estruturadas visam, a partir de uma pergunta-guia, deixar os depoentes livres para relatar suas experiências.

Assim, as perguntas-guias foram:

- “como iniciou sua atividade como docente?”
- “em sua experiência, como você contribui para a formação do aluno?”,

- “quais os fatores facilitam e quais dificultam o exercício de sua atividade como docente?”,

- “quais as estratégias de ensino são seguidas em sua disciplina?”.

Buscou-se resgatar, em seus discursos, se esses professores preocupam-se com a formação integral do aluno, incorporando a formação humanística, ética e social em suas aulas, ou se a disciplina ministrada restringe-se à formação técnica do aluno. Contudo, essas perguntas não foram feitas de forma direta; a intenção foi deixar aflorar as respostas em seus discursos.

Foi solicitado que o docente discorresse sobre sua experiência como professor, e apontasse relatos positivos que tenha experienciado ao longo de sua vida, na busca de apreender aspectos positivos que possam ser incorporados a outros cursos. Para isso, foi solicitado que falasse sobre suas experiências anteriores.

As entrevistas tiveram caráter exploratório e de assimetria, ou seja, a pesquisadora guiou a entrevista com rigor metodológico e permitiu ao sujeito da pesquisa fazer considerações ilimitadas e associações de ideias. A fim de transformar o que poderia se tornar uma mera conversa em um momento de apreensão de informações relevantes ao estudo, o pesquisador teve de ter o comando da pesquisa (princípio de assimetria) (MORSE; FIELD, 1995; RICHARDS; MORSE, 2007).

A fim de preservar a identidade dos participantes, na transcrição de seus discursos eles não foram identificados. Além disso, nos casos em que seria possível identificá-los em alguma parte de seu discurso (como no caso de ele citar o nome de sua disciplina) o trecho foi excluído da análise.

A *aculturação*, desejada dos pesquisadores qualitativistas (tanto antropólogos quando imergem em uma cultura, quanto profissionais da saúde quando buscam se familiarizar com uma doença que pretendem estudar ou um educador quando visa à conhecer um ambiente de aprendizagem), é nesse caso representada pelo fato de a pesquisadora também ser professora universitária e, portanto, estar familiarizada com o contexto a ser estudado.

A *calibração* da pesquisadora foi realizada por meio da realização de uma primeira entrevista com um dos docentes da instituição. Dessa forma, pretendeu-se avaliar o “próprio comportamento no campo, ‘calibrando’ a si mesmo enquanto *pesquisador-como instrumento* e reduzindo as ansiedades (normais) neste particular setting de pesquisa” (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

A amostra referente à análise da estratégia pedagógica adotada pela disciplina de Bioética – visitas supervisionadas às clínicas da FOU SP – consistiu no exame do relato de 130 alunos (postados nos fóruns de discussão da plataforma Moodle, adotado pela disciplina como ferramenta complementar ao ensino) sobre a percepção deles a respeito da atividade.

4.3.2 Triangulação

A intenção da triangulação em uma pesquisa qualitativa é enriquecer a perspectiva que o pesquisador tem do fenômeno estudado. Para isso, propõe-se que os dados sejam coletados de mais de uma maneira, que sejam analisados por

meio de mais de uma abordagem, ou que sejam analisados por mais de um pesquisador (MORSE; FIELD, 1995; PATTON, 1999).

Neste estudo, optou-se por fazer a triangulação por meio da soma de diversas formas de coleta dos dados, ou seja, pela análise documental, pela observação-participante, pela realização de entrevistas, e pela soma de métodos de análise, visto que estes foram analisados por meio da etnografia e da análise de conteúdo temática.

Não é intuito de uma pesquisa qualitativa a generalização dos resultados, ao contrário, o que se busca é a compreensão do significado dos fenômenos estudados. Por essa razão, a confiabilidade dos resultados deve ser substituída pela plausibilidade dos mesmos, ou seja, a validade de um instrumento de coleta de dados refere-se à sua capacidade de revelar a verdade, permitindo emergir conteúdos que espelham a realidade. Se os resultados obtidos pelos pesquisadores forem admitidos e aceitos pela comunidade científica, então o estudo gozará de plausibilidade e os resultados poderão ser aplicados a outros locais de estudo (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

Ademais, a validade dos dados foi feita, em um primeiro momento, pelos próprios entrevistados que deveriam se “reconhecer” nas entrevistas (BACKES et al., 2007).

4.4 Análise do material

Para a análise do material coletado (tanto documental, quanto da observação-participante e das entrevistas), partiu-se, como pressuposto teórico, da busca do realismo, da razoabilidade, e da moralidade (GIUSSANI, 1988; SILVA, 1989).

O realismo implica o conhecimento de todos os aspectos da realidade, ou seja, “não devemos privilegiar um esquema que já se tenha em mente em detrimento de uma observação global, apaixonada e que insista no fato, no acontecimento real” (GIUSSANI, 1988, p.16).

A razoabilidade é a capacidade de captar a verdade, entendida como a totalidade das razões das coisas. É conhecer o significado de uma coisa, conhecer todas as razões. O método de conhecimento então é a descrição da razoabilidade no relacionamento com o objeto. Assim, o método estabelece os motivos adequados para com os quais dar passos em direção ao conhecimento do objeto (SILVA, 1989).

A moralidade é o comprometimento do sujeito que procura conhecer com a realidade a ser conhecida.

Assim, a partir desses pressupostos teóricos, foi construída toda a análise deste estudo.

4.4.1 Etnografia

A etnografia vem sendo utilizada pelos antropólogos há vários anos. A imersão do pesquisador em determinado ambiente pretende favorecer a descrição holística e reflexiva das características de certo grupo. Visa abordar o desenvolvimento de conceitos e o entendimento dos comportamentos humanos (MORSE; FIELD, 1995).

A etnografia responde a questões observacionais como: “quais são os padrões de comportamento desse grupo?” e descritivas sobre valores, crenças e práticas de um grupo, como: “o que está acontecendo aqui?” (RICHARDS; MORSE, 2007).

Esse método qualitativo de análise permite a descrição dos fatos, nesse caso, o modelo pedagógico, a realidade de como o curso de Odontologia é atualmente ministrado.

O material documental e os registros obtidos pela observação-participante foram analisados por meio da etnografia.

4.4.2 Análise de conteúdo temática

Para a análise das entrevistas, estas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As transcrições mantiveram as interrupções e a linguagem do entrevistado, a fim de reduzir a interferência da pesquisadora e para

facilitar a posterior análise do material em virtude de favorecer a “lembrança” da entrevista e assim facilitar a análise da linguagem não-verbal.

As entrevistas, que buscam resgatar a experiência de vida dos professores, bem como os relatos dos alunos, foram analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2009).

Em uma primeira etapa, denominada pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do material. Na sequência, foi feita a exploração do material e, conforme os temas emergiam, foram estabelecidas categorias de análise. Cada entrevista foi analisada na íntegra e somente após essa análise foram feitas comparações entre cada uma delas. Da mesma maneira procedeu-se em relação aos relatos dos alunos.

Seguiu-se a fase de interpretação dos resultados obtidos que estão detalhados no capítulo Discussão.

5 RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos resultados, neste capítulo serão apresentados os dados quantitativos que foram obtidos mediante análise documental para compor a análise etnográfica.

Os dados apresentados neste capítulo foram obtidos a partir da análise do projeto pedagógico, de dados relativos ao corpo docente disponibilizados em seus currículos cadastrados na Plataforma Lattes e dados referentes à pós-graduação disponibilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Estes dados visam a descrever os cursos, diurno e noturno, da FOU SP, objetos deste estudo.

No capítulo “Discussão” serão apresentados os resultados qualitativos obtidos: mediante análise documental do projeto pedagógico e das ementas e cronogramas das disciplinas; dados obtidos pela análise das entrevistas com os docentes; dados obtidos por meio de observação-participante, que inclui a análise das atividades vinculadas ao projeto de reestruturação curricular, dentre as quais a oficina realizada durante o 4º. Encontro de Professores da FOU SP (realizada em junho de 2009), em que participaram 76 docentes, das atividades promovidas pela ABENO, além da análise dos relatos de 130 alunos da disciplina de Bioética sobre as atividades práticas realizadas pela disciplina. A análise foi realizada por meio da etnografia e da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (BARDIN, 2009).

5.1 Caracterização da FOUSP

A FOUSP, em 2009, está constituída por 152 docentes distribuídos em sete departamentos:

- Biomateriais e Bioquímica Oral
- Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF)
- Estomatologia
- Dentística
- Odontopediatria e Ortodontia
- Prótese
- Odontologia Social

Nos cursos, diurno e noturno, ingressam a cada ano 83 e 50 alunos, respectivamente, conforme Gráfico 5.1 que representa também o número de alunos que cursam a graduação por ano letivo.

Gráfico 5.1 - Número de ingressantes e total de alunos por ano, segundo o curso - diurno ou noturno. FOUSP, 2009

A cada um desses departamentos vinculam-se os docentes e as disciplinas obrigatórias e opcionais oferecidas aos alunos de graduação. Neste estudo, restringiu-se a análise às disciplinas obrigatórias.

O Gráfico 5.2 apresenta a relação entre o número de docentes e o número de créditos em disciplinas obrigatórias na graduação por Departamento. Cada crédito corresponde a 15 horas/aula.

Gráfico 5.2 - Número de docentes e de créditos em disciplinas obrigatórias na graduação segundo o Departamento. FOU SP, 2009

5.2 Caracterização do corpo docente

As informações seguintes, descritas nos Gráficos 5.3 a 5.10, referentes ao ano de formatura e de contratação dos docentes, correspondem àquelas obtidas nos currículos cadastrados na Plataforma Lattes.

Para facilitar a visualização dos resultados, agruparam-se os anos em triênios.

Gráfico 5.3 - Número de docentes em atuação segundo o ano de formatura e de contratação. FOUSP, 2009.

Gráfico 5.4 - Número de docentes em atuação segundo ano de formatura e de contratação.
Departamento de Dentística. FOU SP, 2009

Gráfico 5.5 - Número de docentes em atuação segundo o ano de formatura e de contratação.
Departamento de CTBMF. FOU SP, 2009

Gráfico 5.6 - Número de docentes em atuação por anos de formatura e de contratação.
Departamento de Estomatologia. FOUSP, 2009

Gráfico 5.7 - Número de docentes em atuação por ano de formatura e de contratação.
Departamento de Biomateriais e Bioquímica Oral. FOUSP, 2009

Gráfico 5.8 - Número de docentes em atuação segundo o ano de formatura e de contratação. Departamento de Ortodontia e Odontopediatria. FOU SP, 2009

Gráfico 5.9 - Número de docentes em atuação segundo o ano de formatura e de contratação. Departamento de Prótese. FOU SP, 2009

Gráfico 5.10 - Número de docentes em atuação segundo o ano de formatura e de contratação.
Departamento de Odontologia Social. FOU SP, 2009

5.3 Caracterização da Pós-graduação

A FOU SP possui seis programas de pós-graduação recomendados pela Capes, dos quais um (Ciências Odontológicas) subdivide-se em oito áreas de concentração (dados de 2008).

Os dados apresentados na Tabela 5.1 e no Gráfico 5.11 referem-se à pós-graduação.

Tabela 5.1 – Distribuição de frequência de docentes e discentes matriculados (mestrado ou doutorado), segundo o programa de pós-graduação e seu conceito. FOU SP, 2009

Programa de pós-graduação	Área de concentração	Conceito	Nº de docentes cadastrados na área de concentração	Nº de discentes matriculados		
				mestr	doutor	total
Dentística	-	5	14	14	18	32
Diagnóstico bucal: Radio. e Semio.	-	4	13	7	18	25
Materiais dentários	-	5	14	7	21	28
Patologia bucal	-	5	12	16	26	42
Prótese bucomaxilofacial	-	3	3	7	0	7
Ciências Odontológicas	CBMF	4	6	9	8	17
	Clínica integrada		9	7	4	11
	Endodontia		13	14	19	33
	Odonto. social		9	19	16	35
	Odontopediatria		8	4	10	14
	Ortodontia		7	4	6	10
	Periodontia		6	11	16	27
	Prótese		8	17	8	25
total	-	-	122	136	170	306

Fonte: Dados disponíveis no site da pós-graduação (acesso em 16/02/2009).

Obs.: O mesmo docente pode estar cadastrado em mais de uma área de concentração ou em mais de um programa.

O Gráfico 5.11 apresenta dados disponibilizados pela Capes em sua avaliação trienal publicada em 2007 (triênio 2004-2006) relativamente ao número de docentes permanentes cadastrados nos programas de pós-graduação e ao número de alunos titulados no período de avaliação.

Gráfico 5.11 - Dados referentes aos programas de pós-graduação da FOU SP: número de docentes permanentes, número de mestres e doutores titulados na avaliação do triênio de 2004-2006. CAPES, 2007

Fonte: página eletrônica da Capes (www.capes.gov.br. Acesso em 23 de março de 2009)

*Não há informação sobre o número de pós-graduandos titulados no triênio no Programa de Patologia bucal.

6 DISCUSSÃO

A atenção às pessoas, paciente e aluno, objetivo da Odontologia e do ensino superior em Odontologia, presume a necessidade de reconhecer o outro, de se relacionar com ele de forma a lhe oferecer aquilo que ele merece receber. Para isso, propõe-se que se parta, como fundamento ético, do reconhecimento das pessoas como seres únicos e constituídos de uma totalidade de aspectos – biológicos, sociais, psíquicos e espirituais –, enfim como pessoas dotadas de uma dignidade que torna cada uma merecedora de atenção.

Para compreender essa necessária atenção, este capítulo discute o significado da reestruturação curricular da FOU SP, bem como da contribuição do docente para a formação integral do aluno e da Bioética, a fim de que essa atenção possibilite a abordagem integral do processo saúde-doença e que, conseqüentemente, promova o respeito à dignidade do paciente.

Para facilitar o entendimento dos aspectos envolvidos neste capítulo, optou-se por dividi-lo em itens.

6.1 O Sistema Único de Saúde

O movimento conhecido como Reforma Sanitária, ancorado em batalhas populares contra o Regime Militar ditatorial e mantido por diferentes segmentos sociais, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e

contribuiu para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil pela Constituição de 1988. Segundo o SUS, a saúde não mais se divide entre saúde pública e seguridade social, e é definida como um direito de todos não mais restrito aos trabalhadores formalmente empregados (JUNQUEIRA; PANUTTI; RODE, 2008).

A atenção às necessidades das pessoas, não é apenas um direito constitucional, mas o próprio objeto da saúde. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser centrada nas pessoas, único motivo para ordenar serviços de atenção e instituição de formação de profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Reforma Sanitária foi também influenciada pela proposta mundial de Promoção da Saúde, concebida para ir além dos limites do setor saúde ao reconhecer os determinantes sociais da saúde e que também estimula a participação social como firmado pela Declaração de Alma-Ata em 1978 e pela Carta de Ottawa em 1986 (JUNQUEIRA; PANUTTI; RODE, 2008).

A partir da década de 1990, incorpora-se, como política de atenção à saúde das pessoas, o Programa Saúde da Família (PSF), que incentiva a atenção básica. As equipes de saúde no PSF, inicialmente incorporaram, além do médico, a equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem), além dos agentes comunitários – representantes dos usuários daquela comunidade.

A inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde da família surge como forma de ampliar o acesso da população à saúde bucal, visto que a Política Nacional de Saúde Bucal estabeleceu como prioridade o Programa de Saúde da Família (PUCCA JR, 2006).

Dos princípios norteadores do SUS – a universalidade de acesso, a equidade na distribuição dos serviços de saúde e a integralidade da atenção – este último é foco deste estudo.

6.1.1 O princípio da integralidade e a abordagem integral do processo saúde/doença

A integralidade da atenção à saúde deve ser o eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área. Assim, é tarefa do setor da saúde contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SILVA; SENA, 2006, 2008).

Segundo o paradigma da integralidade, o foco da atenção deve ser na saúde (e não na doença), o papel do aluno no processo de ensino-aprendizagem deve ser ativo, as atividades práticas devem ocorrer no sistema de saúde (COSTA, 2007).

Como a saúde comporta diversas dimensões, sua atenção integral requer a atuação de diversos profissionais, com necessidade de integração. Não se espera formar superprofissionais, mas profissionais capacitados a interagir em benefício da pessoa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Quando a pessoa é reconhecida como unidade e totalidade, ou seja, de forma integral, em todas as suas dimensões (física, psíquica, social e espiritual) e como ser único e diferente, e a saúde não é concebida como mercadoria, a atenção às necessidades das pessoas torna-se o próprio objeto da saúde.

O conceito de integralidade aproxima as pessoas que cuidam da dignidade daquele que é cuidado, uma vez que ressalta as diversas dimensões do cuidado. Sem que a integralidade seja observada, haverá a tendência de se buscarem respostas às necessidades biológicas, que restringem a compreensão da pessoa humana.

6.2 A formação do graduando em Odontologia

Influenciados pelos relatórios Flexner e Gies, os cursos de Odontologia constituíram-se segundo o modelo biomédico, que privilegia o estudo das doenças, fragmenta o ensino em especialidades e assim enfatiza a formação técnica em detrimento da formação humanística e ética (BOELEN, 2002; HADDAD; MORITA, 2006). Para Perez (2004), esse modelo reduziu o ser humano ao seu organismo biológico, levando os profissionais a serem vistos como simples prestadores de serviços.

Se por um lado esse modelo favorece o desenvolvimento de materiais e técnicas, por outro traz o desafio de combinar esses avanços com as necessidades das pessoas, das sociedades e com seus valores morais. Os conteúdos, fragmentados ao longo do curso, tentam ser resgatados ao final da graduação nas disciplinas de Clínica Integrada ou nos internatos.

No Brasil, a reforma universitária de 1968, dentre outras características, estimulou a divisão dos cursos de graduação em ciclo básico e ciclo profissionalizante; incentivou a criação da extensão como forma de aproximar a universidade da sociedade; criou os departamentos como menor área administrativa da universidade e ressaltou o papel da universidade na produção do conhecimento, tornando indissociável o ensino, a pesquisa e a extensão (FÁVERO, 2006; MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007).

O Curso de Odontologia surgiu em duas vertentes: a europeia, em que se torna uma especialidade do Curso de Medicina e a Americana que transformou a Odontologia em um curso separado da Medicina em 1840. Esse modelo americano

foi seguido pelo Brasil, com o estabelecimento em 23 de outubro de 1884, do primeiro curso de Odontologia, em anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (FOUSP, 2007).

No Brasil, de 1995 a 2003 houve uma expansão no número de vagas em cursos de Odontologia de 95,6%. Além disso, o crescimento é caracterizado pela privatização do ensino, com 68,8% de instituições privadas (OLIVEIRA et al., 2006; HADDAD et al., 2006).

Esta expansão se observa nos cursos de graduação das diversas áreas do conhecimento, pois expressa a ampliação do próprio ensino superior (BRASIL, 2007).

Nos cursos de Odontologia, de acordo com o censo do INEP, foram oferecidas, em 2007, 16.141 vagas e houve 10.806 ingressantes (BRASIL, 2007).

Por outro lado, a taxa de crescimento no número de concluintes em Odontologia entre 1996 e 2007 foi de 20,27%, enquanto a taxa de crescimento da população brasileira no mesmo período foi de 17,13%, conforme Quadro 6.1:

	concluintes Odontologia	população brasileira
1996	6.956	157.070.163
2007	8.366	183.987.291
Taxa de crescimento	20,27%	17,13%

Fonte: INEP e IBGE

Quadro 6.1 – Comparação entre o número de concluintes em Odontologia e a população brasileira em 1996 e 2007

Esses dados indicam que, apesar de ser frequente a justificativa de que uma das causas das modificações do mercado de trabalho em Odontologia e que

caracterizariam uma “crise” é o número excessivo de profissionais formados a cada ano, talvez essa não seja a justificativa suficiente e nem a mais adequada.

É verdade que houve um aumento no número de IES que têm cursos de Odontologia, bem como de vagas disponíveis, mas há muitas vagas ociosas.

O descompasso entre a forma idealizada de exercício profissional – prática privada e autônoma, com consequente oferta de serviços inacessíveis para a maior parte da população – e a realidade do mercado de trabalho poderia ser uma explicação mais plausível para a “crise da Odontologia”.

Esse descompasso exige mudanças nas universidades que decorrem da organização do mundo do trabalho em saúde, das exigências em relação ao perfil dos profissionais, dos desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou pela necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores de conhecimento no mundo atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No Brasil, essa preocupação com o imperativo de responder às necessidades da população levou ao estabelecimento de diretrizes curriculares para todos os cursos da área da saúde nos anos 2001 e 2002.

Na Europa, também se iniciou um processo de mudanças curriculares. Em 1999, estabeleceu-se o tratado de Bologna que visa à unificação do ensino superior europeu em razão da criação da Comunidade Comum Europeia, mantendo a diversidade entre os países e facilitando a mobilidade, a transferência, a colaboração interinstitucional e a qualidade do ensino (SANZ, 2003).

Na educação odontológica norte-americana, em 1995, Field salientava que a atenção integral ainda era mais um ideal do que uma realidade e que se baseava fortemente nos procedimentos e não no cuidado ao paciente.

As mudanças curriculares nos Estados Unidos requerem que os princípios norteadores da educação odontológica sejam: o pensamento crítico, a educação continuada, o desenvolvimento humanístico, a descoberta científica e a integração do conhecimento, a atenção odontológica baseada em evidências, o desenvolvimento do corpo docente e da equipe de saúde, a fim de atingir as necessidades da sociedade (KASSEBAUM et al., 2004; HENDRICSON et al., 2006).

6.2.1 Caracterização do objeto de estudo: a FOUSP

O curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) foi criado em 12 de outubro de 1898, sob a designação de Faculdade de Farmácia e Odontologia, e incorporado à Universidade de São Paulo em 1934, quando de sua criação. A FOUSP ministra dois cursos de Odontologia: integral, com duração de nove semestres e noturno, com duração de 12 semestres. Os dois cursos oferecidos possuem carga horária total de 5.265 horas (FOUSP, 2007).

Desde a Reforma Universitária de 1968 até os dias atuais, a estrutura curricular dos cursos diurno e noturno da FOUSP sofreu poucas modificações: o ciclo básico (que corresponde a 25% da carga horária total do curso) é ministrado pelos Institutos de Ciências Biomédicas, de Química, de Biociências e de Psicologia. Os ciclos profissionalizantes, laboratorial e clínico, são ministrados pela FOUSP.

A FOUSP é um grande pólo formador de cirurgiões-dentistas – são cerca de 130 egressos por ano como descrito no Gráfico 5.1. No somatório de sua história, já formou mais de 8.000 cirurgiões-dentistas (FOUSP, 2007).

Ademais, a FOUSP é um grande pólo formador de professores, visto que em seus programas de pós-graduação *stricto sensu*, mestrado e doutorado, ingressam cerca de 100 alunos por ano. Desde a implantação do primeiro programa de pós-graduação na FOUSP, no início dos anos 1970, foram qualificados, entre mestres e doutores, cerca de 1.800 cirurgiões-dentistas. Estes compõem os quadros docentes de muitas Instituições públicas e privadas do estado, bem como de outras instituições de todo o Brasil.

A importância da FOUSP no âmbito da graduação e da pós-graduação em Odontologia, somada ao fato de participar do Programa Nacional de Reorientação da Formação Superior em Saúde (Pró-saúde), incentivado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), justifica sua escolha como objeto deste estudo.

Para aprofundar o conhecimento sobre a instituição nesse momento de reestruturação curricular e assim poder analisar os elementos que contribuem para a formação do aluno, realizou-se inicialmente uma pesquisa qualitativa por meio de análise etnográfica.

Para realizar essa análise, a coleta de dados consistiu em observação-participante (com minha imersão durante três anos na instituição), análise documental, análise de atividades programadas para os docentes da FOUSP em razão da participação no Pró-saúde e análise de entrevistas com docentes do curso. Somada a essa análise, realizou-se análise do projeto pedagógico, das ementas das disciplinas e das entrevistas com os docentes por meio da análise de conteúdo

temática (BARDIN, 2009), a fim de compreender o significado da contribuição da experiência de vida dos docentes para a formação do aluno.

A análise etnográfica advém dos estudos antropológicos sobre pequenas comunidades que compartilham culturas específicas. Recentemente sua contribuição para os estudos em educação e em saúde tem sido evidenciada, porque ela permite uma análise aprofundada do objeto de estudo, no contexto em que as situações ocorrem, sobretudo na forma como são compartilhadas crenças e práticas (SAVAGE, 2000; RICHARDS; MORSE, 2007).

A cultura, conforme proposto pelo antropólogo Edward Burnett Tylor, são os valores, as normas, as crenças, os padrões de comportamento, as atitudes que são compartilhadas por um grupo, e que guiam o comportamento desse grupo e o identifica, unindo o passado, o presente e o futuro.

Na análise etnográfica, utilizam-se dados quantitativos e qualitativos que foram levantados para a realização deste estudo, a fim de descrever os cursos diurno e noturno da FOU SP.

Para apresentar as características culturais do curso de Odontologia, como as crenças e as práticas compartilhadas, com foco no ensino de aspectos sociais, humanísticos e/ou éticos pelas disciplinas, realizou-se, inicialmente, a análise qualitativa das ementas das 35 disciplinas obrigatórias oferecidas pelo curso. Os resultados desta análise estão apresentados no Quadro 6.2.

Foram apresentadas neste quadro apenas as disciplinas cuja ementa faz alguma alusão à formação humanística, ética ou social pretendida do aluno. As disciplinas que não estão neste quadro são aquelas que indicam apenas aspectos relacionados à formação técnica do aluno.

Período letivo		Discipl.	c.h.	Programa da disciplina
Diurno	Not.			
1º e 2º	1º e 2º	Clínica ampliada de promoção da saúde	6h	“... formação de uma mentalidade na prática assistencial pautada nos princípios da cidadania, no reconhecimento da autonomia dos usuários, na interação com a população e com a equipe de saúde, na busca de soluções para os problemas identificados e no envolvimento com os resultados da assistência...”
2º	2º	Bioética	3h	“... refletindo sobre quais os valores em jogo e por quais caminhos concretos se pode encontrar uma linha de conduta sem modificar esses valores frente as responsabilidades morais com as pessoas, a sociedade e a natureza...”
2º	2	Ciências sociais em saúde	4h	“explorar o reconhecimento da dimensão social dos agravos à saúde...”
3º	3	Psicologia	2h	“Situar a contribuição da Psicologia para a compreensão das relações humanas...”
4	5	Patologia bucal	8h	“Estudar os vários aspectos dos desvios da saúde bucal e sua repercussão sobre a saúde geral, de modo a permitir o seu conhecimento e apreciar a sua evolução na prática profissional”*
4 e 5	7 e 8	Prótese total I e II	18h	“Visa preparar o aluno a lidar com a condição de edentulismo do ser humano, permitindo uma avaliação global com o fim do adequado planejamento terapêutico...”*
5º e 6º	5º e 6º	Saúde coletiva	8h	“conceitos básicos de epidemiologia, planejamento e organização de serviços de saúde, identificando os principais problemas coletivos de saúde bucal, enfatizado os métodos preventivos e as possibilidades de sua aplicação a grupos populacionais e, ainda, através de atividades de campo ...”
5 e 6	6 e 7	Radiologia I e II	12h	“O perfil do profissional a ser formado é generalista, estando evidenciados de forma marcante: Compromisso com a saúde; Compromisso com a atualização; Capacidade de comunicação, liderança e gerenciamento; Compromisso com a ética e a cidadania; Integração curricular.”**

(continua...)

Conclusão

Período letivo		Discipl.	c.h.	Programa da disciplina
Diurno	Not.			
5º	6º	Estomatologia clínica	6h	“Ressaltar (...) a importância da avaliação global do paciente, como um complexo bio-psico-social. Desenvolver o comportamento para uma adequada relação paciente/profissional com consciência de um profissional da área de saúde que deve procurar a melhoria de qualidade de vida do seu semelhante, procurando nestes contactos a melhor qualidade sua”
6º	7º	Anestesiologia aplicada à clínica odontológica	1h	“Dar ao aluno a compreensão da importância do controle da dor durante o tratamento odontológico...”
6º e 7º	8º e 9º	Endodontia	16h	“...desenvolver uma relação humana com o paciente, ressaltando os aspectos éticos, de respeito e compreensão.”
7º	10º	Dentística restauradora II	8h	“... Atenção especial será dada para o respeito aos princípios éticos, diagnóstico do estado bucal geral do paciente, aplicando conhecimentos previamente adquiridos em disciplinas básicas e correlatas, com vistas à promoção da saúde.”
8º e 9º	11º e 12º	Clínica Integrada	8h	“Estabelecer, no planejamento de uma reabilitação bucal, a ordem de preferência da Terapêutica e a seleção de um planejamento de tratamento global adequado para as condições sócio-econômicas da comunidade”
8º e 9º	11º e 12º	Odontopediatria	13h	“Enfatizar a Odontopediatria não como uma especialidade, mas sim como uma necessidade da conjuntura de saúde bucal da população”
8º	8º	Deontologia	4h	“A Disciplina visa a fornecer aos alunos, conhecimentos sobre os aspectos morais, sociais e legais do exercício da Odontologia.”
		Estágios vivenciais	1h	“Instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social, econômica e do trabalho de sua área/curso”

*No cronograma dessas disciplinas estão descritos apenas aspectos técnicos, em desacordo com o programa.

No programa das disciplinas que não estão apresentadas no quadro, foram encontradas apenas referências ao ensino de aspectos técnicos da Odontologia.

Quadro 6.2 - Programa das disciplinas cuja ementa refere uma preocupação com aspectos humanísticos, sociais e/ou éticos da formação do graduando. FOUSSP, 2008

A análise dos programas das disciplinas permite identificar que as disciplinas do Departamento de Odontologia Social têm evidentemente a preocupação com a formação humanística, social e ética dos alunos. No entanto, verifica-se que disciplinas clínicas, como Anestesiologia, Endodontia, Dentística Restauradora II, Estomatologia Clínica, Odontopediatria e Clínica Integrada incorporaram em seus programas essa preocupação, como sugerem as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Por outro lado, há disciplinas que referem, em seus objetivos, a preocupação com a formação humanística do aluno em conformidade com as DCN, mas a análise de seus conteúdos programáticos e da metodologia de ensino utilizada sugere que apenas aspectos técnicos são ministrados.

As DCN estabelecem que as instituições de ensino de Odontologia devam incorporar em seus projetos pedagógicos a preocupação com a formação de um profissional que esteja bem capacitado para o exercício profissional não somente tecnicamente, mas também no âmbito humanístico (BRASIL, 2002).

Assim, ressalta-se nas DCN que o curso deverá capacitar o aluno a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, aspectos destacados pelo Relatório Delors, e que extrapolam a formação técnica (DELORS, 1999).

Diante das informações contidas nos programas das disciplinas obrigatórias da FOU SP, revela-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a necessidade de todas as disciplinas incorporarem essa preocupação, caso contrário, a formação técnica do aluno continuará a prevalecer, visto que apenas algumas disciplinas clínicas incorporaram essa preocupação em consonância com as DCN.

6.2.2 Caracterização do corpo docente da FOU SP

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, a relação número de docentes/número de créditos em disciplinas obrigatórias na graduação é muito desproporcional.

Alguns Departamentos, como o de Odontopediatria e Ortodontia, o de Estomatologia e o de Biomateriais e Bioquímica Oral, apresentam uma relação próxima de 1, o que sugere que os docentes são mais bem distribuídos entre as atividades da Universidade – graduação, pós-graduação e extensão – e provavelmente têm mais tempo para exercer outras atividades além da graduação, como as relativas à pós-graduação e à extensão.

Por outro lado, no Departamento de Odontologia Social em que são ministradas 07 disciplinas obrigatórias (que correspondem a 37 créditos), em que há grande diversidade temática, há 11 docentes.

No Departamento de Prótese, há um número reduzido de docentes em relação ao número de créditos, mas há 03 disciplinas obrigatórias, cada uma delas com um grande número de créditos.

Ressalte-se que aos docentes cabem também atividades administrativas como a participação em diversas comissões, conforme relato a seguir:

“Temos atividades que são inerentes à Universidade como a participação em comissões que demandam um tempo de que a gente também não dispõe, ou dispõe, mas com isso deixa de fazer outras coisas... a gente se repete muitas vezes nessas comissões. Então eu sou membro da comissão, suplente na outra, e quando

a gente vê você tem reuniões, duas três reuniões mensais no mínimo para você participar dessas comissões, que são importantes para a atividade docente para a integração, mas que também de alguma forma você tem que racionalizar melhor o tempo e o trabalho para conseguir cumprir essas atividades”. (docente)

Há que se salientar que as disciplinas clínicas e laboratoriais demandam uma relação maior docente/aluno; entretanto, disciplinas teóricas que utilizam metodologias ativas de aprendizagem exigem relação docente/aluno mais equilibrada, visto que essas atividades requerem que as atividades sejam desenvolvidas em pequenos grupos de alunos.

A análise dos Gráficos 5.3 a 5.10 indica que, em alguns Departamentos da FOU SP, como o de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) e o de Prótese, o corpo docente corresponde a docentes contratados há mais de 20 anos.

Muitos docentes desses e de outros Departamentos iniciaram sua atividade profissional antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988 e do advento do SUS, o que poderia explicar as dificuldades encontradas para modificar a estrutura curricular segundo os critérios indicados nas DCN.

O modelo de ensino adotado nesta instituição (semelhante ao da maioria das instituições do país de Odontologia e de outros cursos da área da saúde) está vigente há décadas. Esse fato pode explicar a dificuldade de compreensão das razões que tornam importantes as mudanças curriculares propostas pelas DCN, concorde com estudo de Secco e Pereira (2004a,b), em que os coordenadores julgaram que seus cursos formam profissionais preparados para atuar no mercado de trabalho, o que revela que a população estudada (coordenadores) deve ser sensibilizada para a necessidade de mudanças.

Segundo Costa (2007), a prática docente em Medicina tem se mostrado resistente a mudanças, sobretudo no que se refere às metodologias de ensino-aprendizagem, e os fatores limitantes dessas mudanças são: a desvalorização das atividades de ensino, a supremacia da pesquisa e a falta de profissionalização docente. É imprescindível que haja domínio no campo pedagógico e no exercício da dimensão política da docência universitária, ou seja, na visão de educação, de homem e de mundo do professor. Identifica também o individualismo da ação docente, que leva à tendência de se desenvolver o domínio técnico da docência (COSTA, 2007).

6.2.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais e as mudanças curriculares

As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para os cursos da área da saúde (em 2001 e 2002) definem que é necessário que o egresso seja um profissional capacitado também nos aspectos éticos/bioéticos, humanistas e de cidadania e não apenas nos aspectos técnicos, característicos do modelo biomédico.

Essas Diretrizes refletem um espírito de mudanças que tem início com a Reforma Sanitária e com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabelece a “saúde como um direito de todos” (BRASIL, 1988), bem como com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 que exclui o “currículo mínimo”.

Partindo dessas diretrizes, e como forma de incentivar esse processo de mudança, o Governo Federal brasileiro implantou programas que visam a apoiar as

universidades que se dispuserem a alterar seus currículos em direção às propostas de aproximação da formação em saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre esses programas, salientam-se o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde) e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), ambos firmados em parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2005).

Entretanto, mesmo antes da implantação das DCN algumas instituições já haviam modificado seus currículos, como o exemplo do internato rural implantado em 1992 nos cursos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (SANTAROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007), da reestruturação do curso com a criação das clínicas divididas em graus crescentes de complexidade na Universidade Estadual de Maringá (TERADA; NAKAMA, 2004) e da reforma curricular promovida pela Faculdade de Medicina de Marília que em 1997 estabeleceu que o currículo deveria ser centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade (LIMA, KOMATSU, PADILHA, 2003).

As DCN definem competências gerais para os cursos da área da saúde que incluem o desenvolvimento de competências para a tomada de decisões, a capacidade de comunicação, a capacidade de gerenciamento, a capacidade para aprender a aprender, de estar apto a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo (FEUERWERKER, 2003).

Na busca de reorientar a formação, deve-se estimular a atuação interdisciplinar multiprofissional, deslocando o eixo da formação centrada na assistência individual, para um processo de formação contextualizado, que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da população a fim de capacitar os profissionais a enfrentar os problemas do processo saúde-doença da

população. Campos et al. (2001) definiram um sistema de avaliação radial, a fim de avaliar o grau de aproximação (ou distanciamento) da Instituição de Ensino em relação ao SUS. Esse sistema de avaliação inclui a orientação teórica predominante na instituição de ensino, a abordagem pedagógica e os cenários de prática adotados por ela. Esse instrumento de avaliação foi utilizado pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) em oficinas realizadas nas instituições de ensino, a fim de avaliá-las.

Segundo Zilbovicius (2007), a análise por vetor dos três eixos trabalhados nas 60 oficinas realizadas pela ABENO e por ele analisadas aponta uma tendência conservadora da educação odontológica. Há ênfase na figura do professor que ministra aulas teóricas para um grande número de alunos, distanciadas da realidade dos serviços de saúde e com destaque para as práticas de ensino realizadas em clínicas localizadas na instituição, com alguma abertura ao SUS, resultados confirmados pelo estudo de Lazzarin, Nakama e Cordoni Júnior (2007).

Na oficina da ABENO realizada na FOU SP em maio de 2006, da qual participei, ficou clara a forte tendência conservadora da instituição, com grande dificuldade por parte dos participantes da oficina – a maioria deles docentes do curso – em entender a razão da necessidade de mudanças propostas pelas DCN para o ensino da graduação. Esses dados estão de acordo com os resultados de Secco e Pereira (2004a, 2004b).

Para parte dos docentes participantes daquela oficina, a formação integral do aluno se traduzia na necessidade de ampliar os conhecimentos referentes às áreas básicas, para atingir a saúde global do paciente, ainda com foco nos aspectos biológicos, para o entendimento da saúde sistêmica. Eles não consideraram que a formação integral incorpora a necessária atenção à saúde psicológica, social e

espiritual da pessoa, ou seja, o reconhecimento de seu valor, de sua dignidade, o que está de acordo com estudo de Paula e Bezerra (2003).

Os aspectos de relacionamento/comunicação, ética, consciência social e cidadania devem fazer parte do ensino, tendo as atitudes dos docentes como forma de demonstração desses comportamentos (PUPLAKSIS; RAMOS, 2007; HENZI et al., 2006), sendo por isso necessário que todos os docentes reconheçam que ensinam essas atitudes aos alunos.

O projeto pedagógico da FOU SP prevê que o curso deve ser a base da educação continuada requerida de um profissional da saúde, com ênfase na aquisição de uma sólida formação científica pautada em princípios éticos e na formação humanística. Os cursos diurno e noturno são constituídos de conteúdos básicos e profissionalizantes que “devem ser ensinados com enfoque unificador”, visto que “a supremacia do conhecimento fragmentado de acordo com as disciplinas impede frequentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade” (FOU SP, 2007).

Dessa forma, reconhece-se a necessária integração curricular, mas salienta-se que a estrutura do curso não a favorece, ficando a cargo das disciplinas buscarem maneiras de realizar a integração de conteúdos.

Essa integração é fundamental para que, ao final, o atendimento do paciente seja integral, desde o reconhecimento do necessário cuidado à sua saúde sistêmica até o estabelecimento de um relacionamento ético com o paciente durante o atendimento.

O trabalho interdisciplinar e multiprofissional é fundamental para que a integralidade seja atingida. Não se pretende formar um superprofissional, mas um

profissional capacitado a interagir com os outros para responder às necessidades dos pacientes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Reuniões e eventos em que os docentes participem podem favorecer essa integração, mas é necessário mais do que participação, é necessário o envolvimento de todos com o ensino da graduação na Instituição.

6.2.4 O Pró-saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) foi lançado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101 de 03 de novembro de 2005 do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. O objetivo do programa é a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2005).

O Pró-saúde foi instituído em 2005, como consequência do Promed (Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), que havia sido implantado em cursos de Medicina.

Constataram-se importantes mudanças curriculares em razão do incentivo recebido pelo Promed como a maior integração interdisciplinar e a adequação à realidade do sistema de saúde (ABREU NETO et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

Em 2006, o curso de Odontologia da FOU SP foi contemplado com o Pró-saúde, o que representa um grande desafio para a administração, corpo docente e alunos da Instituição, visto que se pretende interferir no processo formativo, para

que o currículo da graduação da FOU SP possa deslocar o eixo da formação centrado na assistência individual, restrito à clínica privada, para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. As mudanças devem instrumentalizar os futuros profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população, concorde com as DCN (ARAUJO, 2009).

Para possibilitar que o aluno se torne o centro do processo ensino-aprendizado e a partir da oficina realizada pela ABENO em 2006, verificou-se a necessidade de capacitar os docentes para trabalhar as estratégias pedagógicas, visto que a maioria deles utiliza como estratégias de ensino as aulas teóricas expositivas e os seminários, bem como atividades práticas desenvolvidas em laboratórios e clínicas. Por isso, foram propostos seminários para capacitação pedagógica do docente, que serão comentados a seguir.

6.2.4.1 O pensamento crítico e as estratégias ativas de aprendizagem

A necessidade de desenvolver o pensamento crítico nos alunos, bem como de colocá-los no centro do processo ensino-aprendizagem, também está destacada nas DCN (BRASIL, 2002).

A essa necessária mudança epistemológica soma-se a necessidade de mudar também as estratégias pedagógicas, a fim de atingir esses objetivos.

Quando o ensino está centrado na figura do professor detentor do conhecimento e transmissor de informações e na do aluno receptor de conhecimento não há espaço para o desenvolvimento do pensamento crítico.

Para educar adultos, são necessárias estratégias pedagógicas que transformem os alunos em sujeitos da aprendizagem (BERBEL, 1998; FREIRE, 1996; KERSTEN et al., 2007).

As estratégias ativas de aprendizagem, ou problematizadoras, reforçam a necessidade de o aluno buscar o conhecimento. Dessa forma, favorece-se o desenvolvimento do pensamento crítico, visto que as informações não são transmitidas acabadas.

Há disciplinas na FOU SP que adotam essas estratégias, conforme relato a seguir:

“a gente prioriza um sujeito, um aluno autônomo e autônomo também na construção do seu estudo então eu me enxergo nesse papel primeiro de mostrar quais são os conteúdos ... Mas para que ele tenha essa autonomia também eu tenho que estimular isso”. (docente)

Ademais, quando esse ensino ocorre em situações reais, ou seja, pela vivência de situações, a educação torna-se significativa, competindo ao docente a problematização do cotidiano pelo diálogo com o saber científico (GARCIA, 2001).

As estratégias pedagógicas problematizadoras ganharam destaque nos últimos anos e têm sido adotadas por diversos cursos da área da saúde em todo o mundo, principalmente na forma de *problem-based-learning* (PBL).

No entanto, elas não se restringem ao PBL. Nesta os docentes elaboram casos-problema que deverão ser resolvidos pelos alunos; outras estratégias exigem que os alunos busquem o problema em situações reais (BERBEL, 1998; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

O modelo pedagógico, ainda adotado por muitos professores, de transmissão e condicionamento, torna os alunos passivos, visto que os professores consideram-se a autoridade máxima. Esse comportamento se reflete na forma como o aluno trata seus pacientes, ou seja, agindo também em relação a eles de forma autoritária (PUPLAKSIS; RAMOS, 2007). Essa postura é também devida ao desconhecimento do que seja o processo de ensino-aprendizagem, visto que o professor não tem formação específica para exercer esse papel e às vezes nem mesmo vocação pedagógica (NUTO et al., 2006).

Para superar essas dificuldades, Nuto et al. (2006) propõem que o modelo pedagógico seja alterado para outro em que o conhecimento seja compartilhado com o aluno, por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Além disso, seguindo as diretrizes curriculares, deverá haver integração entre os conteúdos humanos e técnicos para que os aspectos humanísticos sejam desenvolvidos nas clínicas.

Para facilitar essa compreensão, promoveu-se na FOU SP, como parte do Pró-saúde, em maio de 2008, um curso de capacitação em metodologias problematizadoras que se propôs a iniciar as discussões acerca de estratégias pedagógicas que coloquem o aluno no centro da aprendizagem e os professores como facilitadores desse processo.

Naquele seminário, em que diversos professores da instituição participaram, a professora Neusi Berbel, educadora da Universidade Estadual de Londrina e grande

pesquisadora da metodologia problematizadora, apresentou a metodologia problematizadora com o Arco de Magueres e suas vantagens para o ensino aos alunos de Odontologia. Nesse método, os problemas devem ser identificados em situações reais e as soluções encontradas devem ser aplicadas no local onde o problema foi identificado.

Ao término daquele curso, os participantes se apropriaram de uma nova estratégia de ensino/aprendizagem, a metodologia problematizadora, e puderam perceber como essa estratégia favorece o processo ensino/aprendizagem por possibilitar ao aluno participar dele ativamente e os prepara para a auto-educação permanente.

Destaca-se, contudo, que a transmissão de informações e a aquisição e habilidades também são funções da educação em Odontologia. Entretanto, não se pode restringir a formação do aluno a esses níveis.

Para transformar as informações recebidas em conhecimento, o aluno deverá ser capaz de mobilizá-las para realizar seus projetos individuais e coletivos (MACHADO, 2004). Para isso, é preciso trabalhar no âmbito das atitudes, por meio de estratégias pedagógicas que possibilitem esse desenvolvimento.

As dificuldades para implantar as estratégias problematizadoras incluem as deficiências na formação do docente, que não é capacitado a ser um educador, mas a ser um especialista em alguma área da Odontologia (CARLI, 2007).

Este é um dos “nós críticos” para as necessárias mudanças curriculares, conforme relatório da oficina “Construindo um projeto pedagógico”, realizada na 42ª Reunião Anual da ABENO, em Salvador, em 2007, da qual participei como relatora de um dos grupos que a compuseram. Aquela oficina discutia as dificuldades para a implantação das mudanças curriculares sugeridas pelas DCN (ABENO, 2007).

Castanho (2002) e Costa (2007) salientaram a necessária exigência de desenvolvimento pedagógico permanente dos docentes da área da saúde.

Ademais, como essas estratégias exigem que se trabalhe em pequenos grupos de alunos, o número reduzido de docentes, em alguns departamentos, poderá dificultar sua realização (Gráfico 5.2).

Para desenvolver as atividades didáticas para pequenos grupos de alunos, também os espaços físicos da FOU SP precisaram ser alterados, visto que as salas de aula tradicionais não possibilitavam que essas atividades se desenvolvessem simultaneamente. Na reforma das salas de aula, foi então implantado um mecanismo para dividir a sala em dois espaços menores.

Outro evento, realizado em novembro de 2008, também como parte das atividades propostas pelo Pró-saúde, o “Seminário Internacional de Educação Odontológica”, pretendeu trazer a contribuição de duas professoras norte-americanas para o entendimento das mudanças curriculares nos Estados Unidos, a fim de se encontrarem paralelos entre as mudanças que ocorrem lá e aquelas que aqui são propostas.

Diversas dificuldades apresentadas pelas professoras convidadas (Profa. Lisa Tedesco da Emory University, EUA e Marita Inglehart da Michigan University, EUA), como a resistência dos docentes às mudanças, também são encontradas no cenário brasileiro, assim como muitos dos avanços por eles alcançados, como a importância de se centrar o atendimento realizado na instituição nas necessidades do paciente, também se assemelham aos encontrados na FOU SP.

O intercâmbio das informações permitiu aos participantes reconhecer as dificuldades encontradas quando se pretende promover mudanças curriculares e apontou caminhos para favorecê-las.

Uma das estratégias utilizadas nas Universidades norte-americanas para centrar o atendimento nas necessidades dos pacientes é a presença de um *patient advocate*, ou seja, uma pessoa responsável por acompanhar o atendimento do paciente, para verificar se suas necessidades de tratamento foram executadas pelos alunos.

Outra proposta dos cursos norte-americanos é a ampliação das atividades realizadas fora do ambiente da Universidade, a fim de proporcionar aos alunos cenários onde há diversidade cultural e socioeconômica.

As DCN também destacam o necessário desenvolvimento do pensamento crítico nos alunos.

O pensamento crítico é o processo reflexivo no qual os indivíduos avaliam os dados ou a situação usando a capacidade mental caracterizada por adjetivos como comparar, analisar, distinguir, refletir e julgar (HADEN et al., 2006; HENDRICSON et al., 2006).

Para desenvolvê-lo, Boyd (2002) propõe que seja estimulada a reflexão. A reflexão permite que as pessoas façam julgamentos diante de situações complexas e ambíguas, mas é subutilizada como estratégia de ensino pelos professores, o que leva os alunos a terem um desenvolvimento insuficiente do pensamento crítico. Isso porque as estratégias didáticas e os métodos de avaliação devem ser alterados para favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico que preparará o aluno para resolver, no futuro, os problemas reais dos pacientes.

Se as estratégias pedagógicas se restringirem à transmissão de informações e ao treinamento de habilidades, o pensamento crítico não será desenvolvido.

Boyd (2008) avaliou a capacidade de desenvolvimento do julgamento reflexivo, decorrente do pensamento crítico, em alunos do terceiro ano, no início de

seus contatos com os pacientes na clínica. De acordo com os resultados do estudo, houve acréscimo no desenvolvimento do julgamento reflexivo dos alunos.

As estratégias problematizadoras de ensino ainda são pouco adotadas nas disciplinas dos cursos da FOU SP. Ainda acostumados com o modelo de ensino centrado no professor, os docentes referem dificuldades para adotar as estratégias problematizadoras e identificam também nos alunos resistências em buscar o conhecimento, conforme relato do seguinte entrevistado:

“...a gente teve algumas experiências alguns anos atrás muito pontuais baseadas todas naquela experiência construtivista, onde a gente tinha um professor com um grupo de alunos que era uma espécie de tutor, que era o responsável pelo desenvolvimento daquela turma e era um processo (...) que tinha que ter muita conversa, muita reunião, ou seja, era um processo trabalhoso. Eu acho que do ponto de vista de experiência foi proveitoso e ele falhou exatamente porque nós falhamos, por que o aluno (...) entra na faculdade nesse modelo de ensino que recebe tudo mastigado ele não tá acostumado a ir buscar conhecimento (...) os professores deixam o Power-point no site, então, quebrar esse modelo é muito difícil, mas o aluno é a parte que colabora mais (...)” (docente)

Conforme informações contidas nos cronogramas das disciplinas analisadas, há ênfase no ensino baseado na transmissão de informações e no condicionamento, ou seja, centrado em aulas teóricas e em atividades práticas realizadas em laboratório e/ou clínica para a aplicação dos conceitos transmitidos e o treinamento de habilidades manuais. Em algumas disciplinas são utilizados seminários como forma de ampliar a participação do aluno em seu processo de aprendizagem.

Entretanto, há pouca preocupação em se desenvolverem técnicas problematizadoras que contribuam para a aquisição do pensamento crítico. As estratégias pedagógicas incluem também as discussões de casos clínicos.

Contudo, os professores reconhecem que os alunos, quando incentivados a buscar o conhecimento, participam e se esforçam, mas percebem grande dificuldade por parte do corpo docente em executar estratégias problematizadoras, devido ao fato de o professor de Odontologia ainda ser um especialista que ensina e que, por isso, possui dificuldades pedagógicas.

Segue relato que confirma essa dificuldade:

“...nós tivemos um problema sério talvez por falta de supervisão, (...) ter uma orientação pedagógica que nos conduzisse melhor nesse aspecto, então nós falhamos nesse sentido que a gente não tinha uma postura uniforme...” (docente)

A ideia de trabalhar em pequenos grupos de alunos (na forma de tutorias) ainda é pouco desenvolvida nos cursos de Odontologia, conforme evidenciado pela análise dos programas das disciplinas; ademais, por falta de preparo para a docência, mesmo quando considerada importante, há grande dificuldade em implantá-las.

Em estudo de Secco e Pereira (2004a, 2004b), quanto à avaliação, ainda são consideradas importantes a capacidade de memorização para a qualidade do ensino, num ensino baseado no modelo tradicional de transmissão do conhecimento. Os métodos tradicionais de ensino ainda marcam os cursos de Odontologia. Aqueles que se baseiam no desenvolvimento dos processos reflexivos do aluno têm pouco espaço de discussão.

Muitas vezes se questiona: por que mudar o ensino se os alunos são tão bem formados nessa instituição? Esse questionamento tem-se fundado na imagem objetivo de uma prática privada e individual da profissão que, em geral, está acessível a apenas 5% da população.

Essa prática não se tem mostrado suficiente para mudar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira (CECCIM; PINTO, 2007) e também não corresponde às possibilidades do mercado de trabalho, que também mudou e que contempla não somente a prática privada, mas a Odontologia de grupo e o trabalho no serviço público.

Não significa que, para trabalhar no serviço público ou com a Odontologia de grupo, a técnica deva ser diferente ou inferior em qualidade, como algumas vezes se pode ouvir. Deve-se incluir no ensino a preocupação com as necessidades das pessoas e com as características do mercado de trabalho, a fim de que a Odontologia seja oferecida para todos; assim será possível mudar o perfil epidemiológico da população sem menosprezar a técnica.

Na FOUSP, tem-se discutido, sobretudo em razão da participação da instituição no Pró-saúde, essas mudanças epistemológicas que têm, como uma das formas de serem atingidas, a incorporação de novas estratégias pedagógicas.

6.2.4.2 A diversificação dos cenários de práticas

Outra maneira de alterar a concepção do ensino de um modelo eminentemente biologicista, centrado na doença e no desenvolvimento de

equipamentos e da técnica, para um modelo que incorpore as reais necessidades das pessoas, entendidas como totalidade, é a mudança dos cenários de práticas utilizados para o ensino do aluno.

As DCN propõem a diversificação dos cenários onde são realizadas as práticas durante a graduação para aproximar os alunos das necessidades reais da população. O ensino, compartimentalizado e focado na prática clínica individual, não responde às necessidades das pessoas, mas às necessidades desse ensino.

O excesso das especializações e sua consequência a fragmentação do conhecimento podem ser corrigidos pela interdisciplinaridade. Além disso, as transformações na educação ocorrem em todos os cenários nos quais a prática profissional acontece, pois é onde os problemas acontecem (ARAUJO, 2006).

A fim de aliar a excelência técnica ao compromisso social, a formação dos profissionais deve capacitá-los a prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população. Morita e Kriger (2004) ressaltam a importância da diversificação dos cenários de práticas para atingir os objetivos descritos nas DCN, sobretudo visando à integralidade da atenção à saúde.

Ao serem inseridos no ambiente utilizado primariamente para o ensino, em ambulatórios localizados “intramuros”, ou seja, dentro da Instituição, há um risco de os pacientes serem confundidos com objetos, com manequins, que devem servir apenas aos propósitos do próprio ensino. Aquelas pessoas que apresentam as necessidades identificadas pelas disciplinas como fundamentais ao aprendizado, serão admitidas no processo de triagem de pacientes.

Não se trata de eliminar as clínicas intramuros, mas de repensar sua fragmentação em especialidades, a fim de que o paciente possa ser considerado

como uma totalidade. Uma das maneiras apontadas para permitir essa visão de todo do paciente é a mudança das clínicas intramuros que deveriam se transformar em clínicas integradas, divididas em graus de complexidade crescente, modelo já adotado por diversas instituições de ensino em que mudanças curriculares têm sido implantadas (um exemplo desse modelo está descrito na obra de Terada e Nakama, 2004).

Outra alteração importante é a inclusão de temas transversais, como a ética e/ou bioética, que deve ser apresentado aos alunos em diversos momentos do curso, não se restringindo a um único momento.

Outra proposta é a incorporação de outros cenários de práticas, como as Unidades de Saúde, que podem oferecer aos alunos a oportunidade para o reconhecimento das necessidades reais das pessoas e garantem o respeito a sua dignidade. Entretanto, para que esses cenários possam ser utilizados, é preciso que haja preceptores nos serviços de saúde, para orientar os alunos, ou seja, os profissionais dos serviços devem estar capacitados para orientá-los. É preciso, pois, capacitar esses preceptores, o que tem sido proposto por outro programa do governo – o PET saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) – do qual a FOU SP participa desde o início de 2009.

Vieira et al. (2007) avaliaram a implantação de uma disciplina de atenção básica em saúde de uma faculdade de Medicina, em que o aprendizado ocorreu em Unidades Básicas de Saúde que trabalham com o Programa de Saúde da Família, por meio de questionários. Os estudantes apontaram o envolvimento com a realidade social e de saúde local e as tarefas dos agentes comunitários como capacitações obtidas com a disciplina.

Moysés et al. (2003) propõem a humanização das práticas pedagógicas, que coloquem o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometido com a realidade social e epidemiológica do país. Relatam a experiência de construção de práticas pedagógicas desenvolvidas no Programa de Aprendizagem de Saúde Coletiva da PUC-PR em que a diversificação de cenários de práticas favoreceu a integração dos alunos à realidade social, às políticas sociais e ao SUS. Essas práticas problematizam o conhecimento e a realidade social.

Um projeto piloto da Universidade de Manchester para o ensino de Dentística Restauradora em uma clínica extra-muros foi desenvolvido com a intenção de os alunos oferecerem atendimento integral aos pacientes, com foco na atenção básica. Os estudantes avaliaram positivamente a atividade. Os pacientes não eram pré-agendados, o que ofereceu aos alunos a oportunidade de aprender em uma situação mais próxima da realidade (ELKIND et al., 2005).

O atendimento realizado fora da instituição de ensino, em clínicas onde pessoas de diferentes idades, nível socioeconômico, etnias, trazem experiências educacionais valiosas, facilitam o ensino das ciências comportamentais e, sobretudo, orientam a atividade profissional em direção às necessidades da sociedade (MASELLA, 2006).

Quanto mais o currículo mostra a importância de tratar pacientes de todos os segmentos da sociedade tanto maior a intenção dos alunos em atender pacientes de diversas etnias e aqueles provenientes de diferentes segmentos sociais depois de formados (SMITH; ESTER; INGLEHART, 2006).

Na FOUSP, com o início da disciplina de Clínica Ampliada de Atenção à Saúde, ministrada aos alunos do primeiro ano dos cursos diurno e noturno pela primeira vez para a turma que ingressou no ano de 2008, passou-se a apresentar

aos alunos ingressantes a importância do reconhecimento dos determinantes sociais para o processo saúde-doença (ARAUJO, 2009).

As atividades extra-muros, usualmente desenvolvidas pela disciplina de Saúde Coletiva com os alunos do 3º ano do curso, foram ampliadas, pois também passam a ser desenvolvidas na disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde e na disciplina de Estágios Vivenciais ao longo de todo o curso.

A duração do curso diurno foi ampliada de 09 para 10 semestres, a fim de que os alunos possam cumprir adequadamente as atividades de estágio, sobretudo aquelas que se realizam fora do ambiente da Universidade (ARAUJO, 2009).

Além disso, o Pró-saúde possibilitou a participação da FOU SP no Projeto Zona Oeste, em que se firmou parceria entre as Faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia para a realização de estágios e disciplinas com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Assim, está sendo possível formalizar como cenários de prática os serviços públicos de saúde do Município de São Paulo (ARAUJO, 2009).

6.2.4.3 A reestruturação do ensino de clínica

Outro grande desafio do projeto de modificação do currículo é a reestruturação do ensino da clínica. Para isso, partindo-se de uma proposta da Comissão de Reestruturação Curricular, que dentre outros aspectos sugere que sejam criados ciclos clínicos integradores, foi realizada em Atibaia uma oficina no 4º.

Encontro dos professores da FOU SP (em junho de 2009), a fim de que a reestruturação do ensino nas clínicas da faculdade fosse uma construção coletiva.

A Comissão de Reestruturação Curricular propôs a criação de núcleos, articulados por ciclos integradores, para promover o ensino transversal de alguns conteúdos, a saber:

- núcleo das ciências biológicas e da saúde – integração entre as disciplinas básicas entre si e os demais eixos;

- núcleo da clínica de atenção básica, que atenderá a 70% das demandas da população e 85% das necessidades de ensino de Graduação; em complexidade crescente (de acordo com a evolução do aluno) e tendo como norte a “alta” do paciente;

- núcleo de clínicas de especialidades – num processo de referência e contra-referência, mantendo articulados os núcleos de saber, atualmente centrados em disciplinas estanques.

Os ciclos clínicos integradores propostos foram: oclusão, casos clínicos, implantodontia. Foram ainda propostos ciclos integradores de cariologia, dinâmica das relações em Odontologia e epidemiologia.

Na oficina, os 76 professores presentes foram divididos em sete grupos, compostos por docentes dos diversos Departamentos, a fim de que pudessem discutir como serão desenvolvidas as atividades clínicas na instituição a partir de 2010, após a reestruturação do currículo. Partiu-se do projeto apresentado pela Comissão de Reestruturação Curricular, e de questões norteadoras apresentadas na sequência.

Desde a Reforma Universitária de 1968 até o momento – 2009 –, essas atividades são desenvolvidas em clínicas compartimentadas por especialidade, nas

quais o paciente geralmente não é visto como um todo, ou seja, as necessidades dos pacientes são identificadas na triagem e o paciente é encaminhado para as clínicas das diversas disciplinas do curso. Como regra, é difícil acompanhar o tratamento e a alta do paciente.

Com a nova proposta, que visa à integração das diversas clínicas, surge a possibilidade de o paciente ser concebido como um todo e se tornar o centro do atendimento, e não mais o procedimento técnico que será realizado. Apresenta-se, pois, a possibilidade de transformar o momento da aprendizagem prática do aluno num momento de exercício do respeito devido ao paciente, entendido como pessoa humana em sua totalidade e não como objeto para o ensino, desde sua admissão nas clínicas da faculdade.

Assim, as perguntas norteadoras da oficina, bem como as respostas apresentadas pelos grupos de professores foram as que seguem:

1- *Os focos das atividades clínicas são: o paciente e o estudante (portanto o foco não é disciplinar – a disciplina é uma ferramenta para o ensino)*

Pergunta: quantas horas clínicas são necessárias para ensinar?

Os docentes reconheceram a necessidade de as atividades práticas desenvolvidas na clínica ocuparem de 75 a 80% da carga horária total das disciplinas clínicas (com a consequente redução da carga horária de aulas teóricas apresentadas em algumas delas). Entretanto, a ênfase continua sendo o treinamento para a aquisição de habilidades manuais.

2- *Fator de integração curricular:*

PACIENTE: desde o acolhimento até sua alta pelo ALUNO (supervisionado pelo professor) (a Clínica deve ser paciente centrada e, portanto integradora, buscando a integralidade para o tratamento do paciente e desta forma ensinar os princípios de

universalidade, integralidade e equidade; sua organização deve buscar a hierarquização através do ensino pela complexidade crescente e atuando num sistema de referência e contra referência para inculcar no estudante a capacidade de entender os limites de sua competência)

Pergunta: Qual a sequência de tratamento seguir?

Os professores ressaltaram a necessidade de o paciente ter a eliminação do quadro de sofrimento (urgências), seguida do diagnóstico, estabelecimento do plano de tratamento, adequação de meio, ou seja, remoção dos focos infecciosos, tratamento restaurador e reabilitador, seguido de um acompanhamento e/ou manutenção da saúde. Enfatizaram que as ações de prevenção devem ser desenvolvidas ao longo da execução do tratamento do paciente.

Permanecem as preocupações com a formação técnica do aluno, mas houve um avanço no sentido de perceber que o paciente precisa ser acompanhado após sua alta.

3- Prontuário único

Pergunta: o modelo atual está atendendo às necessidades legais e de integração disciplinar?

Os docentes sugeriram que o prontuário seja único e eletrônico, a fim de facilitar a integração entre as diversas necessidades dos pacientes e de que se possa acompanhar seu tratamento. Assim, sugerem que o prontuário seja padronizado seguindo o modelo SUS, e que as especificidades de cada área componham o prontuário, sem que seja necessário o desenvolvimento de um prontuário por disciplina.

O prontuário informatizado centralizado e integral atenderá as necessidades do aluno, professor e paciente, favorecendo a integração e o acompanhamento do

tratamento do paciente, ressaltando-se a necessidade de atualizações periódicas da história médica do paciente.

Acrescente-se que já existe na FOUSP um grupo de professores trabalhando no estabelecimento desse novo modelo de prontuário informatizado.

4- Trabalho auxiliado como filosofia pedagógica buscando:

- a organização do tempo e do trabalho
- maior produtividade e assim maior cobertura das necessidades do paciente
- o comportamento solidário entre os pares
- ampliar a integração e a interlocução dos saberes.

Pergunta: sua disciplina atenderia a esses pressupostos?

A maioria dos docentes identifica que o trabalho auxiliado, em duplas, favorece o atendimento do paciente, bem como o aprendizado do aluno. Entretanto, algumas disciplinas identificam que é necessário que os dois componentes da dupla apresentem o mesmo nível (estejam no mesmo ano), enquanto outras entendem que alunos de níveis diferentes podem compor a dupla, como já acontece em diversas disciplinas clínicas.

Surgiu como proposta que se estabeleçam convênios com entidades que promovem cursos de ASB (Auxiliar de Saúde Bucal, antiga ACD, Auxiliar de Consultório Dentário) e TSB (Técnico em Saúde Bucal, antiga THD, Técnica em Higiene Bucal), a fim de otimizar o atendimento, visto que seria possível trabalhar a quatro mãos.

5- Integrar os conhecimentos construídos nos diferentes núcleos pedagógicos, incentivando a interdisciplinaridade.

Pergunta: como obter uma linguagem comum entre todas as disciplinas no tocante aos conteúdos comuns?

Todos os grupos de professores identificaram que são necessárias reuniões periódicas, ou seminários integradores, que ampliem a convivência entre eles, a fim de que os conceitos, termos e técnicas sejam uniformizados.

Enfatizam a necessidade de se estabelecerem protocolos para o atendimento clínico do paciente. Também para que esses protocolos sejam estabelecidos ressaltam que será necessário realizar reuniões entre os docentes.

Contudo, um dos grupos identificou a importância da pluralidade de opiniões para a formação do aluno.

Em seguida, foram feitos questionamentos em relação ao cotidiano da clínica odontológica, após a implantação do novo currículo.

1- Quais disciplinas vão entrar nas clínicas em cada semestre? (atenção básica e especialidade)?

Os docentes aceitaram o projeto proposto, no qual as disciplinas de diagnóstico passam a compor a Clínica de Atenção Básica, com início no 5º semestre e, nos semestres seguintes, as clínicas serão compostas pelas especialidades em graus de complexidade crescente.

a) Com quantos professores?

Os docentes sugerem que haja uma relação de 1:8 ou 1:10 (docente:alunos), sendo pelo menos 1 docente de cada especialidade.

b) Com quantas horas?

Em relação à carga horária da clínica, sugerem que seja de 80% da carga horária total.

c) Em que dias?

Recomendam que a Clínica funcione todos os dias.

2- Qual o número necessário de professores em cada período de clínica?

Salientam a necessidade de se seguir a relação de 1:8 ou 1:10 alunos em cada período de clínica.

Alguns docentes ressaltaram a participação de alunos de pós-graduação no ensino da graduação. Esta se deve às exigências da própria pós-graduação (como o Programa de Aprimoramento do Ensino – PAE, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da USP), mas também ao número às vezes reduzido de docentes para acompanhar os alunos nas atividades didáticas.

Ressalte-se que a participação dos pós-graduandos no ensino da graduação é tão importante que merece ser foco de um novo estudo. Em virtude de os docentes terem outras atividades (como as de pesquisa), algumas vezes o ensino na graduação, sobretudo as atividades práticas, são acompanhadas por pós-graduandos.

3- Quais as competências clínicas cada disciplina necessita desenvolver?

Os diversos grupos responderam que as competências se referem às habilidades técnicas necessárias para cada especialidade.

Apenas um grupo identificou como competência clínica a capacidade de diagnóstico, de elaboração do plano de tratamento e de os alunos apresentarem normas de conduta adequadas.

As competências clínicas, em geral se limitam à aquisição de habilidades motoras, não sendo consideradas aquelas relativas ao comportamento, às atitudes do aluno no relacionamento com o paciente e a equipe de saúde, como a capacidade de comunicação, o respeito pelas diferenças.

4- Como elaborar (e praticar) um sistema permanente de avaliação do estudante?

Os docentes sugeriram que se façam avaliações diárias do desempenho clínico, seguindo critérios objetivos e subjetivos como pontualidade, organização, capacidade de resolução do caso clínico e de relação paciente-profissional, e os cuidados de biossegurança.

Outros recomendaram, além da avaliação diária, uma avaliação semestral ou anual do aluno, bem como que se façam três meses de avaliação clínica e teórica ao final do curso. Surgiu como proposta em um dos grupos que seja incluída a auto-avaliação do aluno.

Ressaltam que o prontuário eletrônico único facilitará o processo de avaliação do aluno, visto que serão mais facilmente visualizadas as atividades realizadas pelos alunos em cada clínica.

Há que se salientar que a pressão a que os alunos são algumas vezes submetidos para o cumprimento da tarefa mínima na clínica pode levar a um tratamento questionável dos pacientes (HENZI et al., 2007). As barreiras para atingir o ensino adequado das atitudes de cuidado incluem a escassez de tempo, a pressão para atingir a produtividade e a diferença do desenvolvimento do corpo docente em relação a essas atitudes (LOWN et al., 2007).

5- *Como selecionar o paciente?*

De acordo com as respostas obtidas, a seleção do paciente continua, para a maioria dos grupos, centrada nas necessidades do ensino e não nas necessidades do paciente. Um dos grupos propôs que uma equipe de professores realize a triagem dos pacientes e defina critérios para a criação de um banco de pacientes dividindo-os em níveis de complexidade, a fim de possibilitar seu encaminhamento para as clínicas do curso.

A antecipação do contato dos alunos com as atividades clínicas poderia diminuir seu contato com um currículo paralelo, criar espaços para a discussão da relação profissional-paciente em módulos que envolvam a participação de profissionais de diferentes especialidades, oferecer educação continuada ao corpo docente sobre comunicação e relação profissional-paciente (NOGUEIRA-MARTINS; NOGUEIRA-MARTINS; TURATO, 2006).

Deve-se ressaltar que a participação dos docentes nessa oficina representa um impulso no processo de reformulação curricular em andamento, visto que o engajamento dos docentes, percebido naquela atividade, é fundamental para seu êxito.

A preocupação em oferecer um ensino melhor para o aluno e um atendimento melhor para o paciente foi reconhecida pelos participantes, e não significa que o ensino ou que o atendimento não são adequados, mas que podem e devem melhorar, a fim de responderem melhor às necessidades das pessoas.

Para 2010, como parte do projeto de reestruturação do curso, estão previstas outras atividades, como a realização de reuniões com o ICB-USP (Instituto de Ciências Biomédicas) para estabelecer formas de favorecer a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissionalizante.

6.3 A atenção à pessoa humana: o respeito à dignidade do paciente e do aluno

A atenção às pessoas se inicia com o reconhecimento de sua dignidade.

O desenvolvimento e a manutenção do respeito à dignidade e à autonomia do paciente, bem como o estabelecimento de uma efetiva comunicação – ouvir e aprender com o paciente e estar aberto, sem julgá-lo – são aspectos fundamentais para que o atendimento seja centrado em um bom relacionamento (TRESOLINI, 1996).

O respeito pela dignidade do paciente é um fundamento para a reflexão sobre como deve ser seu atendimento e serve para guiar os comportamentos dos profissionais da saúde.

As práticas em saúde devem ser sempre intersubjetivas, nas quais os profissionais se relacionem com sujeitos e não com objetos, o que ocorre quando se apreendem as necessidades das pessoas, por meio de um olhar atento, no próprio contexto de cada encontro; assim, o princípio da integralidade é exercido (MATTOS, 2004). Profissional e paciente devem, pois, compartilhar sua humanidade (HADDOCK, 1996; GRIFFIN-HESLIN, 2005).

Além disso, há que se promover situações para aumentar a dignidade das pessoas (SHOTTON; SEEDHOUSE, 1998), como: a privacidade (do corpo e do espaço), a consideração pelas emoções, o fato de o paciente ser considerado como uma pessoa, a demonstração de respeito, o apoio recebido e a permissão de o paciente manter o controle de sua vida na medida do possível (WALSH; KOWANKO, 2002; GRIFFIN-HESLIN, 2005; MATITI; TROREY, 2008).

Ainda que, neste trabalho, se concorde que o respeito pela autonomia das pessoas contribui para o respeito de sua dignidade, conforme Van Der Graaf e Van Delden (2009), salienta-se que o conceito ao qual nos referimos é o de uma dignidade ontológica (PALAZZANI, 1993; SGRECCIA, 1996, 2003), no qual se reconhece uma dignidade “intrínseca” em cada pessoa (ONU, 1948).

Não é a partir de nossos comportamentos que nos tornamos pessoas (PALAZZANI, 1993), nem na relação com outras pessoas, nossa própria experiência indica que somos pessoas e, portanto somos dotados de uma dignidade. O reconhecimento do valor, da dignidade da pessoa humana, não é uma opção. É algo implícito em nossa própria existência (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

Toda a vida humana deve ser respeitada e tutelada. Esta dignidade que está em toda pessoa humana, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, é a base para o personalismo ontologicamente fundado (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007; RAMOS; SILVA; CALDATO, 2009).

A obtenção do consentimento livre e esclarecido para a realização do tratamento é uma parte do respeito devido à autonomia das pessoas. É preciso antes reconhecer um fundamento para essa obtenção, uma razão para isso. E esse motivo é que toda pessoa merece participar das decisões sobre seu tratamento (JUNQUEIRA, 2003; JUNQUEIRA; RAMOS, 2007), em razão de uma dignidade que toda pessoa humana tem, por ser pessoa.

Além disso, para se sentirem satisfeitas com um tratamento, as próprias pessoas desejam ter mais do que sua autonomia respeitada (BEACH et al., 2005).

Portanto, o simples reconhecimento da autonomia (ou das liberdades individuais) sem o reconhecimento de um referencial antropológico (a pessoa

humana compreendida em sua singularidade e totalidade) não basta quando se pretende respeitar a dignidade da pessoa humana (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

Ressalte-se que o consentimento deve ser contínuo, para manter a dignidade do paciente em atendimento odontológico, e que dificuldades na comunicação podem prejudicar sua obtenção (CAPRARA; FRANCO, 1999; SHAW, 2007).

Assim, a comunicação adequada com o paciente é fundamental para que sua dignidade seja respeitada.

6.3.1 O paciente inserido no contexto do ensino

Os profissionais de saúde que desenvolvem atividades assistenciais como os médicos, os dentistas, os enfermeiros, os fonoaudiólogos, dentre outros, estabelecem com as pessoas que atendem relações interpessoais. Por isso, o atendimento realizado por esses profissionais dependerá, além da qualidade técnica, da qualidade da interação entre as pessoas dedicadas ao atendimento (NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

No cenário da educação na área da Saúde, além das figuras do professor e do aluno, incorpora-se ao ensino a figura do paciente que se utiliza dos serviços dos hospitais universitários ou das clínicas das IES para resgatar e/ou promover a sua saúde.

Estabelece-se assim uma relação, um encontro entre pessoas, nesse caso entre professor, aluno e paciente que deve favorecer a compreensão de vários

problemas da vida, que não deve se restringir à abordagem dos aspectos técnico-científicos relacionados ao processo saúde-doença.

O treinamento prático dos graduandos da área da saúde se efetiva em laboratórios, nas clínicas dos cursos (intra-muros) ou em hospitais-escola, bem como em atividades realizadas extra-muros. Nesses momentos são, de fato, adquiridas as habilidades para o exercício da profissão, mas deve-se enfatizar a oportunidade para desenvolver as atitudes, ou seja, os comportamentos éticos que serão treinados na prática ainda no decorrer da graduação e que deverão ser aprimorados na vida profissional.

Em alguns momentos, o paciente que busca o atendimento nessas clínicas poderá ter a sua dignidade comprometida, em razão de ser tratado como objeto para o ensino (PAIXÃO; CAMPOS; LIMA, 1981), ou seja, como se fosse um manequim no qual os procedimentos são realizados. Além disso, o paciente nem sempre é visto como um representante da comunidade e as suas necessidades reais são, às vezes, relegadas a um segundo plano, em “prol” do ensino. Os docentes devem estar atentos aos valores que estão sendo compartilhados, sob o risco de transformar o paciente em objeto para o ensino e, assim, desconsiderá-lo e desrespeitá-lo como pessoa.

O modelo tradicional de ensino que utiliza o paciente como seu objeto não serve aos propósitos de atendimento integral nem ao desenvolvimento de um pensamento crítico por parte dos alunos. Para garantir a atenção integral aos pacientes, desde o estabelecimento do plano de tratamento, o paciente deve ser ouvido e incorporado ao processo de decisão. A base para o atendimento centrado no paciente é a incorporação pelos professores do modelo biopsicossocial de atenção (e não do modelo biomédico) (ERIKSEN; BERGDAHL; BERGDAHL, 2008).

Quando o paciente, inserido no contexto do ensino, é visto como objeto, a saúde se transformará facilmente em mercadoria, em produto, a ser oferecido aos futuros “clientes”.

Mesmo que o paciente seja tratado com respeito e atenção, ao se desconsiderarem suas necessidades de tratamento como um todo, fragmentando suas necessidades em especialidades, sem que estas sejam acompanhadas e resgatadas, deixando o paciente desassistido, não se está respeitando aquela pessoa.

Os estudantes da área da saúde devem ser capacitados a responder às necessidades da população, com vistas a mudar o perfil epidemiológico da população em relação à saúde bucal, conforme determinam as DCN (BRASIL, 2002). Isto exige a abordagem integral do processo saúde-doença, o que sugere a necessidade de atender o paciente em sua totalidade.

A atenção ao paciente não pode continuar a ser incidental para a educação, com os pacientes sendo tratados somente para atingir os objetivos educacionais (FORMICOLA et al., 1999).

Os alunos, os professores, a pessoa humana, enfim, é uma identidade e uma totalidade. Isso significa que cada pessoa é diferente da outra, tem expectativas diferentes, necessidades diferentes (SGRECCIA, 1996), e essa diversidade deve ser considerada no contexto do ensino. Além disso, as pessoas são compostas por diversas dimensões (dimensão biológica, psicológica, social, espiritual) e cada uma delas deve ser respeitada.

Entretanto, o paradigma predominante na formação dos profissionais de saúde é o modelo biológico cartesiano, que tem repercussões na sua área de atuação, e que dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e a compreensão

dos determinantes no processo saúde-doença (AMORIM; MOREIRA; CARRARO, 2001).

Uma das estratégias que podem favorecer a melhor qualidade das interações que se estabelecem é a incorporação da percepção dos pacientes atendidos em Instituições de Ensino a respeito do atendimento oferecido. Essa postura permite que o aluno possa aprender a respeitar a dignidade do paciente e exercitar atitudes éticas durante a graduação, o que inclui ouvir o paciente e encontrar junto com ele o tratamento mais adequado para cada situação, personalizando o atendimento (JUNQUEIRA, 2003; VARELLA; TAMOTO; JUNQUEIRA, 2006; JUNQUEIRA; RAMOS, 2007a, 2007b).

Em outros países, o tratamento do paciente é acompanhado por um *“patient advocate”* que, pelo menos em nível técnico, verifica se as necessidades dele foram resolvidas, visto que, no modelo atual, nem mesmo as necessidades técnicas são solucionadas. É comum ouvir nos corredores da Faculdade que o “paciente entra na clínica da Odontopediatria e sai na de Prótese Total”. Ainda que essa frase corresponda a um exagero, ela indica que a promoção da saúde e a prevenção precisam ser incorporadas por todos os docentes de todas as clínicas.

Naquelas instituições em que se estabeleceram clínicas integradas divididas em graus de complexidade (e não clínicas divididas em especialidades) tem havido uma mudança na forma de atender os pacientes na direção de responder a todas as suas necessidades (TERADA; NAKAMA, 2004).

Assim, em um contexto em que o ser humano estabelece relações interpessoais tendo como base a vontade de criar laços com o outro, será favorecido o respeito à dignidade do paciente inserido no contexto do ensino. Dessa forma,

essa atitude será ensinada ao aluno que, posteriormente, em sua vida profissional, poderá praticar esse comportamento de atenção ao outro.

Ao centrar-se a questão na pessoa humana, é importante frisar que o objeto de estudo do profissional (da saúde ou da educação) está focado em uma realidade que se conhece, justamente a partir das “experiências elementares”, pois cada um de nós é “pessoa” (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

Todos os que se dedicam à tarefa de ensinar devem resgatar a reflexão ética, sobretudo por seus exemplos, visto que a *melhor forma de ensinar é a forma de agir dos professores* (LEÓN CORREA, 2008).

O comprometimento do professor exige a aproximação entre o que se diz e o que se faz, entre o que se parece ser e o que se é realmente (FREIRE, 1996), visto que as atitudes éticas devem ser exercitadas como um hábito, que se tornará tanto mais fácil quanto mais for praticado (LAUAND, 2002).

Durante a graduação, os docentes devem desenvolver e promover a dignidade dos pacientes e enfatizar essas ações nas quais a teoria e a prática clínica devem se apoiar (MATITI; TROREY, 2008).

Haidet e Stein (2006) ressaltam a importância das relações interpessoais na educação do adulto. Esta deve incluir a personalidade dos participantes, considerar que o afeto e as emoções são importantes nessas relações.

Quando o conhecimento é construído, e não “depositado”, é fundamental que se estabeleçam relações interpessoais adequadas entre professor e aluno. Nesse paradigma, as relações são importantes porque criam o contexto que modula a construção do conhecimento e assim, a construção do aprendizado.

Quando se pretende proporcionar atenção às necessidades das pessoas, é necessário incorporar o desenvolvimento de atitudes, de um comportamento que

transcenda o atendimento voltado para o desempenho técnico da profissão, que incorpore a ética como base para o atendimento.

Esse desempenho técnico é requerido pelo paciente e identificado como “profissionalismo” por Brosky et al. (2003) como “uma imagem que promove uma relação de sucesso com o paciente, relação esta que faz com que o paciente confie na capacidade do profissional.” A competência profissional é identificada como a capacidade de prover um adequado atendimento.

Entretanto, deve-se salientar que a competência, conforme Machado (2004, 2009) está associada a um quadro de valores; assim, a competência de um profissional deve ir além de sua competência técnica. A sensibilidade ética também é requerida dos profissionais da saúde (WEAVER; MORSE; MITCHAM, 2008).

Os métodos didáticos frequentemente utilizados para o ensino das atitudes de cuidado, que se relacionam ao comportamento que o profissional deve ter com o paciente e que incluem a sensibilidade ética, têm sido as discussões de casos realizadas em pequenos grupos. Como essas atitudes são demonstradas no contexto das relações, os métodos mais apropriados para ensiná-las são aqueles que colocam os alunos e os professores em contato próximo (LOWN et al., 2007).

Não há dúvidas de que, por se tratar de Instituições de Ensino, o atendimento realizado na Instituição (ou nos Hospitais-escola) tem como finalidade o aprendizado do aluno. Contudo, ao agir dessa maneira, o professor estará ensinando apenas a técnica aos alunos. Como fica o ensino da relação com o paciente que também é uma pessoa?

6.3.2 A contribuição do docente na formação humanística, social e ética do aluno de graduação.

O modelo biomédico flexneriano tem se mostrado limitado na solução dos problemas de saúde da população, visto que a concepção do processo saúde-doença evoluiu nos últimos anos, em razão do reconhecimento dos determinantes sociais das doenças. Esse modelo também contribuiu para a desumanização da assistência, pois colaborou com a perda do entendimento de que o paciente – foco da atenção nos cursos da área da saúde – é uma pessoa única e que deve ser considerada em sua totalidade (em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais).

Em 2004, o governo instituiu uma política nacional de humanização o “Humaniza SUS”, que tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Dessa forma, pretende-se valorizar as dimensões subjetivas e sociais dessas práticas (BRASIL, 2004).

Para que se possa fundar uma cultura em defesa da vida, que vá ao encontro dos novos desafios da Odontologia brasileira e das demandas sociais por mais saúde bucal, a formação e a prática da Odontologia devem ser humanizadas (MOYSÉS et al. 2006). Isso implica reconhecer as necessidades do outro e assim buscar maneiras de centrar o atendimento na atenção devida às pessoas.

A abordagem integral do processo saúde-doença inclui o reconhecimento do paciente como uma unidade biopsicossocial, ou seja, aproxima o profissional do necessário respeito por sua dignidade e conseqüente humanização do atendimento.

6.3.3 O desenvolvimento das atitudes nos graduandos

Ao final da década de 60, disciplinas de cunho humanístico foram incorporadas aos currículos dos cursos da área da saúde (CARSON, 2007), visto que estas profissões combinam as ciências da saúde com as ciências humanas.

Humanismo são as atitudes e ações dos profissionais da saúde que demonstram o interesse e o respeito pelos pacientes e que consideram seus valores. Estes geralmente estão relacionados às dimensões psicológicas, sociais e espirituais do paciente (BRANCH et al., 2001).

Desde que houve a incorporação dessas disciplinas de cunho humanístico nos cursos da área da saúde, esse comportamento do profissional deveria ser facilitado. Entretanto, nem todos os docentes reconhecem a necessária parcela de contribuição que exercem para o desenvolvimento do humanismo em seus alunos. Quando essa formação fica restrita aos docentes das disciplinas relacionadas às humanidades e os demais reconhecem apenas a sua contribuição para a aquisição de conteúdos e habilidades técnicos e específicos, desenvolve-se no curso uma visão de que esses comportamentos são menos importantes e, em razão da fragmentação do conhecimento, torna-se difícil sua incorporação pelos alunos.

No âmbito da Odontologia, é comum muitos docentes reconhecerem apenas o papel de ensinar as habilidades, a técnica e o conteúdo aos alunos.

Professores que ouvem atentamente os outros; inspiram o aluno em direção ao crescimento pessoal e profissional; reconhecem e apoiam as emoções dos pacientes, da equipe e as próprias em situações difíceis; recorrem ativamente durante o ensino a oportunidades para ilustrar a atenção humanizada; estimulam a

reflexão pela equipe na abordagem do paciente; ajudam o aluno a usar as informações pessoais e sociais do paciente durante o atendimento; servem como modelo para como construir relações interpessoais fortes; ensinam explicitamente a comunicação; inspiram o aluno a adotar atitudes de atenção ao paciente; são reconhecidos pelos pacientes e alunos como bom profissional e como pessoa afetuosa e são aqueles que demonstram humanismo (BRANCH et al., 2009), e que são compreensivos (HENZI et al., 2006).

Na relação professor-aluno, há que se reconhecer a necessária atenção devida ao aluno como pessoa, conforme relato de entrevistado:

“Essa relação não deve ter degraus, né, de cima para baixo ela deve ser uma relação paritária no sentido de que é um outro, é um ser humano mais jovem inexperiente, mas também pode passar uma riqueza de experiências que vai propiciar seguramente o crescimento do professor, seguramente.” (docente)

Os professores que apresentam essas características costumam ser admirados pelos alunos e homenageados em suas formaturas, conforme relato a seguir:

“...não tenho muitos prêmios, comendas e tudo, mas essas eu coloco [as homenagens recebidas] como o maior prêmio...” (docente)

Os alunos podem se sentir insatisfeitos quando percebem pouco apoio dos professores (HENZI et al., 2005).

Mas também aqueles professores que não apresentam essas características favoráveis podem ser admirados. Por quê?

Alguns docentes são reconhecidos como “profissionais de sucesso”, e os alunos desejam se espelhar neles, ser, um dia, iguais a eles. Entretanto, o que significa ser um profissional de sucesso? Ter um consultório com os equipamentos mais modernos, ter a agenda lotada de pacientes, atender a uma elite? Ter retorno financeiro? Durante muitos anos essa foi a visão que se teve da Odontologia, de uma profissão que garantiria *status* aos profissionais, e ainda hoje muitos (professores e alunos) se identificam com esse perfil de exercício profissional.

Esses dados estão de acordo com os do estudo de Bulcão e Sayd (2003) em que os professores entrevistados se mostraram nostálgicos de um passado em que sua profissão apresentava uma situação de prestígio inquestionável e um tanto perplexos diante das novas situações, principalmente de restrições à autonomia liberal e isto pode se constituir como fator negativo na socialização e na formação de valores éticos entre seus alunos.

Contudo muitos reconhecem que o perfil de exercício profissional mudou. A Odontologia de grupo, o exercício da profissão no serviço público, as exigências constitucionais de se incorporar ao SUS, garantindo a universalidade de acesso à população são realidades das quais não se pode mais fugir.

O exercício competente da docência no ensino superior torna-se exigência e isso implica repensar a própria prática, abrir-se ao seu muitas vezes desconhecido mundo (visto que os cirurgiões-dentistas não são formados para serem docentes, nem na graduação e muitas vezes nem mesmo nos cursos de pós-graduação). O aprendizado da docência fica, de certa forma, restrito à repetição do comportamento

de seus próprios docentes, e à ideia de que é preciso demonstrar ser um bom especialista naquela área do conhecimento para os alunos.

As crenças compartilhadas por professores devem ser estudadas porque podem ser responsáveis pela manutenção de determinadas práticas e ideologias em saúde que muitas vezes não se equiparam às necessidades da atenção primária em saúde, foco das reformas curriculares em saúde. O aprendizado é adquirido pela observação direta do comportamento de outras pessoas. Isso explica por que os professores são fontes importantes de aprendizagem social sobre como o profissional deve se comportar (RONZANI, 2007).

Durante o atendimento dos pacientes, o comportamento dos professores serve de modelo (PAICE; HEARD; MOSS, 2002; GOLDIE et al., 2007) para os alunos que, por terem seus professores como exemplos, incorporarão aquelas atitudes, mesmo quando elas são contrárias àquela aprendida em sala de aula (sobretudo as que são ministradas em disciplinas de cunho humanístico e, em geral, teóricas, como Psicologia, Sociologia, Deontologia).

Para Goldie et al. (2007), o contato precoce do aluno com o ambiente ambulatorial é importante para a aquisição de um comportamento adequado.

Como todos os docentes exercem forte influência sobre o comportamento de seus alunos, os cursos de pós-graduação stricto-senso têm uma responsabilidade fundamental na formação do docente como educador e não apenas como especialista em uma determinada área de conhecimento (CARLI, 2007).

Como descrito anteriormente, na oficina realizada na reunião da ABENO em 2007, em Salvador, foi identificado como “nó crítico” para a educação do aluno de Odontologia a falta de capacitação pedagógica do docente. Isso levou à definição do

tema da reunião seguinte, realizada em 2008, em Porto Alegre, em que se discutiu o papel da pós-graduação para a formação do docente de Odontologia.

Ressalte-se que a docência requer formação profissional para seu exercício: conhecimentos específicos para exercê-la adequadamente, ou, no mínimo, a aquisição das habilidades e dos conhecimentos vinculados à atividade docente para melhorar sua qualidade (VEIGA, 2008).

Para Lemos (2004), os objetivos formais de uma disciplina poderão não ser alcançados plenamente em razão da presença de um currículo oculto que influencia esta realidade. O autor denominou “currículo oculto” os aspectos negativos do dia-a-dia da clínica que interferem na relação professor-aluno.

Para os alunos estudados por Ozolins, Hall e Peterson (2008), o currículo oculto se relaciona ao aprendizado necessário sobre o comportamento como profissionais, ao “ser médico”.

Esse currículo oculto é apontado por Patenaude, Niyonsenga e Fafard (2003a, 2003b) e Freitas, Kovaleski e Boing (2005) como empecilho para o desenvolvimento moral dos estudantes.

Neste estudo, concorda-se com Saiani (2004), Masella (2006) e Branch et al. (2001, 2009) para quem os componentes não explicitados do conhecimento não precisam obrigatoriamente ser atitudes negativas.

A esse conhecimento estão vinculados os comportamentos, as crenças e os valores que são compartilhados pelas pessoas (e também pelos professores e alunos) (SAIANI, 2004), bem como a humanidade percebida entre os docentes (BRANCH et al., 2009).

A interação entre o corpo docente e os alunos se constrói também em ambientes externos à sala de aula, por meio das interações entre os próprios alunos e os auxiliam a construir sua identidade profissional. Os professores exercem uma forte influência sobre o aprendizado do aluno, agindo como modelos, o que extrapola o âmbito dos conteúdos ensinados (MASELLA, 2006), confirmado pelo relato a seguir:

“é possibilidade de troca ... e de contar a minha experiência de vida”
(docente)

É, portanto, papel de todos os professores reconhecerem que exercem a função de ensinar aspectos humanísticos, sociais e éticos e de se empenharem em cumprir adequadamente esse papel, confirmado pelos relatos a seguir:

“...em alguns pontos do curso existem algumas disciplinas que se preocupam bastante, e todas, todas deveriam se preocupar, principalmente as clínicas.”
(docente)

“...o relacionamento paciente-profissional devia ser muito exercitado, muito exercitado.” (docente)

“Não é só ser um profissional de doença, sabe, tem que saber comportamento humano, eu acho que isso ainda falta muito, muito no nosso curso e em outros cursos de saúde.” (docente)

Devem-se propiciar espaços de reflexão junto aos professores para possibilitar uma compreensão coletiva de que em todas as disciplinas a dimensão

ético-humanista deve ser evidenciada, de modo que o estímulo a essa dimensão não seja percebido pelos alunos como atribuição quase exclusiva das áreas de Ciências Humanas e Saúde Coletiva (MATOS, 2006).

Concorde com Lempp e Seale (2004) e Costa (2007), alguns docentes da FOU SP também ressaltaram, nas oficinas e nas entrevistas, a grande ênfase que é dada pela universidade às atividades de pesquisa. Referem também que há pouco engajamento com a docência e que faltam mecanismos para valorizar a docência na graduação, confirmado pelas seguintes informações:

“...a graduação passou a ser uma coisa secundária, eu acho isso um erro grave...” (docente)

“...temos duas escolas em uma ocupando o mesmo espaço e ocupando o mesmo corpo docente; e, como a graduação não é suficientemente valorizada, então por uma questão de sobrevivência a maioria dos docentes passa a dar um valor muito maior à pós-graduação.” (docente)

“...para muitos colegas a graduação atrapalha, a graduação é um empecilho pra cumprir os ditames da pós-graduação...” (docente)

A Tabela 5.1 revela que há mais de 300 pós-graduandos matriculados nos diversos programas de pós-graduação da FOU SP. Há grande envolvimento dos docentes em suas atividades.

De acordo com o Gráfico 5.11, que apresenta dados disponibilizados pela Capes em sua avaliação trienal publicada em 2007 (triênio 2004-2006) relativamente ao número de docentes permanentes cadastrados nos programas de pós-graduação

e ao número de alunos titulados no período de avaliação, percebe-se que há, em alguns programas, grande número de doutores titulados.

Esses números revelam a grande importância da pós-graduação para a Instituição.

Ao longo dos anos, a cultura em que a Odontologia se desenvolveu foi a de profissão liberal, baseada no exercício autônomo, ou seja, profissionais atuando sozinhos em seus consultórios próprios. Ainda hoje essa é a visão que prevalece sobre o cirurgião-dentista de sucesso.

O professor da Odontologia também mantém a figura do clínico, especialista de sucesso, e é esse o modelo para o futuro exercício profissional para a maioria dos alunos.

A atuação profissional no serviço público ainda é vista por algumas pessoas como modelo inadequado de exercício profissional, lugar onde não se pratica uma Odontologia “de primeira” e está relacionada com a “esquerda”, conforme as informações colhidas por meio da observação-participante. Essa imagem, equivocada, compõe o currículo oculto na FOU SP. Os alunos recebem essa mensagem de outros docentes e de colegas da graduação ou da pós-graduação.

A especialização precoce ainda faz parte do imaginário dos alunos que a vislumbram como possibilidade de antecipar o “sucesso profissional”, conforme as informações colhidas por meio da observação-participante. Esta também é uma imagem que compõe o currículo oculto, ou seja, essa mensagem é passada aos alunos no decorrer do próprio curso de graduação.

O ensino pela pesquisa tem sido estimulado nos últimos anos. Houve um crescimento acentuado nas bolsas de iniciação científica oferecidas aos alunos. Apesar da indiscutível importância desse método de aprendizagem, por favorecer o

“aprender a aprender” e o pensamento crítico, algumas vezes essa estratégia é tomada como forma de aumentar a produção científica do docente orientador, visto que ele é cobrado por essa produção. Assim, nem sempre o objetivo da iniciação científica de ensinar o aluno a buscar o conhecimento é atingido, pois alguns projetos de pesquisa são entregues prontos aos alunos, cabendo ao aluno executar apenas uma parcela do trabalho. O orientador deve respeito à pessoa do aluno, por isso é preciso ter atenção quando essa forma de ensino for adotada.

A reestruturação curricular encontra, assim, grandes desafios para quebrar essa imagem, e adequar a formação do aluno aos novos paradigmas sugeridos pelas DCN.

Do ponto de vista da educação em Odontologia, a reestruturação curricular se apresenta como uma oportunidade para colocar em discussão o ensino na graduação, e pautar as discussões no plano epistemológico. Esse processo poderá gerar uma mudança na direção de colocar, de fato, o aluno no centro do processo ensino-aprendizagem, enfatizando a necessária atenção a ele.

Do ponto de vista do paciente, é a oportunidade de não mais estar às margens do processo de ensino, mas de ter sua dignidade respeitada, independentemente de ser atendido em clínicas no interior da instituição de ensino ou em outros cenários de práticas.

Na busca de atingir a integralidade da atenção, deve-se iniciar o processo de mudança na instituição formadora, e quem deve guiar esse processo são as pessoas envolvidas, ou seja, aquele que tem a necessidade de tratamento e busca o atendimento, o paciente, e aquele que está na instituição em busca do aprendizado, o aluno.

Cabe, pois, à educação em Odontologia, incorporar aluno e paciente como os dois principais alvos do processo de mudança curricular e, para isso, a atenção à pessoa humana deverá ser o alicerce para a construção de uma nova Odontologia.

Na FOUSP, que, como descrito anteriormente, é um importante pólo formador de professores, essa mudança na direção de atender as necessidades do aluno e do paciente deve incluir os pós-graduandos, que, em razão da própria formação, são participantes importantes no processo de ensino-aprendizagem. Por se tratar de um público flutuante, é preciso criar estratégias para envolvê-los com a Instituição, a fim de que possam compartilhar suas experiências, sem modificar a direção para a qual a instituição está tentando caminhar.

6.3.4 O ensino da ética/bioética nos cursos da área da saúde

O clima “pós-moderno” em que vivemos, solo fértil para o relativismo, certamente participa do adiamento de tomadas claras de posição a respeito da formação ética e moral. Há urgência de debates da questão da ética e da moral pelas escolas, pois nada indica que os problemas atuais de anomia, desrespeito, violência e outros mais desaparecerão milagrosamente sem intervenções sociais (LA TAILLE; SOUZA; VIZIOLI, 2004).

O progresso científico, por si só, não garante uma vida digna ao homem e pode até colocá-la em risco. Refletir sobre isso é papel da Bioética.

A ética nos cursos da área da saúde é em geral ministrada pelas disciplinas de Deontologia, cujo propósito é o de estabelecer quais as regras devem ser

seguidas no exercício da profissão. Nessas disciplinas usualmente apresentam-se aos alunos os códigos de ética da profissão e as leis que a regulamentam.

A justificativa para ensinar ética profissional em Odontologia é facilitar o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros dentistas em um contexto de responsabilidade social e profissional (NASH, 2007).

O ensino da Bioética, por outro lado, é um dos caminhos para que a formação do graduando incorpore o desenvolvimento de atitudes, indo além da formação técnica em que o foco é o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades. Contudo, é preciso que todos os docentes do curso estejam envolvidos no processo de formação do aluno de graduação no âmbito humanístico, sobretudo aqueles que ministram disciplinas clínicas. Isso porque o modelo de exercício profissional é também adquirido pelo exemplo, ou seja, os alunos reproduzirão o que aprenderam com seus professores na clínica, ainda que essas atitudes estejam sendo ensinadas tacitamente e não explicitamente, transformando-se no chamado currículo oculto.

A Bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde considerada à luz de valores e princípios. (SGRECCIA, 2003) e dessa forma é uma contribuição para o desenvolvimento da sensibilidade ética nos estudantes.

Ressalta-se, ademais, que no ensino superior o aluno deve ser o sujeito, o protagonista, da aprendizagem; para isso, o processo ensino-aprendizagem deve ser centrado no aluno e ter o professor como agente facilitador e mediador do processo.

Em virtude dessas exigências e daquelas já descritas anteriormente referentes ao perfil desejado do egresso, e na tentativa de resgatar esses valores

que guiam nosso comportamento, tem sido proposta a inclusão da Bioética no Ensino Superior na área da Saúde.

Para atingir os objetivos previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais de se formar um profissional com sólida formação humanística e ética, essas disciplinas não parecem ser suficientes, quando inseridas pontualmente em uma grade curricular.

A disciplina de Bioética não pode assumir o caráter de mais uma disciplina a oferecer conteúdo aos alunos; o conteúdo da Bioética deve ser incluído nos cursos de maneira a estimular a transdisciplinaridade, ou seja, o diálogo interdisciplinar constante com as demais disciplinas, sobretudo nos cursos da área da saúde em que o atendimento clínico e a consequente inclusão de mais um ator no processo ensino-aprendizagem – o paciente – são uma etapa da aprendizagem.

Para resgatar o sentido das relações humanas, há necessidade de discussão sobre os novos desafios bioéticos que surgem na sociedade em razão da interferência da tecnologia sobre a vida, visto que as atenções podem se desviar para as novas tecnologias (ou biotecnologias) que passam a ser o objeto da confiança das pessoas.

A incorporação dos conteúdos de Bioética nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde contribui para a formação de um egresso com perfil generalista, com formação humanista e ética, capacita-o a enfrentar os desafios éticos impostos pelo mercado de trabalho, e adequa sua formação às necessidades da população.

Para isso, os graduandos devem estar aptos a tomar decisões diante dos novos desafios que a ciência e a tecnologia trazem à vida.

Os docentes e pesquisadores necessitam estar treinados para o reconhecimento de conflitos éticos, para a análise crítica de suas implicações, para o uso de senso de responsabilidade e para a obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana e à natureza. Essa reflexão deve permear a todos aqueles que de alguma maneira estão envolvidos com as relações humanas, sejam profissionais da saúde, legisladores, educadores, administradores, ecologistas ou outros.

O ensino da ética deve abranger toda a equipe, o corpo docente e os administradores, deve acontecer ao longo do curso, e ser incorporado por todos os docentes, tendo a mesma importância das outras áreas da Odontologia, visto que os alunos referem que a competitividade exerce pressão para que adquiram um comportamento antiético (KOERBER et al., 2005), conforme relato a seguir:

“...em alguns pontos do curso existem algumas disciplinas que se preocupam bastante, e todas, todas deveriam se preocupar, principalmente as clínicas.”
(docente)

Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Finkler (2009) em que os coordenadores em que os resultados indicam que o comprometimento dos cursos de Odontologia com a dimensão ética de seus estudantes é pontual.

É importante que o aluno compreenda e incorpore o pensamento de que a harmonia do relacionamento pessoal entre o profissional e o paciente está embasada principalmente na confiança mútua e que isso é resultado de um relacionamento pautado em princípios éticos e na consolidação da empatia. Atualmente, há um desgaste neste relacionamento. Desgaste que ocorreu

gradativamente quer pela materialização de uma ferramenta jurídica realmente eficaz para o consumidor (garantida no Brasil pelo Código de Defesa do Consumidor), quer pela mentalidade tecnicista e imediatista do mercado que faz com que a grade curricular de muitos cursos de graduação priorize disciplinas técnicas em detrimento daquelas de cunho humanista e social (VARELLA; TAMOTO; JUNQUEIRA, 2006).

Assim, não é de se estranhar que existam profissionais qualificados tecnicamente, mas com dificuldade de conversar, de entender e de trabalhar com os anseios e expectativas, nem sempre realizáveis, de um paciente.

Buendía-López e Cadena-Sandoval (2006) sugerem que, antes de estabelecer programas de Bioética nos cursos, estabeleça-se o nível de conhecimento dos alunos sobre o tema e que situações práticas sejam adotadas como ferramenta para o ensino, embasadas em sólidos conhecimentos ético-filosóficos.

Pela análise do currículo de diversas faculdades de Odontologia sobre a forma como a ética é ensinada, Berk (2001) indica que em várias escolas a ética está sendo ensinada no início do curso e num formato que enfatiza a reflexão e o desenvolvimento moral. Os estudantes se beneficiam quando o ensino da ética é interativo, baseado em casos reais em que ocorrem dilemas éticos, com ênfase no diálogo entre professor e aluno.

Outomuro (2008) propõe que o ensino da Bioética para os cursos de Medicina tenha como objetivos formar um profissional generalista, apto para a atenção primária e secundária, concorde com as necessidades de saúde da população, com os recursos existentes e com o conhecimento existente na Medicina atual. Tudo em um contexto que privilegie a atenção integral sobre a especializada e que privilegie a

pessoa sobre a doença. Devem-se desenvolver objetivos atitudinais, como o desenvolvimento de atitudes de tolerância, respeito e discussão racional.

Para Gracia (2004), o mais importante em um curso de ética (ou bioética) não é ensinar a solução dos problemas, mas ensinar a resolver, a decidir.

Para mudar o comportamento dos alunos é necessário conhecê-los, promover o diálogo por meio do respeito ao outro, da tolerância, da fidelidade aos próprios valores, da escuta atenta, da atitude interna de humildade, do reconhecimento de que ninguém pode se atribuir o direito de monopolizar a verdade e que todos temos de fazer um esforço para sermos receptivos, isto é, para aceitar a possibilidade de questionar as nossas próprias convicções a partir de outras posições. Em outras palavras, necessita-se da escuta recíproca, do enriquecimento da competência profissional interdisciplinar e da autenticidade dos acordos (LEÓN CORREA, 2008).

Apesar de ser possível atuar corretamente observando-se os princípios éticos descritos nos códigos deontológicos, deixar de fazer todo o bem que se poderia fazer, quando se trabalha diretamente com o ser humano, consiste numa falta grave. Por isso, a Bioética deveria acompanhar toda a formação do aluno, pois os dilemas éticos surgem no dia-a-dia (BLASCO et al., 2009).

Para Suárez Obando e Díaz Amado (2007), há uma discrepância entre o que é ensinado e o que é vivenciado e reconhece-se que os temas de bioética devem ser ensinados durante a prática clínica.

Segundo Gross (1999), o ensino da ética, da forma como é usualmente ministrado (aulas teóricas, leituras de textos), não é suficiente para aumentar o nível de desenvolvimento moral dos estudantes.

Atividades extra-muros enriquecem o aprendizado dos alunos e ampliam a visão deles acerca da responsabilidade que têm sobre a atenção à saúde bucal da população (GADBURY-AMYOT et al., 2006).

Como estratégia pedagógica, Moreto et al. (2008) apresentam uma proposta de se ensinar Bioética por meio da construção de um portfólio com os casos em que surgem questões éticas vivenciados pelos alunos de cursos de Medicina no dia-a-dia. Os alunos salientam a importância da “aprendizagem pelo exemplo.” Sejam bons ou maus exemplos, desde que haja reflexão sobre a postura do professor, mesmo um mau exemplo pode ensinar ao aluno como se comportar. Apresentam-se assim situações em que se podem extrair benefícios de algo aparentemente nocivo, quando documentado em um portfólio. Ressaltam os autores a importância da presença de tutores, professores de clínica capacitados em Bioética, que serviriam de “guias” aos alunos no enfrentamento das questões éticas que surgem no dia-a-dia.

A metodologia de ensino de Bioética baseada em casos-problema é adotada em diversos cursos (GOLDIE; SCWARTZ; MORRISON, 2000; MORENO VILLARES; GOMEZ CASTILLO, 2003).

A introdução de uma educação para a ética nos programas escolares pode ser a oportunidade de lhes oferecer os meios para responder às interrogações essenciais do mundo atual.

No terceiro milênio é preciso ter um projeto de educação à altura dos desafios que se nos apresentam. Esta educação deverá se apoiar em dois conceitos maiores: a responsabilidade e a solidariedade de cada um em relação a todos, de todos os indivíduos e da sociedade, das gerações futuras e da humanidade inteira (KUTUKDIJIAN, 2000).

O ensino da Bioética na graduação e pós-graduação possibilita a reflexão dos alunos sobre vários temas que se relacionam ao impacto das novas tecnologias sobre a vida e deve partir da exposição de valores e princípios que servem como “instrumentos” para o “pensar” criticamente, para a compreensão e a tomada de decisões diante de desafios éticos.

A Bioética é, pois, mais que uma disciplina, ela é um campo de confronto de saberes sobre os problemas originados pelo progresso das ciências biomédicas e sua relação com as ciências humanas.

No Brasil, 55% dos cursos de pós-graduação em Odontologia (*stricto sensu*) analisados em estudo de Aires et al. (2006) tinham uma disciplina de Bioética em seus currículos, e 54% incorporavam conteúdos de Bioética em disciplinas de seus currículos.

Para a graduação, Musse et al. (2007) apontam que a Bioética era ministrada em apenas quatro cursos de graduação em Odontologia do Estado de São Paulo (dos 45 cursos existentes à época do estudo). Entretanto, ressaltam que ela deveria ocupar todos os momentos possíveis da formação profissional, sendo incompatível o ensino da disciplina, de forma isolada, por meio de metodologia convencional de transmissão passiva do conhecimento.

Para Figueiredo, Garrafa e Portillo (2008), ainda há poucos estudos em âmbito nacional que avaliem a inserção da Bioética nos cursos na área da saúde.

A respeito do conhecimento de graduandos de Odontologia sobre Bioética, estudo de Buendía-López e Cadena-Sandoval (2006), realizado em duas universidades, uma do Chile e outra do México, revelaram o baixo nível de conhecimento dos alunos sobre o que é Bioética e sobre a importância desse conhecimento para suas futuras práticas profissionais.

Puplaksis e Ramos (2007) avaliaram a importância do conhecimento ético pelos alunos de graduação do curso de Odontologia da FOU SP (que não tiveram Bioética na graduação) na qualidade dos atendimentos clínicos que realizam durante a graduação. Observaram atitudes paternalistas na conduta de alguns professores, na visão dos alunos, e dos próprios alunos com relação aos pacientes e que os alunos desenvolviam-se num meio que não privilegiava a compreensão do paciente.

Para Prado (2006), o ensino da Bioética na graduação em Odontologia contribui para uma atividade clínica mais consciente e crítica.

As aulas teóricas magistrais – que ainda prevalecem como estratégia pedagógica adotada em diversas disciplinas – reforçam a autoridade do professor (e que algumas vezes é confundida com autoritarismo). Essa postura também é percebida durante as atividades clínicas e influencia a postura dos alunos em relação aos pacientes que referem dificuldades em ouvir o paciente e em dividir com ele as responsabilidades pelo tratamento.

Segundo as bases conceituais pedagógicas do ensino dessa disciplina propostas pela Sociedade Brasileira de Bioética em 1997, não se pode ensinar ética a partir de uma lógica multidisciplinar, marcada pela simples sobreposição de disciplinas como Filosofia, Direito, Sociologia etc., sem qualquer pressuposto de ligação entre elas. O ensino da Bioética e da Ética Profissional exige uma postura interdisciplinar ou mesmo transdisciplinar (AZEVEDO, 1998; RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

6.3.5 A disciplina de Bioética na FOUSP

Na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) – grande pólo formador de docentes e pesquisadores no Brasil – desde 1998 a Disciplina de Bioética é oferecida aos alunos de pós-graduação *stricto sensu*. Nessa disciplina, há ênfase no estudo das questões que envolvem ética em pesquisa com seres humanos, visto que se estão formando professores e pesquisadores. O objetivo básico da disciplina é abrir horizontes para a percepção dos problemas e das perspectivas do grande desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, retomando a formação ética e seus princípios. Objetiva-se, também, abrir horizontes na situação concreta da prática médica e do caso clínico, refletindo sobre quais os valores em jogo e por quais caminhos concretos se podem encontrar uma linha de conduta que não os modifiquem diante das responsabilidades morais com as pessoas, a sociedade e a natureza.

Em 2004, a disciplina de Bioética passou a ser oferecida também aos alunos do primeiro ano dos cursos de graduação em Odontologia (diurno e noturno). A inserção da disciplina no primeiro ano do curso deveu-se ao fato de se pretender apresentar aos alunos ingressantes instrumentos para o desenvolvimento da reflexão ética antes que eles tivessem contato com as primeiras disciplinas clínicas. Dessa forma, os alunos estariam capacitados a reconhecer e enfrentar os dilemas éticos que surgem durante o atendimento realizado nos ambulatórios da Faculdade.

Para a graduação, além da ética em pesquisa e da humanização da assistência, são trabalhadas também questões polêmicas como eutanásia, aborto, reprodução assistida, com o intuito de fomentar a reflexão dos alunos sobre os

assuntos mais debatidos na mídia e assim permitir que eles tenham embasamento para refletir sobre esses temas (JUNQUEIRA; PUPLAKSIS; RAMOS, 2009).

Buscam-se enfrentar todos os temas desenvolvidos pela disciplina a partir de um referencial antropológico e ontológico (SGRECCIA, 2003) que considera o respeito pela dignidade da pessoa seu fundamento ético e somente a partir da consolidação desse fundamento todas as reflexões e caminhos são construídos.

Assim, na discussão sobre os diversos temas em que a tecnologia interfere na vida, trabalha-se com os alunos por meio do método triangular (SGRECCIA, 2003), segundo o qual são apresentados os aspectos científicos, os aspectos antropológicos e os aspectos éticos de cada tema.

A fim de favorecer a aprendizagem do aluno, são propostas atividades de visitas supervisionadas aos ambulatórios do curso. Lá os alunos têm a possibilidade de observar os atendimentos ambulatoriais realizados pelos alunos dos últimos anos do curso com o intuito de acompanhar como se estabelecem as relações entre os professores, os alunos, os pacientes e toda a equipe de saúde. Como essas visitas acontecem sob a supervisão direta do professor, os alunos têm a possibilidade de vivenciar situações práticas enquanto essas estão acontecendo e de debater com seus colegas e professores quais os dilemas éticos surgem na prática profissional e como esses problemas são enfrentados.

Nessas visitas, os alunos são incentivados a se colocarem no lugar dos pacientes, a tentarem perceber como, partindo de suas próprias experiências, fica mais fácil reconhecer o paciente como pessoa humana merecedora de respeito. Destaca-se para os alunos que, a partir do reconhecimento do outro num rosto que se identifica com as próprias experiências de vida, a realidade revela-se em outra dimensão, muito mais abrangente.

Soma-se a essa atividade de visita supervisionada um momento de avaliação da atividade realizada em ambiente virtual. Nesse ambiente virtual, os alunos são convidados a compartilhar suas experiências com os colegas, os professores e tutores em fóruns de discussão. Com a utilização do ambiente virtual de aprendizagem, amplia-se o momento disponibilizado para os alunos contatarem os professores e aprofundarem as discussões feitas em sala de aula e nos ambulatórios.

Essa atividade foi recentemente avaliada por Silva, Junqueira e Ramos (2009). Para isso, os registros feitos pelos alunos (total de 130 registros) no fórum de discussão criado nesse ambiente virtual (plataforma Moodle), a fim de avaliar a visita que fizeram à clínica, foram categorizados, conforme Quadro 3:

Tema	Exemplos	Análise
A roupa branca: respeito ou barreira?	“Provavelmente, a roupa branca e o avental que eu estava utilizando representaram um motivo de respeito.” “Talvez fosse mais fácil se não estivéssemos trajados de doutores” “a roupa branca muda o jeito com que as pessoas nos olham” criando-se “assim uma barreira física!”	PATERNALISMO: a facilidade e/ou dificuldade de aproximação com paciente
O campo de atuação do CD	“Outra coisa que me chamou atenção foi um paciente que estava testando uma prótese para os olhos. Não sabia que essa era uma das áreas da Odontologia.” “Além disso, achei muito interessante a seção de Prótese Buco-maxilo-facial. Eu não sabia que essa era uma especialidade odontológica!”	CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: entendendo melhor a profissão
A insegurança	“foi meio intimidante”; “no começo foi bem difícil porque a timidez é grande”	DIFICULDADE NA APROXIMAÇÃO: com o paciente
O ambiente da clínica	“CAPE. O que mais chamou a atenção foi o espaço. Diferente da clínica normal o lugar de atendimento era bem mais espaçoso. E a preocupação com a higiene era bem maior.” “Observei que existem diferentes realidades entre as divisões da clínica: na pediatria um ambiente infantil; na emergência pessoas mais adultas, com uma feição de preocupação; e na clínica de pacientes especiais um ambiente bem diferente, havia poucos pacientes, ficavam olhando c/ uma certa desconfiança p/ nós.”	CONTEXTO: reconhecendo contextos diferentes

Continua...

Conclusão		
Tema	Exemplos	Análise
A relação profissional-paciente	<p>“mesmo não tendo características semelhantes aos pacientes devemos, como profissionais, buscar entender sua realidade e dar o nosso melhor para suprir e até superar as suas expectativas.”</p> <p>“se IDENTIFICAR com o outro”</p> <p>A relação “torna-se equilibrada a partir do momento em que o profissional explicita sua vontade, pura e simples, de querer conhecer e firmar uma relação interpessoal entre duas pessoas exatamente iguais.”</p> <p>“Falando em humanização é interessante observar como é agradável quando profissional e paciente se relacionam igualitariamente”</p> <p>“então eu me dirigi a ela segurando sua mão”</p> <p>“os pacientes do setor de emergência não têm nenhuma relação pessoal com o dentista, o atendimento a essas pessoas é muito impessoal. Já para os pacientes da integrada, o atendimento é outro, a relação dentista e paciente é muito próxima, porque muitas vezes aquele paciente está lá há anos realizando tratamentos.”</p> <p>“A rápida passagem pela emergência já nos mostrou que aquele é um serviço diferenciado, onde o contato com o paciente é limitado e visa, principalmente, acabar com o desconforto que ele sente”.</p>	RESPEITO PELA DIGNIDADE DO PACIENTE: relação entre iguais, necessidade de reconhecer o outro, dificuldade em razão da exiguidade de tempo
A confiança	<p>“mesmo que demore o atendimento ela não vai a dentistas de clínicas particulares porque não tem a mesma confiança que tem aqui, nos profissionais da FOU SP”.</p>	CONFIANÇA: respeito pela Instituição
A avaliação da atividade	<p>“Pude perceber através dessa experiência que cada paciente é único, a relação que o cirurgião dentista tem com o seu paciente é única.”</p> <p>“a experiência foi muito rica, pudemos aprender bastante com a observação do espaço clínico e humano”</p> <p>“achei a atividade muito interessante gostei muito dessa maneira nova de enxergar e observar a clínica.”</p> <p>“primeiro contato com pacientes”.</p> <p>“enxergamos os fatos com outros olhos”</p> <p>“consequimos colocar em prática o que nos foi passado na sala de aula”.</p>	VISITA À CLÍNICA: mudando o olhar para a atividade profissional, com foco na importância da relação interpessoal

*Trabalho apresentado na 44ª Reunião Anual da ABENO, Cabo de Santo Agostinho (PE), julho de 2009 (SILVA; JUNQUEIRA, RAMOS, 2009).

Quadro 6.3 – Categorização (em temas, segundo Bardin) dos resultados obtidos nos relatos dos alunos nos fóruns de discussão do Moodle. FOU SP, 2009*

A análise desses resultados evidencia a relevância das atividades de visita à clínica para o ensino da Bioética, sobretudo para o ensino das relações interpessoais e para a compreensão da importância de sua personalização. Esses resultados estão de acordo com os de Junqueira e Ramos (2007b) e com aqueles

encontrados por Blasco et al. (2009), para quem a Bioética deveria acompanhar toda a formação do aluno, pois os dilemas éticos surgem no dia-a-dia.

A reestruturação curricular em curso tem permitido um grande debate entre docentes, dirigentes e alunos a respeito do novo direcionamento na formação dos graduandos.

Nesse novo contexto, a disciplina de Bioética ganhou um novo impulso e seu papel torna-se ainda mais importante. Nos próximos anos, há a proposta de os conteúdos da disciplina serem desenvolvidos ao longo do curso, nos momentos dos ciclos clínicos integradores.

Além disso, há a possibilidade de inserção de estágios vivenciais em Bioética em que os alunos acompanharão (sob a supervisão do professor) os atendimentos realizados nos diversos ambulatórios da FOU SP e serão orientados a observar as questões éticas que se apresentam desde o atendimento do paciente na recepção da clínica até o atendimento realizado pelos alunos e docentes.

A proposta do estágio visa a permitir o aprofundamento do percurso de reflexão e o adequado enfrentamento das questões éticas vivenciadas na prática profissional iniciado na disciplina da graduação. Além disso, visa a permitir o confronto com a realidade da prática profissional quando se manifestam as questões éticas que surgem no cotidiano de um ambulatório (tipos de atendimento, fluxo de paciente, relação entre a equipe de saúde e pacientes e outros).

Dessa forma, pretende-se que, ao final do curso, o aluno esteja apto a trabalhar em equipe, reconhecendo e respeitando a dignidade de todas as pessoas envolvidas no atendimento (pacientes e equipe de saúde).

A contribuição da incorporação dos conteúdos de Bioética nos currículos dos cursos de graduação, sobretudo na área da saúde, como foi apresentada, fica

evidente porque: possibilita a formação de um egresso de acordo com o perfil estabelecido nas DCN (profissional generalista, com sólida formação humanista e ética), capacita o aluno da área da saúde a enfrentar os desafios éticos impostos pelo mercado de trabalho, adéqua a formação do aluno segundo as necessidades da população, ao desenvolver nele a sensibilidade social e, principalmente, permite que se desenvolva uma mentalidade que respeite a dignidade da pessoa humana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à pessoa humana requer o reconhecimento de sua dignidade. Para isso, é necessário que a pessoa seja percebida como ser único, como unidade de corpo e espírito e em sua totalidade, ou seja, nas suas diversas dimensões (biológica, psicológica, social e espiritual).

Esse fundamental respeito à dignidade das pessoas tem sido ressaltado há séculos (VAN DER GRAAF; VAN DELDEN, 2009) ainda que a compreensão do significado da palavra “dignidade” possa ser diferente.

Para o modelo bioético personalista, seguido neste estudo, o reconhecimento da dignidade das pessoas é o fundamento.

Quando partimos de nossas próprias experiências, fica claro que cada pessoa merece ter sua dignidade respeitada (afinal, se eu mereço, o outro também merece) e que isso representa o ponto de partida para se proporcionar a atenção às pessoas.

Dar atenção a alguém significa, além de reconhecer que a pessoa faz jus a ela, observar quais as atitudes devem ser adotadas a fim de promovê-la.

Essas atitudes incorporam a importância de compreender que as pessoas têm necessidades únicas e para as quais os profissionais da saúde aceitam a *responsabilidade* de seus papéis durante o atendimento dos pacientes (LOWN et al., 2007).

No âmbito da saúde (e mais especificamente do ensino na área da saúde), para aproximar as pessoas que cuidam daquele que é cuidado, é preciso que se reconheçam as diversas dimensões do cuidado, da atenção. É preciso, pois, que a integralidade seja observada, sem o que haverá a tendência de se buscarem

respostas apenas às necessidades biológicas, que restringem a compreensão da pessoa humana.

No âmbito da formação superior em Odontologia, para que a atenção ao aluno e ao paciente seja atingida, resgatou-se, neste estudo, a importância da contribuição do docente, da reestruturação curricular – proposta pelos Ministérios da Saúde e da Educação (por meio do Pró-saúde) – e da Bioética como ciência que recentemente se inseriu nos currículos de diversos cursos da área da saúde.

Para isso, analisou-se profundamente a FOUSP, pelas seguintes razões:

- 1- por ser um grande pólo formador de cirurgiões-dentistas e de professores de Odontologia, que serão responsáveis pelo atendimento e pela formação de milhares de pessoas,
- 2- porque está passando por um processo de reestruturação curricular
- 3- e porque contempla em seu currículo a disciplina de Bioética.

Nos últimos anos, em razão da instituição do SUS como sistema nacional de saúde e da política nacional de avaliação do Ensino Superior, têm sido propostos mecanismos para adequar a formação superior na área da saúde às necessidades da população.

O modelo tradicional de formação em toda a área da saúde, centrado no modelo biomédico, que privilegia o estudo das doenças, e na assistência individual, não tem sido suficiente para mudar as condições de saúde das pessoas.

Como constitucionalmente é atribuição do SUS ordenar a formação em saúde, estabeleceram-se propostas para incentivar as instituições formadoras a se adequarem ao sistema.

As DCN estabelecidas em 2001 e 2002 definem a necessidade de as instituições formadoras promoverem mudanças epistemológicas em seus projetos

pedagógicos. Dentre elas, destaca-se a necessidade de se centrar o processo ensino-aprendizagem no aluno, desenvolvendo nele, dentre outros, o pensamento crítico e a capacidade de aprender a aprender, substituindo o modelo centrado no professor.

Outra mudança epistemológica sugerida é a necessidade de alterar a formação na área da saúde de um modelo biomédico para um modelo bio-psico-social, ou seja, de um modelo centrado na solução das necessidades biológicas das pessoas para um modelo que incorpore suas outras dimensões como as psicológicas, as sociais e as espirituais, enfim que incorpore o estudo dos determinantes sociais das doenças, em busca da integralidade da atenção.

Dessa forma, volta-se a atenção das pessoas para um novo paradigma: o paradigma da integralidade, segundo o qual se devem encontrar caminhos para resolver os problemas de saúde das pessoas, reconhecendo a necessidade de se integrar o conhecimento de diversas áreas.

Nesse contexto, o papel exigido do docente transforma-se, pois, para atingir essas mudanças, é necessário alterar as estratégias pedagógicas que vêm sendo adotadas há anos as quais se constituem principalmente em aulas magistrais, em que informações são transmitidas (modelo de transmissão) e atividades clínicas e laboratoriais em que as habilidades dos alunos são treinadas e desenvolvidas (modelo de condicionamento).

Os docentes têm percebido que as mudanças sugeridas favorecem o processo ensino-aprendizagem e reconhecem que todos podem e devem contribuir para o aprimoramento do ensino da Odontologia.

A necessidade de mudar não significa que seja necessário descartar tudo para começar de outra maneira, mas significa que um modelo de ensino adotado há décadas pode ser aprimorado para atender às necessidades da população.

As propostas do Programa Nacional de Reorientação da Formação Superior em Saúde (Pró-saúde) sugerem:

- 1- que haja mudanças na orientação teórica, em que o estudo dos determinantes sociais sejam incorporados ao projeto pedagógico, que sejam realizadas pesquisas em que haja preocupação com as necessidades da população, com foco na atenção básica;
- 2- que haja mudanças na orientação pedagógica, com a modificação das estratégias pedagógicas adotadas na instituição, com a inclusão de estratégias problematizadoras e com maior integração entre os ciclos básico e profissional, entre as diversas especialidades e entre as diversas áreas do conhecimento, a fim de que a integralidade da atenção seja atingida;
- 3- que haja mudanças nos cenários onde as atividades práticas são realizadas, e que incorporem atividades realizadas fora da instituição para que haja maior articulação entre a academia e os serviços de saúde.

O incentivo recebido por meio do Pró-saúde pela FOU SP tem permitido que a reformulação curricular caminhe, visto que têm sido realizadas diversas atividades, como: incentivo a pesquisas voltadas para a atenção básica, realização de seminários para capacitação pedagógica dos docentes, realização de reuniões e oficinas para repensar o ensino realizado nas clínicas da instituição.

A análise dessas atividades permite concluir que grandes avanços têm sido percebidos a partir desse processo de reformulação do currículo. Mas, sobretudo, permite considerar que a maior contribuição desse processo é o resgate da preocupação de todos com o ensino da graduação, visto que na FOU SP, por ser uma instituição de excelência, muitas vezes a preocupação com a pós-graduação e, como consequência, com as pesquisas de ponta se sobrepõe à preocupação com a graduação.

Em relação à atenção devida ao paciente, deve-se ressaltar a contribuição do docente como “exemplo” para o aluno. As atividades clínicas ensinam, além das habilidades clínicas requeridas de um cirurgião-dentista, as atitudes que devem ser adotadas durante o atendimento clínico. Esses comportamentos, muitas vezes denominado “currículo oculto”, molda a formação do aluno.

Esse componente da formação, também denominado “conhecimento tácito” (termo que se julga mais adequado), está presente durante todo o processo ensino-aprendizagem. Denomina-se “oculto”, por se considerar que em geral o comportamento demonstrado pelo docente não está de acordo com o que foi ensinado explicitamente nos programas das disciplinas (seja da própria disciplina, seja de outras disciplinas do curso, sobretudo por aquelas associadas à formação social e ética do aluno).

Ao se denominar esse componente do conhecimento de “tácito” (conforme proposto por Michael Polanyi) (SAIANI, 2004), se reconhece que há aspectos positivos sendo ensinados por meio do exemplo, pela troca de experiências entre as pessoas, sobretudo nos ambientes externos aos das aulas.

O conhecimento que é ensinado tacitamente é o grande responsável pela formação integral do aluno, formação que extrapola o âmbito da formação técnica,

engloba a formação humanística, social e ética, e é fundamental para que o futuro profissional exerça suas atividades de maneira a cuidar do paciente também de forma integral.

Quando um docente se dispõe a compartilhar sua vida com o aluno, a trocar com ele suas experiências – e não somente as experiências profissionais –, a conviver com o aluno, cria-se um vínculo, um encontro entre as pessoas, capaz de favorecer a compreensão de vários problemas da vida, e que não se restringe ao ensino dos aspectos técnico-científicos relacionados ao processo saúde-doença.

“O aluno não precisa de um banco [de informações] ele precisa de alguém que supervisione, que aconselhe, que coloque ele às vezes no rumo ou que às vezes tire ele do rumo.” (docente)

Ao contribuir para a formação integral do aluno, o docente permitirá que o aluno extrapole o aprendido para o atendimento do paciente, objetivo da formação em saúde. O paciente será então beneficiado por ser reconhecido como merecedor de atenção, tendo sua dignidade reconhecida, o que favorece a integralidade da atenção.

Somado a esses fatores, o ensino da Bioética pode contribuir para despertar no aluno a percepção da relevância de se relacionar com as pessoas partindo de suas próprias experiências. Sobretudo quando esse ensino ocorre na prática, como é proposto na FOUSP, pela vivência de situações reais, que possibilitam ao aluno o desenvolvimento do pensamento crítico baseado em circunstâncias em que os olhares dos alunos e pacientes podem se cruzar, as atitudes éticas são exercitadas e serão assimiladas mais facilmente pelos alunos.

“Pude perceber através dessa experiência (visita à clínica promovida pela disciplina de Bioética) que cada paciente é único, a relação que o cirurgião-dentista tem com o seu paciente é única.” (aluno)

Enfim, para que a formação do aluno seja de fato integral e que culmine com o atendimento integral do paciente, é preciso haver o engajamento de toda a instituição. Isso deverá ocorrer por meio da alteração de seu projeto pedagógico (o que está proposto pela reestruturação curricular), e por meio da participação de todos os docentes, que devem se envolver no processo de formação humanística, social e ética do aluno de graduação.

REFERÊNCIAS¹

Abreu Neto IP, Lima Filho OS, Silva LEC, Costa NMSC. Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. *Rev Bras Educ Med* 2006; 30(3):154-60.

Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of Bioethics in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res* 2006;20(4):285-9.

Amorim STSP, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. *Rev Nutr* 2001;14(2):111-8.

Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):179-82.

Araujo ME. Relatório final do Projeto Institucional do Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo. Pró-saúde, 2009.

Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO – Relatório da Oficina “Construindo um projeto pedagógico” realizada durante a 42ª. Reunião Anual da ABENO realizada de 25 a 28 de julho de 2007, em Salvador, Bahia. Disponível em www.abeno.org.br. Acesso em 21 de janeiro de 2009.

Azevêdo EES. Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar. *Interface – Comunic Saúde Educ* 1998; 2:127-38.

Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Lat-am Enfermagem* 2007;15(1):34-41.

Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.

¹ De acordo com o estilo Vancouver do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), versão atualizada em outubro de 2001.

Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med* 2005; 3(4):331-8.

Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 1998;2(1):139-54.

Berk NW. Teaching ethics in dental schools: trends, techniques, and targets. *J Dent Educ* 2001;65(8):744-50.

Blasco PG, De Otálora MSD, Pastushenko J, Trota RA. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria* 2009;41(2):103–8.

Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bul WHO* 2002; 80(7):592-3.

Boyd LD. Reflections on clinical practice by first-year dental students: a qualitative study. *J Dent Educ* 2002; 66(6):710-20.

Boyd LD. Development of reflective judgement in the pre-doctoral dental clinical curriculum. *Eur J Dent Educ* 2008; 12(3):149–58.

Branch WT, Frankel R, Gracey CF, Haidet PM, Weissmann P, Cantey P, Mitchell GA, Inui TS. A good clinician and a caring person. *Acad Med* 2009;84(1):117-25.

Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, Inui T. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 2001; 286(9):1067-74.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

Brasil, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2009. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php Acesso em 29/09/2009.

Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior, 2007. Disponível em <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/>. Acesso em 20/08/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS 3/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p.10, Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde. Brasília, 2005, 80p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em 12 de abril de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brosky ME, Keefer OA, Hodges JS, Pesun IJ, Cook G. Patient perceptions of professionalism in Dentistry. J Dent Educ 2003; 67(8):909-15.

Buendía-López AL, Cadena-Sandoval CA. Nivel de conocimiento de la Bioética en carreras de Odontología de dos Universidades de América Latina. Acta Bioethica 2006; 12(1):41-7.

Bulcão LG, Sayd JD. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2003, 13(1):11-38.

Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker LCM, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Rev Bras Educ Med 2001;25(2):53-9.

Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública 1999; 15(3): 647-54.

Carli G. Formação docente e educação odontológica: uma perspectiva em construção. [Dissertação de Mestrado]. Canoas: Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil; 2007.

Carson RA. Engaged humanities: moral work in the precincts of medicine. *Perspect Biol Med* 2007;50(3):321–33.

Castanho ME. Professores de ensino superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2002;6(10):51-62.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1400-10.

Ceccim RB, Pinto LF. A formação e a especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(3):266-77.

Costa NMSC. Docência no Ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med* 2007;31(1):21-30.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):780-8.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 25/04/2008.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC; 1999.

Elkind A, Potter C, Watts C, Blinkhorn F, Duxbury J, Hull P et al. Patients treated by dental students in outreach: the first year of a pilot project. *Eur J Dent Educ* 2005; 9(2):49–52.

Eriksen HM, Bergdahl J, Bergdahl M. A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *Eur J Dent Educ* 2008;12(3):170-5.

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP. Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2007.

Fávero MLA. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. *Educar* 2006;28:17-36.

Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO* 2003;3(1):24-7.

Field MJ, editor. Dental education at the crossroads: challenges and change. Washington: National Academy Press. 1995. Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/4925.html>. Acesso em 17/09/2009.

Figueiredo AM, Garrafa V, Portillo JAC. Ensino da Bioética na área das ciências da saúde no Brasil: estudo de revisão sistemática. *Interthesis* 2008; 5(2):47-72.

Finkler M. Formação ética na graduação em Odontologia: realidades e desafios [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Departamento de Odontologia da UFSC; 2009.

Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(5):812-20.

Formicola AJ, McIntosh J, Marshall S, Albert D, Mitchell-Lewis D, Zabos GP et al. Population-based primary care and dental education: a new role for dental schools. *J Dent Edu* 1999; 63(4):331-8.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freitas SFT, Kovaleski DF, Boing AF. Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma avaliação construtivista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(2):453-62.

Gadbury-Amyot CC, Simmer-Beck M, McCunniff M, Williams KB. Using a multifaceted approach including community-based service-learning to enrich formal ethics instruction in a dental school setting. *J Dent Educ* 2006; 70(6):652-61.

Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde Interface. *Comunic Saúde Educ* 2001;5(8):89-100.

Giussani L. O senso religioso. Trad. de Paulo Afonso de Oliveira. São Paulo: Editora C.I.; 1988.

Goldie J, Dowie A, Cotton P, Morrison J. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. *Med Educ* 2007; 41(6):610-7.

Goldie J, Schwartz L, Morrison J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Med Educ* 2000;34(6):468-73.

Gracia D. La enseñanza de la Bioética. In: Lolas F, editor. *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004. p. 23-37.

Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs*. 2005;13(4):251-7.

Gross ML. Ethics education and physician morality. *Soc Sci Med* 1999; 49(3):329-42.

Haddad AE, Morita MC. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: Carvalho ACP, Kriger L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. cap. 11. p. 105-17.

Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

Haddock J. Towards further clarification of the concept dignity. *J Adv Nurs* 1996; 24(5):924-31.

Haden NK, Andrieu SC, Chadwick DG, Chmar JE, Cole JR, George MC et al. ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education. The dental education environment. *J Dent Educ* 2006;70(12):1265-70.

Haidet P, Stein HF. The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *J Gen Intern Med* 2006; 21(Supl 1):S16-20.

Hendricson WD, Andrieu SC, Chadwick G, Chmar JE, Cole JR, George MC et al. Educational strategies associated with development of problem-solving, critical thinking, and self-directed learning. *J Dent Educ* 2006; 70(9):925-36.

Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W, Cintron L, Isaacs M. Appraisal of the dental school learning environment: the students' view. *J Dent Educ* 2005;69(10):1137-47.

Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. North American dental students' perspectives about their clinical education. *J Dent Educ* 2006; 70(4):361-77.

Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. In the students' own words: what are the strengths and weaknesses of the dental school curriculum? *J Dent Educ* 2007; 71(5):632-45.

Junqueira CR. Avaliação da percepção dos pacientes de uma Instituição de Ensino Superior de Odontologia sobre o tratamento oferecido: considerações sobre os aspectos éticos envolvidos no atendimento [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

Junqueira CR, Pupilaksis NV, Ramos DLP. O ensino da Bioética. In: Ramos DLP (Org.). *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. cap. 5, p. 87-95.

Junqueira CR, Ramos DLP. La formazione professionale e la personalizzazione dell'assistenza. *Prospetiva Persona* 2007a;61-2:13-5.

Junqueira CR, Ramos DLP. Aspectos éticos da percepção de pacientes em atendimento odontológico. *Rev Bras Cien Saúde* 2007b;11(1):95-102.

Junqueira SR, Panutti CM, Rode SM. Oral health in Brazil – Part I: public oral health policies. *Braz Oral Res* 2008;22(Spec Iss 1): 8-17.

Kassebaum DK, Hendricson WD, Taft T, Haden NK. The dental curriculum at North American Dental Institutions in 2002-03: a survey of current structure, recent innovations, and planned changes. *J Dent Educ* 2004;68(9):914-31.

Kersten HW, Vervoorn JM, Zijlstra AE, Blok S, Van Eidjen TMGJ. Development and implementation of new educational concepts in a dental curriculum. *Eur J Dent Educ* 2007; 11(1):2-9.

Koerber A, Botto RW, Pendleton DD, Albazzaz MB, Doshi SJ, Rinando VA. Enhancing ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. *J Dent Educ* 2005; 69(2):213-24.

Kutukdijian G. Le projet génome humain: biologie et éducation. In: Sgreccia E, Di Pietro ML. *Bioetica e formazione*. Milano: Vita e pensiero; 2000. p. 3-22.

La Taille Y, Souza LS, Vizioli L. Ética e educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003 *Educ Pesqui* 2004; 30(1):91-108.

Lauand LJ. Os fundamentos da ética. In: *Diálogos com Tomás de Aquino*. São Paulo: Mandruvá; 2002.

Lazzarin HC, Nakama L, Cordoni Júnior L. O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(1):90-101.

Lemos CLS. Explicitando o currículo oculto da clínica integrada. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004; 4(2):105-12.

Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004;329(7469):770-3.

León Correa FJ. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica* 2008; 14(1):11-8.

Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface (Botucatu)* 2003; 7(12):175-84.

Lown BA, Chou CL, Clark WD, Haidet P, White MK, Krupat E et al. Caring attitudes in medical education: perceptions of deans and curriculum leaders. *J Gen Intern Med* 2007; 22(11):1514-22.

Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo : EPU; 2005.

Machado NJ. *Conhecimento e valor*. São Paulo: Moderna; 2004.

Machado NJ. Educação: competência e qualidade. São Paulo: Escrituras, 2009.

Maltagliati LA, Goldenberg P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2007;14(4):1329-40.

Masella RS. The hidden curriculum: value added in dental education. *J Dent Educ* 2006; 70(3):279-83.

Masetto M. (org.) Docência na Universidade. 2ª São Paulo: Papirus; 2000.

Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs* 2008; 17(20): 2709–17.

Matos MS. Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de odontologia da Bahia [Tese de Doutorado]. Salvador: Departamento de Educação da UFBA; 2006.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1411-6.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Moreno Villares JM, Gomez Castillo E. La Bioética en el programa de formación de residentes de pediatría. *An Pediatr* 2003;58(4):333-8.

Moreto G, Bariani DB, Pinheiro, TRP, Altisent R, Blasco PG. Una nueva metodología docente en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de Medicina en Brasil. *Pers Bioet* 2008; 2(31):132-44.

Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO* 2004;4(1):17-21.

Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995.

Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Humanização como conceito-experiência para a Odontologia. In: Carvalho ACP, Kriger L (Org.). Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. cap. 23. p. 257-64.

Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L, Schmitt EJ. Humanizando a educação em Odontologia. Rev ABENO 2003;3(1):58-64.

Musse JO, Boing AF, Martino FS, Silva RHA, Vaccarezza GF, Ramos DLP. O Ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde 2007;14(1):13-6.

Nash DA. On ethics in the profession of dentistry and dental education. Eur J Dent Educ 2007; 11(2):64-74.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo : Casa do Psicólogo; 2001.

Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. Med Educ 2006; 40:(4):322–8.

Nuto SAS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa ICC, Oliveira AGRC. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. Ciênc saúde coletiva 2006;11(1):89-96.

Oliveira ES, Vieira ALS, Cardoso AL, Amâncio Filho A, Garcia ACP. Odontologia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. 2006. p. 89-112.

Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Med 2008; 32(3):333–46.

Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra: ONU; 1948.

Outomuro D. Fundamentación de la enseñanza de la bioética em medicina. Acta Bioethica 2008;14(1):19-29.

Ozolins I, Hall H, Peterson R. The student voice: recognizing the hidden and informal curriculum in medicine. *Med Teach* 2008;30(6):606-11.

Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325(7366):707-10.

Paixão HH, Campos H, Lima WA. O paciente como objeto de ensino. *Arq Cent Est Univ Fed Minas Gerais* 1981;18(12):37-40.

Palazzani L. La fundamentación personalista en Bioética. *Cuadernos de Bioética* 1993;14(2):48-54.

Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *JAMC* 2003a; 168(7):840-4.

Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in the components of moral reasoning during students' medical education: a pilot study. *Med Educ* 2003b; 37(9):822-9.

Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res* 1999;34(5 Pt 2):1189-208.

Paula LM, Bezerra ACB. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. *Rev ABENO* 2003; 3(1):7-14.

Perez EP. A propósito da educação médica. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004; 4(1):9-13.

Prado MM. A bioética na formação em odontologia: análise de sua importância para uma prática consciente e crítica [Tese de Doutorado]. Brasília: Pós-graduação em Ciências da Saúde da Unb; 2006.

Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):243-6.

Puplaksis NV. A contribuição da bioética para a formação dos profissionais da saúde de odontologia [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

Puplaksis NV, Ramos DLP. Percepção dos alunos de Instituição de Ensino Superior de Odontologia de São Paulo e dos usuários dos atendimentos odontológicos sobre aspectos éticos. *RPG Rev Pós Grad* 2007;13(4):318-23.

Ramos DLP, Junqueira CR. Bioética - Conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: Ramos DLP (org.) *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2007. cap.2. p.22-34.

Ramos DLP, Silva MP, Caldato MCF. A pessoa e a vida humana: um fundamento para a Bioética. In: Ramos DLP (Org.). *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. cap. 2, p.39-55.

Richards L, Morse JM. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. 2nd ed. Sage Publications: Thousand Oaks; 2007.

Ronzani TM. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Rev Bras Educ Med* 2007;31(1):38-43.

Saiani C. O valor do conhecimento tácito: a epistemologia de Michael Polanyi. São Paulo: Escrituras; 2004.

Santa-Rosa TTA, Vargas AMD, Ferreira EF. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface Comunic Saúde Educ* 2007;11(23):451-66.

Sanz M. Dental education and the Bologna Process. *Eur J Dent Educ* 2003; 7(4):143-6.

Savage J. Ethnography and health care. *BMJ* 2000;321(7273):1400–2.

Secco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004a; 9(1):113-20.

Secco LG, Pereira MLT. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de odontologia do Estado de São Paulo. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2004b; 8(15):313-30.

Sgreccia E. *Manual de Bioética: I – fundamento e ética biomédica*. Trad. de Orlando S. Moreira. São Paulo: Loyola; 1996.

Sgreccia E. Manuale di Bioetica: I – fondamenti ed etica biomedica. 3^a ed. Milano: Vita e pensiero; 2003.

Shaw D. Continuous consent and dignity in dentistry. *BDJ* 2007; 203(10): 569-71.

Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* 1998; 5(3): 246-55.

Silva JM. Democracia e educação: a alternativa da participação popular na administração escolar [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação da USP; 1989.

Silva PMT, Junqueira CR, Ramos DLP. Visitas supervisionadas à clínica e fóruns de discussão no Moodle. *IJD* 2009;8(Supl 1):6-6.

Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4): 488-91.

Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):48-56.

Smith CS, Ester TZ, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. *J Dent Educ* 2006;70(4):398-408.

Suárez Obando F, Díaz Amado E. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioeth* 2007;13(1):107-13.

Terada RSS, Nakama L. A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá. São Paulo: Hucitec; Rede Unida; ABENO, 2004.

Tresolini CP. Health care relationships: instruments for effective patient-focused care in the academic health center. *J Dent Edu* 1996; 60(12):945-50.

Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características. *Rev Portuguesa Psicossomática* 2000; 2(1):93-108.

Turato ER. Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

Van Der Graaf R, Van Delden JM. Clarifying appeals to dignity in medical ethics from an historical perspective. *Bioethics* 2009; 23(3): 151-60.

Varella MA, Tamoto M, Junqueira CR. Relacionamento professor/ aluno/ paciente e documentação odontológica. In: Carvalho ACP, Kriger L (Org.). Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas. 2006. cap. 17. p. 175-83.

Veiga IPA. Profissão docente: novos sentidos, novas perspectivas. Campinas: Papirus, 2008.

Vieira JE, Elias PEM, Benseñor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de atenção básica em saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Med* 2007;31(3):236-44.

Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(3):143–51.

Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;62(5):607-18.

Zilbovicius C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 07/2008

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa **"CONTRIBUIÇÃO À FORMAÇÃO INTEGRAL DO GRADUANDO EM ODONTOLOGIA EM BUSCA DO RESPEITO À DIGNIDADE DO PACIENTE E DA ABORDAGEM INTEGRAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA"**, de responsabilidade da Pesquisadora CILENE RENNÓ JUNQUEIRA e sob orientação do Prof. Dr. DALTON LUIZ DE PAULA RAMOS.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 12 de maio de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP