

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PPG- MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**LUIZ EDUARDO DE ALMEIDA**

**ANÁLISE DESCRITIVA DA DISCIPLINA “SEMINÁRIO PARA  
SENSIBILIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E  
ENFOQUE HUMANIZADO”: UMA INTEGRAÇÃO ENTRE A  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFJF E O PRÓ-SAÚDE.**

Juiz de Fora

2010

**LUIZ EDUARDO DE ALMEIDA**

**ANÁLISE DESCRITIVA DA DISCIPLINA “SEMINÁRIO PARA  
SENSIBILIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E  
ENFOQUE HUMANIZADO”: UMA INTEGRAÇÃO ENTRE A  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFJF E O PRÓ-SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao PPG-  
Mestrado em Clínica Odontológica da  
Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora,  
como parte dos requisitos para obtenção  
do título de Mestre em Odontologia, área  
de concentração: Clínica Odontológica.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Nalon Pereira, C.D., M.O., D.O.**

Juiz de Fora

2010

Almeida, Luiz Eduardo de.

Análise descritiva da disciplina “Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado”: uma integração entre a faculdade de odontologia – UFJF e o Pró-Saúde / Luiz Eduardo de Almeida. – 2010.

239 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Odontologia – Orientação profissional. 2. Humanização da Assistência I. Título.

CDU 616.314:616.9

## **LUIZ EDUARDO DE ALMEIDA**

### **ANÁLISE DESCRITIVA DA DISCIPLINA “SEMINÁRIO PARA SENSIBILIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E ENFOQUE HUMANIZADO”: UMA INTEGRAÇÃO ENTRE A FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFJF E O PRÓ-SAÚDE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao PPG- Mestrado em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos ao título de Mestre em Odontologia, área de concentração: Clínica Odontológica. Aprovado em 23 de agosto de 2010, pela Banca Examinadora composta por:

---

Prof<sup>a</sup>. Marília Nalon Pereira  
Doutora – UFJF  
Orientadora

---

Prof. Antônio Márcio Resende do Carmo  
Doutor – UFRJ  
Membro Titular

---

Prof. Elton Geraldo de Oliveira Góis  
Doutor – UFMG  
Membro Titular

## DEDICATÓRIA

**A DEUS,**

*por permitir a vida e as relações...*

*Aos meus **PAIS, CELSO e GRACINHA,***

*pelo exemplo de coragem e dedicação.*

*Por me ensinarem o sentido da palavra família.*

*Agradeço por tudo o que fizeram, fazem e farão por mim.*

*Amo vocês!!!*

*Aos meus **IRMÃOS, ADRIANA, CELSO, RONALDO, PEDRO e LUCIANA,***

*amigos, conselheiros e batalhadores.*

*Obrigado pelo apoio e incentivo que me fazem mais forte e confiante.*

*Quero estar sempre perto de vocês...*

*À minha orientadora, **PROFESSORA DOUTORA MARÍLIA NALON PEREIRA,***

*pelo exemplo de ser humano e educadora.*

*Obrigado por me fazer ver uma nova Odontologia, mais humana.*

*Posso dizer que separados somos fortes e juntos imbatíveis...*

## AGRADECIMENTOS

*Certamente há muitos exemplos a serem seguidos. Penso que agradecer não é apenas lembrar-se de alguns nomes ou lugares, mas sim reconhecer a importância que eles tiveram em minha vida.*

*Portanto, venho aqui agradecer aos amigos que cursaram comigo o Mestrado em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia, UFJF, aos Professores e aos Funcionários. Saibam que vocês trouxeram um sentido especial no meu jeito de viver.*

*Agradeço ainda as minhas eternas amigas da secretaria, Bernadete (pelos abraços afetuosos que ganhei), Flávia (pela sua transparência) e Wanessa (pela disponibilidade). Não poderia me esquecer do amigo e Prof. Dr. Antônio Márcio e Silvânia que foram fundamentais neste importante percurso da minha vida. Lembro-me também da Prof. Dr<sup>a</sup>. Karina que recebeu meu trabalho de forma valorosa.*

*Obrigado por existirem e por fazerem parte desta história.*

*“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.*

**Fernando Pessoa**

ALMEIDA, L. E. **Análise descritiva da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”:** uma integração entre a Faculdade de Odontologia – UFJF e o PRÓ-SAÚDE. Juiz de Fora (MG), 2010. 239f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação stricto sensu - Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).

## RESUMO

Em detrimento de uma medicina científica e terapêutica, muito se discute quanto a uma prática odontológica humanizada, integral e preventiva. Afinal, saúde não se refere simplesmente à ausência de doença - levam-se para sua designação fatores biológicos, sociais e psicoafetivos. Contrapondo-se a esta realidade, ressalta-se a enorme letargia das faculdades em atualizar seus arcaicos currículos e oferecer ensino em sintonia com os novos conhecimentos e as reais necessidades da população brasileira. O que gera como corolário uma maior atenção por partes das instituições de ensino superior no tocante à formação do profissional de saúde, garantindo ao acadêmico uma qualificação para o exercício da Odontologia social, com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, com espírito empreendedor e inovador, pautando-se em princípios éticos e legais da profissão. Dentro destes questionamentos, o presente estudo foi proposto com base na importância da introdução dos conceitos humanísticos para a formação do cirurgião-dentista. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter transversal, descritivo e exploratório. Foi apresentada a experiência da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, ofertada ao segundo período, que integra o novo currículo acadêmico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, através da parceria desta instituição com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-Saúde. A abordagem teórica dos conceitos humanísticos se deu por aulas expositivas, cujos conteúdos foram: Processo saúde-doença e suas dimensões; Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística; Humanização do atendimento odontológico; O SUS no ensino superior (Pró-Saúde); Noções de bioética; Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva. Destaca-se ainda que se ofertou oportunidade prática para os conceitos abordados, através do “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”. Através desta experiência, pode-se concluir que o presente estudo serviu como um importante passo no tocante à valorização do cunho social na Odontologia, o que exigiu uma prática pedagógica direcionada aos paradigmas emergentes da educação, os quais conduzem o processo ensino-aprendizagem, de forma mais abrangente, ou seja, visualizando o aluno como um ser completo, capaz de produzir conhecimento, transformar a realidade e ao entrar no mundo do trabalho perceber o seu paciente com um ser humano portador de necessidades biológicas, sociais e psicoafetivas, que precisam ser atendidas de forma holística.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência; Educação Superior; Profissional de Saúde.



ALMEIDA, L. E. **Descriptive analysis of the discipline “Seminar to the sensibilization of the importance of sheltering and humanized services”:** a integration between the College of Dentistry – UFJF and the PRÓ-SAÚDE. Juiz de Fora (MG), 2010. 239f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação stricto sensu - Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).

## ABSTRACT

Rather than a scientific medicine and therapeutics, there is much discussion regarding a dental practice humane, comprehensive and preventive. After all, health is not simply refer to the absence of disease - leading to his appointment biological, social and psychoaffective. Opposed to this reality, the study highlights the enormous lethargy colleges to update their archaic curricula and provide education in line with new knowledge and the real needs of the population. The corollary that generates more attention from higher education institutions regarding the training of health professionals, ensuring the academic qualifications for the practice of social dentistry, with a generalist view, humanistic, critical and reflective, with an entrepreneurial spirit and innovative, guided by ethical principles and legal profession. Within these questions, the present study was based on the importance of the introduction of humanistic concepts for the training of dentists. This is a survey with a qualitative approach, the transversal, descriptive and exploratory. Was presented the experience of the “Seminar to the Sensibilization of the Importance of Sheltering and Humanized Services”, offered the second period, which integrates the new academic curriculum of the Dentistry Course of the Federal University of Juiz de For a (UFJF, the acronym in Portuguese), through partnership with the Program of this institution National Reorientation of Vocational Training in Health, Pro-Health (Pró-Saúde, the acronym in Portuguese). The theoretical approach of humanistic concepts was given by lectures, whose contents were: Health-disease process and its dimensions; caries and periodontal diseases: a holistic perception; Humanization of dental care; SUS in higher education (Pro-Health); Notions bioethics; management in dentistry: how to plan, develop and evaluate an educational-preventive activity. It is noticeable that it has offered an opportunity to practice the concepts covered by the "Stage of Integrated Clinic in Primary Care". Through this experience, we can conclude that this study served as an important step regarding the valuation of a social nature in Dentistry, which required a teaching practice focused on emerging paradigms of education, which lead the teaching-learning, more broadly, viewing the student as a whole being capable of producing knowledge, changing reality and enter the world of work understand your patient with a human carrier of the biological, social and psychological and that must be addressed holistically.

**Keywords:** Assistance Humanization; Higher Education; Health Professional.

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>12</b>
<b>LISTA DE TABELA.....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 A PRÁTICA E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ODONTOLOGIA NO BRASIL.</b>	<b>22</b>
<b>2.1.1. Contextualização da prática odontológica: para entender o presente é preciso conhecer o passado.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.2. O modelo de formação odontológico.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1.3. Aspectos curriculares: Diretrizes Curriculares Nacionais.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.4. Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): uma nova proposta para formação de recursos humanos de nível superior em saúde.....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2.1. Humanismo e humanização.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2.2. Formação profissional em Odontologia em uma perspectiva humanística: um paradigma em construção.....</b>	<b>50</b>
<b>2.2.3. Metodologia problematizadora: da observação à aplicação da realidade.....</b>	<b>54</b>

<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>60</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>61</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>61</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2 TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA: INSTRUMENTOS E PROCESSOS DA PESQUISA.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3.1. A questão.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3.2. Objeto.....</b>	<b>68</b>
<b>4.3.3. Sujeito da pesquisa e aspectos éticos.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3.4. Local da realização da pesquisa.....</b>	<b>71</b>
<b>4.3.5. Análise do conteúdo.....</b>	<b>71</b>
<b>4.3.6. Histórico.....</b>	<b>75</b>
<b>4.3.7. Cenário de atuação.....</b>	<b>76</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>5.1 ORIENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>78</b>
<b>5.1.1. A reflexão.....</b>	<b>78</b>
<b>5.1.2. A experiência.....</b>	<b>81</b>
<b>a. Apresentação da disciplina: 28/08/2009.....</b>	<b>82</b>
<b>b. Processo saúde-doença e suas dimensões: 04/09/2009.....</b>	<b>86</b>
<b>c. Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística: 18/09/2009.....</b>	<b>100</b>
<b>d. Humanização do atendimento odontológico: 25/09/2009.....</b>	<b>114</b>
<b>e. O SUS no ensino superior (Pró-Saúde): 02/10/2009.....</b>	<b>122</b>
<b>f. Noções de Bioética: 09/10/2009.....</b>	<b>136</b>
<b>g. Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma                 atividade educativo-preventiva: 16/10/2009, 23/10/2009, 30/10/2009,</b>	

06/11/2009, 04/12/2009.....	141
<b>5.2 ORIENTAÇÃO DE PRÁTICA.....</b>	<b>198</b>
5.2.1. A reflexão.....	198
5.2.2. A experiência.....	201
a. Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária.....	201
<b>5.3 ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA.....</b>	<b>206</b>
5.3.1. A reflexão.....	206
5.2.2. A experiência.....	209
<b>5.4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: PEDE-SE LICENÇA À ESTATÍSTICA.....</b>	<b>209</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>211</b>
6.1 NÃO PARA CONCLUIR, MAS PARA DESAFIAR.....	212
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>215</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>231</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	-	Atenção Básica
ABENO	-	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABRASCO	-	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AP	-	Atenção Primária
CD	-	Cirurgião(ões)-dentista(s)
CE	-	Comitê de Ética
CF	-	Constituição Federal
CNE	-	Conselho Nacional de Educação
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	-	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECIAP	-	Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária
FO	-	Faculdade de Odontologia
FO-UFJF	-	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
HS	-	Humanização em Saúde
HumanizaSUS	-	Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde
IES	-	Instituições de Ensino Superior
INEP	-	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases
LDBE	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
ME	-	Ministério da Educação
MRS	-	Movimento da Reforma Sanitária
MS	-	Ministério da Saúde
PI	-	Portaria Interministerial
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PQ	-	Pesquisa Qualitativa
PROMED	-	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	-	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PS	-	Profissional(is) de Saúde
SESu	-	Secretaria de Educação Superior
SGTES	-	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SP	-	Serviços Públicos
SSIAEH	-	Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TPL	-	Teoria Pedagógica Libertadora
UFJF	-	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICAMP	-	Universidade Estadual de Campinas

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Conteúdo programático - Página 72

---

# 1 INTRODUÇÃO

*“... humanizar é a arte de desenvolver os nossos sentidos e fazer disso um forte aliado ao atendimento odontológico, garantindo ao paciente um atendimento humanizado, como ele merece (ALMEIDA, 2009, p.120)*



# 1 INTRODUÇÃO

O termo humanização tem sido recorrente em divulgações científicas sobre o cuidado e a assistência à saúde, seja relacionado à hospitalização, à ética, à tecnologia, a políticas de saúde, ao ensino ou à relação entre os profissionais da saúde e a pessoa que busca seus serviços – afinal, o processo de humanização deve passar por toda a sociedade.

No momento em que o tema da humanização ocupa importante espaço nos debates contemporâneos sobre formação e trabalho em saúde, urge que o conceito “humanização” seja reavaliado e criticado. Tal urgência se configura pela banalização e fragmentação com que o tema vem sendo tratado em parte da literatura biomédica e sanitária: ora aparece como uma noção que visa à amenização de uma prática médica capitalista e excludente; ora como a busca de uma essência moral perdida; ora como uma simples percepção negativa da realidade; ora como valorização de direitos sociais – ou seja, o desenvolvimento fragmentado dos conceitos humanísticos coloca as motivações do movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos, fragilizando e até mesmo inibindo sua ação (PUCCINI e CECÍLIO, 2004; BENEVIDES e PASSOS, 2005a).

Dentro destes questionamentos, Almeida, 2009, p.119-120, explanou:

*“[...] Lembro-me como se fosse hoje a minha estranheza com a palavra humanização: afinal, se eu sou um ser humano, o paciente idem [...] Afinal, o que é humanização? Acredito que um atendimento humanizado seja aquele em que o paciente receba de mim, acadêmico, um atendimento integral às suas reais necessidades: biológicas, sociais e psicoafetivas [...] Completo que para se humanizar uma relação temos que aguçar nossos sentidos. Não basta a*

*visão, o olfato, o paladar, o tato e a audição como recursos fisiológicos, na verdade temos que usá-los como aliados dentro da clínica odontológica. A visão, não é apenas ver o paciente, mas avaliá-lo a um olhar clínico: a sua fisionomia é de muito dor, ele demonstra insegurança no olhar... Não seria o tato uma boa medida para estabelecer um elo entre paciente e profissional [...] E assim seguem-se os demais sentidos [...] Concluo que humanizar é a arte de desenvolver os nossos sentidos e fazer disso um forte aliado ao atendimento odontológico, garantindo ao paciente um atendimento humanizado, como ele merece”.*

Os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciam que as iniciativas em curso se reduzem, grande parte das vezes, às alterações que não chegam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (BENEVIDES e PASSOS, 2005b). Contudo, o tema tornou-se tão importante que até mesmo uma Política Nacional de Humanização (PNH), no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada (BRASIL, 2004a). Ainda assim, não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo.

Indiferente a conceitos e designações pode-se dizer que quando o assunto é humanização, parece ser consenso que a questão central é o sujeito, a pessoa que busca pelo serviço de saúde, caracterizando uma assistência humanizada como aquela que é personalizada. Além disso, qualquer assistência em saúde implica na relação entre pessoas que, nesse caso, ocorre entre o profissional e a pessoa que receberá os cuidados. O fato de considerar o profissional da saúde também como sujeito estabelece uma relação sujeito-sujeito e o que permitirá a classificação dessa interação como humanizada é a qualidade da relação (PESSINI et al., 2003).

Então, pode-se questionar, afinal, de que serve debater a humanização se isso não trouxer de fato mudanças concretas na prática dos serviços de saúde e na qualidade de serviços ofertados à população? É óbvio que a resposta disso está na

necessidade e no desafio em alterar o modo de fazer, de trabalhar e de se produzir em saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005b).

Não obstante, o Ministério da Saúde, está convencido de que o investimento da rede física, de tecnologia e de insumos é em vão, se os profissionais de saúde não apostarem no Sistema Único de Saúde, SUS (BRASIL, 2007).

Esta prática não humanizada dos profissionais de saúde deve-se em grande parte ao descompasso entre o que se ensina nas instituições de ensino superior (IES) com as reais necessidades da população brasileira. Na verdade as IES devem tomar conta de seu papel de refletir sobre o que está produzindo e reproduzindo enquanto elemento transformador e de compromisso com a sociedade (ALMEIDA, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia, definidas pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, prevê um processo educativo que considere a integração curricular como estratégia para a formação de um profissional generalista, **humanista**, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico (BRASIL, 2002).

Diante desta mudança curricular não se pode contar com uma mudança espontânea na forma de se pensar das IES, pensando nisso, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-Saúde (BRASIL, 2007).

Assim, o Pró-Saúde que tem como concepção a necessidade da centralidade dos trabalhadores de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados, reconhece a necessidade de transformação no processo de formação profissional. Para tal reconhece e enfoca a necessidade da integração ensino-serviço, como consequente inserção dos estudantes no cenário real de prática, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007).

A construção de práticas pedagógicas de ensino superior comprometidas com a humanização requer como desafio o delineamento de novos projetos pedagógicos humanizados, exigidos pela sociedade contemporânea na área da Odontologia (MOYSÉS, 2003). Complementa Deslandes, em 2005, que o investimento na formação de profissionais com esta nova mirada, desde suas primeiras experiências de socialização e de vida escolar, é estratégia importante, cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e renovação contínua da proposta.

Portanto, para que haja de fato não apenas a introdução dos conceitos de humanização, e, também, o despertar de uma consciência e vivência humanizadora junto à prática odontológica, há de se pensar em um processo participativo de formação em busca da construção de novos significados em prol da defesa da vida, que vá de encontro aos novos desafios da Odontologia brasileira e das demandas sociais por mais saúde bucal. Encerra-se que a Humanização em Saúde há de ser imperativa.

Nesta perspectiva, o presente estudo propõe como estratégia analisar o conteúdo pedagógico da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, que integra a grade curricular do curso de

Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e renovação na forma de pensar, e, principalmente, de agir no campo de trabalho odontológico – o que suscita profundas reflexões e mudanças na formação profissional.

---

## 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

*“Qualquer pesquisa, seja em que escala for, vai envolver a leitura do que outras pessoas escreveram sobre a sua área de interesse, coletar informações para apoiar ou refutar esses argumentos e escrever suas conclusões (BELL, 2008, p.57).*”

## **2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **2.1 A PRÁTICA E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ODONTOLOGIA NO BRASIL**

#### **2.1.1 Contextualização da prática odontológica: para entender o presente é preciso conhecer o passado**

Atualmente, muito se discute quanto à prática odontológica - um entendimento mais profundo deste assunto, contudo, passa pela compreensão da evolução histórica dos paradigmas da prática médica, vez que a Odontologia é uma expressão regionalizada daquela (ALMEIDA, 2009).

A essa evolução, relacionada diretamente por questões político-sociais e econômicas da sociedade e, principalmente, ajustada às imposições capitalistas, importam três paradigmas: o sanitarismo; o da medicina científica, tecnicista ou positivista (flexneriana); e o da medicina comunitária (promocional) (BARROS, 1996; SANTOS e WESTPHAL, 1999; BUSS, 2000; PAIM, 2004; ROSA e LABATE, 2005; CARVALHO e KRIGER, 2006; MENEZES e LORETTO, 2006).

No século XIX, o campo da saúde consistia de uma prática médica de caráter empírico, não especializado. Apesar de sua simplicidade, o movimento sanitarista existente naquele momento conseguiu interferir na situação da saúde em numerosas cidades do mundo. Seus êxitos contribuíram para criar a primeira época dourada da saúde pública. O trabalho, porém, era organizado sob a forma de campanha, em moldes militares, com o autoritarismo característico. A capacidade de comunicação, de mobilização da população era quase zero. As ações não eram disponibilizadas,

eram impostas; o objetivo principal era combater as doenças e, principalmente, obter bons resultados. Com a chegada das idéias iluministas, que acreditavam no primado da inteligência e da razão, desenvolveu-se todo um pensamento crítico de oposição às práticas sanitaristas vigentes, enfatizando a importância do conhecimento científico (BARROS, 1996; SANTOS e WESTPHAL, 1999; BUSS, 2000; PAIM, 2004; ROSA e LABATE, 2005; CARVALHO e KRIGER, 2006; MENEZES e LORETTO, 2006).

A medicina científica surge no período formativo do capitalismo monopolista, entre o final do século XIX e o início do século XX. Tratou-se do tempo da aceitação tácita de movimentos reformistas que visavam à criação de um Estado moderno, regido pelas leis da ciência e destinado a exercitar formas de controle social que pudessem resolver as contradições geradas pela industrialização. Assim, na medicina toma corpo a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para patógenos concretos, ou seja, a doença teria um só causa: um germe originando cada etiologia. Dessa noção surge a designação de que a saúde era simplesmente a ausência de doença (BARROS, 1996; SANTOS e WESTPHAL, 1999; BUSS, 2000; PAIM, 2004; ROSA e LABATE, 2005; CARVALHO e KRIGER, 2006; MENEZES e LORETTO, 2006).

Dessa forma, ocorreu e ainda ocorre um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico que, até então, estava despreparado para novas exigências e idéias. O novo paradigma expressa um conjunto de elementos que direcionam a prática médica: o curativismo, o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa, a concentração de recursos e a especialização. A partir deste momento, a prática médica passa a ser a busca da cura dos indivíduos que



manifestaram alguma doença, dando início à era terapêutica, consolidada e até hoje vigente (BARROS, 1996; SANTOS e WESTPHAL, 1999; BUSS, 2000; PAIM, 2004; ROSA e LABATE, 2005; CARVALHO e KRIGER, 2006; MENEZES e LORETTO, 2006).

Na Odontologia, é nítida a influência cientificista, que ainda reflete em uma prática odontológica técnica e voltada para pacientes com maior poder aquisitivo ou de classes sociais favorecidas, configurando-se, assim, o modelo de profissional liberal na Odontologia, significando que o profissional é preparado no sentido de oferecer certos tipos de trabalhos em troca de um pagamento determinado (ALMEIDA, 2009). Entretanto, segundo Valença, 1998, é evidente a contradição entre os desejos de lucro de uma classe profissional fundamentalmente liberal e o poder aquisitivo das largas camadas da população. Além disso, Freitas, 2001, p.78, complementa: *“o status do dentista que se dedica à atenção primária e ao serviço público é menor perante seus próprios colegas”*.

Neste mesmo sentido, Pinto (2000, p.2) coloca a ideia de que a prática odontológica se encontra fundamentada em um modelo perverso de organização, o qual frequentemente acaba por *“concentrar a oferta de serviços junto aos grupos de média e alta renda, daí resultando o estreitamento do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas os setores economicamente mais favorecidos da população”*. Moreira et al., 2007, 1388, descreve o agravamento da exclusão social trazido pela prática odontológica científica:

*“[...] as precárias condições de vida dificultam priorizar o cuidado em saúde. Embora sofram da dor dentária, ir ao dentista é percebido com um luxo, não um direito do cidadão. O difícil acesso ao serviço e a restauração de má qualidade, favorecem a extração dentária como mais resolutiva. A deterioração da saúde bucal é lamentada pelos moradores que buscam ajuda de clínicas populares, políticos e curandeiros. A experiência da doença dentária diferencia de*

*acordo com a classe, deixa marcas bucais da iniquidade e prejudica a auto-estima e inclusão social. "Tratar" os dentes da desigualdade nesse contexto exige aprofundar a compreensão dos determinantes sociais da saúde, reduzir injustiças no acesso aos serviços de qualidade, remover estigmas que desmoralizam e fortalecer a viva voz da comunidade frente às forças estruturais que afetam sua vida".*

Almeida (2009, p.135) complementa:

*"[...] com a intensa valorização da aparência na sociedade, a precária condição da saúde bucal amplifica ainda mais as desigualdades sociais existentes, aumentando a discriminação e exclusão social. Afinal, a perda dentária promove profundo desgaste na autoestima e insegurança nas relações pessoais e de trabalho, resultando em isolamento, rejeição e na perda de oportunidades".*

Assim, historicamente, os profissionais de Odontologia vieram se organizando em torno do atendimento a pequenos grupos populacionais, ou seja, em torno da clientela adscrita que procurava por atendimento odontológico (BOTAZZO, 2000). Ainda, conforme assinalado por Botazzo, 2000, muitos candidatos ao título de cirurgiões-dentistas, buscam apenas obter prestígio e ascensão social. A partir dessa realidade, a dentição pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais (RODRIGUES, 1979; GOFFMAN, 1988; WOLF, 1998).

Botazzo (2000, p.21) dentro de uma percepção crítica, caracteriza a Odontologia como *"uma disciplina que tem a pretensão de nomear a boca como o seu objeto e que exerce junto dele o seu domínio"*. O mesmo acrescenta que a prática desta disciplina é muitas vezes alienada do seu compromisso público com a saúde e com a cidadania. Vários seriam os elementos a serem criticados na profissão, dentre eles o mercantilismo, o elitismo e o pronunciado gosto pela superfície do seu objeto.

De acordo com o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB) (1986, p.4), o modelo atual de prática odontológica “*cobre as necessidades de somente 5% da população*”. Além disso, este relatório destaca a concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, inclusive nos Serviços Públicos neles localizados, a pouca utilização de pessoal auxiliar de nível elementar e médio, a quase inexpressiva utilização, de forma sistematizada, de métodos preventivos de caráter coletivo, a falta de democratização de conhecimentos e de informações sobre saúde bucal à população, a tendência de se valorizar a especialidade em detrimento da clínica geral, a proliferação de faculdades de Odontologia, com queda do nível de ensino e, por fim, a inadequação do profissional formado às necessidades da comunidade e à realidade social em que vive (BRASIL, 1986a).

O documento final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993, p.4, reafirma os apontamentos feitos na I CNSB, interpretando que o modelo de saúde bucal vigente no Brasil se caracteriza pela:

*“[...] limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação”.*

Dentro do explorado, Weyne (1999, p.5) destaca que “*a Odontologia deve ampliar seus compromissos éticos com a sociedade e com o social*”, de modo que as pessoas possam viver com saúde. Portanto, há que se pensar na mudança da forma tradicional de tratamento centrado na doença e até então hegemônica para outro tipo de profissional, cuja ideologia é a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

Santos (1989, p.22) relatou que:

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

É verdade que não se pode descartar os ganhos trazidos pela ciência moderna, mas, segundo Matos (2006, p.137) algumas reflexões se tornam fundamentais:

*“O que a ciência, de fato, tem feito pelos problemas essenciais da humanidade como a fome, as desigualdades sociais, a pobreza e a guerra? Quais problemas ela abarca e quais ela exclui por não caber em seu método, por não conferir status científico, poder; por não ter fins instrumentais, técnicos e de retorno financeiro para as indústrias? E os problemas éticos inerentes à pesquisa e às suas finalidades práticas têm conquistado os espaços científicos nas proporções merecidas, ou a cada qual cabe o seu quinhão? Aos cientistas cabe pesquisar, enquanto aos políticos e empresários cabe decidir o destino do produto da ciência? Enfim, são questões que a epistemologia já não tem mais como adiar, elas suscitam reflexões imediatas no sentido de uma sociedade mais justa e humana” (MATOS, 2006, p.137).*

Com base nas críticas subjacentes à ciência moderna, que segundo Santos (1989, p.11) se encontra mergulhada numa profunda crise, de modo que esta é uma época de transição entre a ciência moderna e um novo paradigma que o autor designa de *“ciência pós-moderna”*. O mesmo autor complementa que para se sustentar, a ciência pós-moderna tem por emergência uma dupla ruptura epistemológica. A primeira, a ruptura com o senso comum e a segunda, ainda em processo, a ruptura com a hegemonia incondicional da ciência moderna, ou seja, um

paradigma que, progressivamente, foi conformando o mundo pela ciência e pela técnica que cobra um distanciamento, um estranhamento entre sujeito/objeto; que se orienta pelos princípios da racionalidade instrumental, mas que não se responsabiliza pela eventual irracionalidade das aplicações técnicas que produz; um paradigma que marginaliza outros saberes (religioso, artístico, literário, mítico, poético, e político) vigentes na sociedade; que separa teoria e prática, ciência e ética; enfim, um paradigma que produz um discurso que se pretende rigoroso e objetivo, mas desencantado, triste e sem imaginação (SANTOS, 1989).

Não obstante, pode-se dizer que, assim como no sanitarismo, o cientificismo entra em crise devido a problemas crescentes relativos à ineficiência, à ineficácia e, principalmente, a incoerência deste paradigma com os instrumentos de ação do sistema de saúde público vigente no Brasil: O SUS (ALMEIDA, 2009).

Pelo descrito e por suas próprias características estruturais, a medicina científica tornou-se altamente seletiva e, portanto, inalcançável pela maioria das populações, dando espaço ao modelo comunitário. Em 1986, no Brasil, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde que tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. O relatório final dessa Conferência lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde, SUS, em cuja base do processo de criação encontra-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-lo, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 1986b).

Vale assinalar que ainda há uma enorme letargia dos cursos de graduação em atualizar seus currículos em sintonia com os novos conhecimentos (WEYNE, 1999). Embasado nisso, o Ministério da Saúde está convencido de que o investimento em adequação da rede física, de tecnologia, de medicamentos e de insumos é em vão, se os profissionais de saúde não apostarem no Sistema Único de Saúde, SUS – o que significa reafirmar dentro das instituições de ensino superior os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o SUS (BRASIL, 2007).

A Odontologia tem a maioria dos odontólogos afastados para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados, o que gera como corolário a necessidade de transformações no processo da formação desses profissionais, corrigindo um descompasso entre a orientação da formação - ainda cientificista - e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS (BRASIL, 2007; CARVALHO e KRIGER, 2006).

Dessa forma, situar o problema do monitoramento das desigualdades em saúde associadas ao perfil das vulnerabilidades sociais é compreender a necessidade de fazer dialogar diferentes disciplinas e filiações teórico-metodológicas. Somente a partir desta perspectiva interdisciplinar é possível construir novas e significativas bases informacionais para o desenho e implementação de políticas de saúde capazes de dar resposta ao desafio das desigualdades sociais (MAGALHAES, 2007).

Conclui-se, de acordo com Werneck e Lucas (1996, p.15), que, para a eficácia desse tipo de ação, torna-se importante ressaltar dois aspectos:

*“[...] acredita-se que a chave do bom êxito de um curso de odontologia seja um corpo docente qualificado e comprometido com a sua missão. Na seleção de professores devem ser consideradas a qualificação técnica e o*

*compromisso com a prestação de serviços de saúde; b) apesar do setor público ser o principal empregador dos cirurgiões-dentistas e, da formação profissional dever estar voltada para os perfis ocupacional e epidemiológico, ainda existe uma desarticulação entre as escolas de odontologia e os serviços de saúde bucal”.*

### **2.1.2 O modelo de formação odontológico**

Em linhas gerais, a formação profissional é um fator fundamental para a melhoria do sistema de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida das pessoas, uma vez que são os recursos humanos, através da condição de sujeitos do processo de trabalho, que conferem diferentes características a cada serviço de saúde produzido (NARVAI, 1999).

O ensino odontológico tem se baseado em um modelo de Odontologia que não tem sido eficaz para gerar saúde, tanto para as maiorias sociais quanto para as elites. Como uma das causas desse problema, podemos destacar o caráter excludente do modelo praticado, que se volta para a lógica de mercado, disponível para quem tem poder de compra, excluindo assim, as maiorias sociais (PÉRET, 2005).

Além disso, as políticas públicas não têm proporcionado benefícios no âmbito odontológico, para essa classe social, o que tem agravado o caráter excludente. Por outro lado, o modelo praticado também tem mostrado que, mesmo nos segmentos mais privilegiados da população, que usufruem dos melhores e mais sofisticados equipamentos e materiais restauradores, não foi possível alcançar uma elevação consistente nos níveis de saúde bucal (WEYNE, 1999).

O conhecimento dos processos referentes à evolução da educação e da prática na área da saúde necessita ser entendido dentro de um contexto político. Na

visão de Marcos, 1984, o modelo de prática, a formação de recursos humanos, a produção de conhecimento e sua distribuição refletem o modo de produção econômica da sociedade e a luta entre forças sociais.

Dentro do explanado, atualmente, muitas críticas são feitas frente ao perfil dos cirurgiões-dentistas formados pelas universidades brasileiras. Contudo, de acordo com Almeida, 2009, antes de decidir pelo tipo de universidade que se queira edificar, é necessário refletir sobre o tipo de profissional que se deseja desenvolver.

Para Araújo (2006, p.3), a formação dos profissionais nas faculdades de odontologia do Brasil deve estar em interface direta com as reais necessidades de saúde bucal da população e inserida no paradigma da política pública de saúde e dos princípios do Sistema Único de Saúde:

*“A relação existente entre saúde e educação diz respeito à adequação dos profissionais às necessidades sociais da população. Essa relação será obtida pela efetiva interação entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde do SUS e as comunidades, constituindo uma importante estratégia para promover as mudanças necessárias na formação acadêmica”.*

Vale ressaltar que os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. (BRASIL, 2007). Complementando, em conformidade com Werneck e Lucas (1996, p.15), essas desejadas transformações exigem das instituições de ensino superior *“uma necessidade enorme de re-ver, re-pensar e re-criar suas práticas”*.

Almeida (2009, p.128) contextualiza a necessidade na intervenção no processo formativo em odontologia:



*“[...] deslocar o eixo da formação, ainda centrada no enfoque biológico, para uma capacitação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais no processo saúde/doença - levando-se, assim, em conta a formação de um profissional qualificado para o exercício da odontologia social, com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, com espírito empreendedor e inovador, capaz de atuar multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinarmente, com produtividade nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde com base no rigor técnico-científico, conhecendo e compreendendo a realidade social de modo a intervir nos problemas de saúde bucal da população, pautando-se em princípios éticos e legais da profissão”.*

De acordo com Carli (2007, pp.31-32):

*“Sobre a formação tradicional do cirurgião-dentista brasileiro, pode-se falar que seu viés mais importante, ou seja, o paradigma disjuntivo, quando aplicado aos currículos e disciplinas, após sucessivas reformas de natureza flexneriana, deu ênfase ao domínio cognitivo e instrumental, com algumas das seguintes conseqüências: mecanicismo, biologicismo, assistência individual, especialização precoce, tecnificação do ato médico-odontológico, ênfase na Medicina/Odontologia curativa”.*

Dentro desta lógica, Kriger (2005) afirmou que a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, conseqüentemente, leva à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas.

Com o aumento do número de faculdades nas duas últimas décadas no país, a qualidade da saúde oral não melhorou. Isso porque o atual modelo de ensino se mostra incapaz de ofertar saúde para grande parte da população. A formação universitária é muito deficiente em relação às disciplinas que tratam dos aspectos sociais e preventivos, levando em muitos casos, ao desinteresse do futuro

profissional para com elas (AMARAL, 1991). Segundo estudos de Harrison e Wong (2003), a Universidade deve tomar conta de seu papel de refletir sobre o que está produzindo e reproduzindo enquanto elemento transformador e de compromisso com a sociedade.

Em caráter didático, Weyne (1999), explicitou a fragilidade da formação em Odontologia centrada nos alicerces cirúrgico-restauradores, utilizando como exemplos as doenças cárie e periodontal, mostrando a imensa fragilidade de se fazer a avaliação da atividade e severidade dessas doenças partindo apenas da análise das características anatômicas e morfológicas de suas lesões - é nítido o fracasso das concepções simplistas, em que o tratamento envolvia unicamente a restauração do dente ou a sua extração – o que fez com que novas visões de tratamento fossem propostas. Assim, os currículos de Odontologia que sempre privilegiaram o tratamento, devem passar por uma permanente renovação, intensa atualização e sistemática mudança conceitual (ALMEIDA, 2009).

Busato et al. (2001, p. 335), afirmou que nenhum modelo é melhor do que a prevenção. Prevenção, que significa educar para a saúde: *“Máxima Prevenção... Máxima Preservação... Mínima Intervenção. Nenhuma política de formação profissional na Odontologia pode passar às margens desses conceitos”*.

Por fim, segundo Luzuriaga (1960, p.308):

*“[...] a educação profissional deve ter uma relação muito íntima, tanto com o progresso científico e técnico da época quanto com a vida econômica do país ou da região, não podendo, assim estar desvinculada do contexto maior”*.

Nesse sentido, a adaptação do currículo acadêmico à realidade epidemiológica, social e econômica do país torna-se um aspecto por demais importante sobre a formação dos cirurgiões-dentistas (PINTO, 2000).

### 2.1.3 Aspectos curriculares: Diretrizes Curriculares Nacionais

A Lei nº 9394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) substituiu o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, e o Conselho Nacional de Educação aprovou, entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde (Resolução CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002 – DCN do Curso de Graduação em Odontologia) (BRASIL, 2002).

As Diretrizes procuram avançar na organização dos currículos dos cursos superiores na área da saúde, superando “as concepções antigas das grades curriculares, muitas vezes utilizadas enquanto meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações”. Elas reforçam a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, “objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” e, desta forma, “o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação” (BRASIL, 2001).

Para o ensino da graduação em Odontologia, as DCN definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos cirurgiões-dentistas:

*“O perfil do formando egresso/profissional deve ser generalista, humanista, crítico e reflexivo para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Deve ser 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” (BRASIL, 2002, p. 10).*

Kruger (2005) definiu esse profissional com perfil generalista da seguinte forma: deve entender a lógica do processo saúde-doença, compreender o ciclo da

vida, ter entendimento das doenças bucais (relação com outras doenças), construir um processo de raciocínio para a intervenção clínica, atuar sobre a dinâmica da vida e da comunidade, intervir sobre a família, ter competência para fazer diagnóstico, fazer boa terapêutica, abordagem humana e ética, ser resolutivo. Deve aliar competência clínica com responsabilidade social.

São fixadas também, nas DCN, as competências e habilidades gerais e específicas que devem advir da formação profissional do cirurgião-dentista. As habilidades gerais exigem: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além de educação permanente (BRASIL, 2002).

Entre as capacidades específicas a serem formadas, estão aquelas necessárias para colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico; identificar as afecções bucomaxilofaciais prevalentes; desenvolver o raciocínio lógico e a análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamento adequados; realizar a promoção e manutenção da saúde; comunicar-se com pacientes, com profissionais de saúde e com a comunidade em geral, dentro de preceitos éticos e legais; trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; planejar e administrar serviços de saúde coletiva; acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão (BRASIL, 2002).

Tendo em vista que a Resolução sobre as DCN apresenta características gerais, abrangentes e com grande margem de flexibilidade, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) elaborou algumas recomendações para a implementação das referidas Diretrizes, divulgando-as junto aos cursos e em reunião paralela ao 20º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, promovido

pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, em janeiro de 2002 (ABENO, 2002).

Bezerra e Paula (2003, p. 13-14) relataram as seguintes conclusões de seu trabalho sobre a estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil:

*“Os currículos expressam uma gama de variações na composição das respectivas cargas horárias, sendo pontos pacíficos o proeminente tratamento dado à formação técnica e à separação entre as áreas de formação básica e profissionalizante nos currículos formalmente estruturados; o tratamento dispensado às áreas de Saúde Coletiva e em Ética e Cidadania é bastante díspar, dependendo do perfil que cada curso pretende dar ao seu alunado; a introdução de novas áreas de conhecimento é incipiente, o que denota a ausência de atenção destinada ao tema por parte da administração dos cursos; há a necessidade de reorientação dos cursos às novas Diretrizes Curriculares”.*

De acordo com Pizzatto et al. (2004), encontra-se, compondo o cenário nacional, cursos e Cursos de Odontologia. Dentro deste contexto, depara-se com as faculdades – infelizmente, ainda são uma minoria – que, mesmo antes da entrada em vigor da Lei de Diretrizes e Bases, já haviam despertado para a necessidade de reformular o currículo vigente, direcionando esforços para a formação de um profissional apto a enfrentar as necessidades reais da população.

O ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema freqüentemente discutido entre estudantes e professores (MATOS e TOMITA, 2005).

Conforme relatos de entrevistas realizadas por Secco e Pereira, 2004, alguns coordenadores de cursos de Odontologia, consideram que a falta de uma formação mais politizada na área, que considere os desafios da realidade brasileira e

problematize o imaginário profissional, se reproduz nos cursos, dificultando a participação nas políticas de atendimento público, em termos de saúde bucal.

As necessárias mudanças devem começar na formação profissional e na visão de mundo reproduzida dentro das academias, pois, certamente, nesses espaços também começa a formação das possibilidades para a empregabilidade futura do cirurgião-dentista e de sua relevância social. O grande dilema para tratar de assuntos como este é que toda mudança traz "desconforto" (MOYSÉS, 2004).

Para Struchiner, Vieira e Ricciardi (2005), o currículo deveria promover uma aproximação entre os conceitos científicos básicos e a prática clínica e esta deveria valorizar a solução dos problemas da população, dentro de uma perspectiva realista.

Vale ressaltar que por meio da estrutura curricular, os cursos e as faculdades determinam o perfil dos futuros profissionais. Preconiza-se, para o ensino superior na área da saúde, que os futuros profissionais sejam capazes de atuar com “qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2001).

Finalizando, enfoca-se o explanado por Lucietto (2005, p.65):

*“Chama-se a atenção para o fato de que estas diretrizes levaram em consideração tanto o conceito de saúde quanto os princípios do Sistema Único de Saúde e que o apontam como um dos aspectos essenciais para a formação em Odontologia, prevendo que “a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”. Desta maneira, a inserção dos alunos nos serviços públicos assume um papel fundamental no processo. A instituição destas diretrizes está desencadeando processos de reforma curricular em todos os cursos de Odontologia do país. Nesse sentido, há expectativas com relação à operacionalização das mudanças pretendidas e, também, aos resultados dessas diretrizes no perfil dos futuros cirurgiões-dentistas, no que diz respeito às suas competências/qualificações para atuar adequadamente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Elas sinalizam, ao*

*menos, para o fato de que houve uma aproximação entre os Ministérios da Saúde e o da Educação, a qual é indispensável para a formação de recursos humanos em saúde na atual conjuntura brasileira”.*

#### **2.1.4 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**

**(Pró-Saúde): uma nova proposta para formação de recursos humanos de nível superior em saúde**

Segundo Almeida (2009, p.13):

*“O Sistema Único de Saúde constitui, efetivamente, um mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos serviços contratados e representa um novo padrão de prática que demanda uma reorientação da formação - embora este fato ainda não tenha sido percebido por grande parte da academia”.*

De acordo com Zanetti (2001) nos serviços públicos, os processos de trabalho são mais complexos quando comparados aqueles do consultório privado. Desta maneira, além da maioria das habilidades exigidas para o cirurgião-dentista que atua no mercado de serviços, são requeridas também outras, de modo que aconteça um exercício profissional público qualificado.

Conforme apontado anteriormente, entre as atribuições do SUS, na Constituição Federal de 1988, está aquela de *“ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”* (Constituição Federal de 1988, art. 200, inciso III). No entanto, de acordo com Morita e Kriger (2004), embora exista este preceito, ele não tem acontecido enquanto uma prática institucional. Os autores (2004, p.17) informam que:

*“[...] os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem do aluno de Odontologia na rede de serviços, até então, tiveram pouca sustentabilidade, uma vez*

*que aconteciam mais por adesão ideológica de docentes e estudantes”.*

As atuais Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia valorizam a inserção dos alunos no Sistema Único de Saúde. Neste sentido, Morita e Kriger, 2004, p.18, baseando-se nas diretrizes, afirmam que *“para trabalhar no SUS com qualidade e atender as necessidades da população, é necessário ser um profissional generalista tecnicamente competente e com sensibilidade social”.*

Em detrimento, Almeida (2009, p.13) afirma:

*“Pode-se ainda constatar que a pesquisa científica tem estado predominantemente dirigida a aspectos especializados usualmente vinculados à alta tecnologia, quando, na realidade, sem detrimento daquela, torna-se necessário aprofundar estudos e pesquisas no campo da atenção básica que permitam a atenção dos aspectos mais relevantes com efetividade, qualidade e resolubilidade”.*

Em meio à construção de um sistema de saúde pautado pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade, torna-se questão fundamental a formação de profissionais com espírito crítico, que sejam capazes de refletir e de atuar na sociedade em que estão inseridos (ALMEIDA, 2009). Neste sentido, é preciso *“inteirar-se de que a realidade social não é uma massa de fatos fragmentados e desligados entre si, mas é complexa, contraditória, compreendendo relações, processos e estruturas nem sempre visíveis”* (IYDA, 1998, p.138). Assim, os fatos devem ser desvendados para que a realidade seja captada em sua totalidade, ou seja, em movimento e, mais do que isso, deve-se buscar a solução das suas contradições, criando uma nova realidade (IYDA, 1998).

Os profissionais de saúde devem ser portadores de competências técnicas, comunicativas, sociais, organizacionais, de responsabilização pela atenção e pelo cuidado ao paciente, de reflexão e de avaliação constantes sobre o universo de



trabalho, de novos compromissos ético-profissionais e de novas posturas como cidadãos, ou seja, espera-se que os profissionais de saúde atuem de forma mais adequada na sociedade de hoje, com vistas também ao mundo de amanhã (NORONHA, 2002).

Destaca-se que muitos serviços próprios das instituições acadêmicas seguem uma lógica própria interna, mais vinculada às demandas de pesquisa e de ensino que às demandas reais de oferecer referência e contrarreferência à rede do SUS (ALMEIDA, 2009). Nesse sentido, cabe assumir que não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas públicas na direção assinalada pelo SUS (BRASIL, 2007). Por isso, o desempenho de um papel indutor é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade (BRASIL, 2007).

Com o intuito de reverter esse quadro, foi apresentado no dia 03 de novembro de 2005, com a assinatura de uma Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde, desdobramento ampliado de proposta anterior destinada somente aos cursos de medicina (PROMED), significa, junto a um conjunto de outras iniciativas, uma resposta à necessidade de formação de profissionais generalistas, com perfil para atender à política nacional de saúde na estratégia da atenção básica. O Pró-saúde apresenta (BRASIL, p.5, 2007):

*“O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde.*

*Além disso, a formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade em todos os níveis do sistema.”*

O desenho da proposta previu a participação tanto das instituições formadoras - com os cursos de odontologia, medicina e enfermagem - como da gestão municipal do sistema de saúde, co-responsabilizando ambos os setores e destacando a implicação de cada um na perspectiva do fortalecimento e da melhoria das ações de saúde a serem conduzidas no interior do Sistema Único de Saúde – definindo-o como cenário prioritário para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2007).

A perspectiva reforçada na orientação dos eixos e dos vetores de mudança traz como foco algumas questões importantes que devem nortear as mudanças: qual a concepção de processo saúde-doença adotada, quais os vínculos entre a universidade e o serviço, qual a relevância para o SUS do conhecimento produzido e qual o compromisso da orientação pedagógica (BRASIL, 2007).

A seleção das Instituições foi realizada via edital conjunto do Ministério da Educação e da Saúde e os projetos têm cronograma de desenvolvimento, incentivo financeiro e acompanhamento pela área técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Almeida (2009, p.14) complementa que as instituições interessadas a participarem no processo seletivo, concorreriam através da elaboração e apresentação de um projeto condizente aos critérios gerais do programa:

*“Clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; Orientação quanto à regulação e sistema de referência; Possibilidade de compartilhar orçamento (Escola e Serviço); Integração do Hospital de Ensino na rede de serviços; Clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; Indicação de parâmetros de avaliação”.*

De acordo com dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde selecionou 90 cursos de 181 projetos submetidos à avaliação. Desses 90 cursos, 38 são da Medicina, 27 de Enfermagem e 25 de Odontologia. Vale ressaltar que o programa envolve 3 anos de apoio financeiro a projetos que apresentem o potencial de transformação do modelo de formação (BRASIL, 2007).

A Universidade Federal de Juiz de Fora, Almeida (2009, p.15) relata que:

*“[...] sua participação no referido programa, apresentou seus projetos (Enfermagem, Medicina e Odontologia), que teve como enfoque a iniciativa de aproximação entre a formação de graduação e as reais necessidades da atenção básica. Não obstante a essa perspectiva, a Faculdade de Odontologia, em linhas gerais, almeja com o desenvolvimento de seu projeto uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, tais aspectos direcionados a construir o fortalecimento do SUS”.*

## **2.2. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE**

### **2.2.1 Humanismo e humanização**

No pensamento de Hipócrates e de Galeno pareceria estranha uma distinção entre formação médica e formação humanística, por estes compreenderem que o médico é, antes de tudo, um homem aperfeiçoado pela ética e pelo saber a respeito da natureza humana. Para eles, o médico é necessariamente um humanista. No galenismo, os processos orgânicos e as atividades afetivas e cognitivas do homem eram percebidos como fazendo parte de um mesmo sistema vital, cujo equilíbrio era

garantido na medida em que houvesse uma convivência harmônica entre a alma, a mente e as funções fisiológicas. Assim, a doutrina médica entendia o corpo como instrumento de percepção e de ação controlado pelos desejos, valores e emoções (PESSOTTI, 1996). Embora os filósofos gregos tivessem se ocupado com o tema, coube a Cícero, político e orador romano que viveu no século 104-43 a. C, “*pensar e expressar o termo humanitas para designar o conjunto de ações no cuidado à formação humana. Assim, o homo humanus surge para contrapor-se ao homo barbarus*” (HEIDEGGER, 1979, p.7).

De acordo com Foulquié (1971), humanismo é um movimento moral e intelectual que aspira a desenvolver no homem as faculdades propriamente humanas. Já humano, vem do latim *humanus*, derivado de homo (homem).

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

De acordo com Lalande (1999, p. 1901) humano é o “*ser individual que produz os atos ou em que residem as qualidades que se afirma dele*”; são seres que, de acordo com seus valores e necessidades, produzem coisas e constroem sua própria história. Dessa forma, o sujeito é o ser de sua própria vida, sendo próprio dele a capacidade autônoma das relações ou de iniciativas (ABBAGNANO, 2000). Este mesmo autor complementa afirmando que tudo que pertence ao sujeito é caracterizado como subjetivo.

Na biografia semântica do conceito de *humanitas*, podem-se identificar duas expressivas etapas. A primeira equivale à clemência como sinônimo de misericórdia,

mansidão e filantropia. A segunda, evolução semântica, assumiu a concepção de condição humana numa dupla significação, como estilo ou forma de vida superior à dos bárbaros e como perfeição da natureza humana, o que aponta uma radical oposição entre o homem e o animal, entre o homem e as coisas (MELO, 2005).

Todos os tipos de humanismo que, desde então e até o presente, têm surgido, pressupõem como óbvia a *essência* universal do homem. Esse filósofo apresenta uma preocupação com o homem no sentido de que não perca a sua essência, enquanto ser social, que o ambiente vivido não o torne desumano, incapaz de perceber a si e ao outro (HEIDGER, 1979).

Nesse sentido, segundo Cruz (2003) a valorização à capacidade de mudança e à escolha dos indivíduos está diretamente influenciada pelo contexto em que vivem. Seus valores, crenças e ideologias podem ser encontrados, através de estudos das representações sociais que, segundo Jodelet (2001) constituem-se em fenômenos complexos que são sempre acionados, na vida social, ou de incluir-se no ambiente de trabalho.

Assim, na concepção de Rogers (1992), a teoria humanista busca valorizar a bondade nas pessoas e no potencial humano, como parte do processo terapêutico, que é entendido como libertar o indivíduo, ou seja, fazê-lo acreditar que serão felizes e satisfeitos com a vida. As representações sociais, segundo Moscovici (2003) busca considerar o comportamento humano resultante da ação integrativa intencional como comportamento simbólico, enquanto produto dos processos de comunicação, interação social e influência, no contexto das relações grupais, no que se refere à orientação do grupo a que pertence.

Entretanto, com o florescer do pensamento cartesiano, das ciências naturais e do espírito científico no século XVII, o saber médico se afastou da filosofia do

homem e todo conhecimento que não ostentasse a base empírica reconhecida pela ciência passou a ser relegado ao limbo. Desse modo, o saber médico passou a rejeitar tudo que estivesse relacionado à subjetividade humana. Entretanto, na segunda metade do século XX, a própria ciência passou a anunciar a transitoriedade das verdades e doutrinas, de modo que o saber médico tem se revelado precário em muitas circunstâncias que envolvem o reconhecimento e a compreensão dos referenciais humanos há séculos descartados (PESSOTTI, 1996).

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

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

autoconhecimento, dando oportunidade aos profissionais de lidarem com as suas realidades internas (BENETTON, 2002, p.96).

Não se trata, segundo Pessotti (1996, p.447) de ser humanitário, embora isso também seja desejável, mas de ser, em alguma medida, um humanista: um conhecedor, ainda que principiante, do que constitui a essência da chamada natureza humana, ou seja, própria de quem cria valores e atribui significados e sentidos aos eventos e condições da vida. Para isso, o grande desafio, segundo Campos, 2003, p.129, é: *“voltar a juntar aquilo que no processo histórico foi separado por prescrições técnicas, pela divisão social do trabalho e pela recusa à subjetividade”*. Subjetividade esta que carrega o potencial de reintegração do indivíduo complexo e que tem se tornado, mais do que nunca, um dos maiores desafios no campo do trabalho contemporâneo.

Nesse sentido, Lévitás (1993), ao admitir que o humanismo encontra-se em crise, alude que a crise humanística, em nossa época, tem, sem dúvida, sua fonte na experiência da ineficácia humana posta em acusação pela própria abundância de meios de agir e pela extensão de ambições, que coadunam com os pensamentos de Jodelet (2001) e Moscovici (2003).

O homem, como um ser complexo e rodeado de situações diversas, seja de auto-realizar-se ou de compreender o outro, busca na expressão “humanizar” que, segundo Ferreira (1999, p.346), é *“tornar humano, civilizar, dar condição humana”* nas suas relações sociais. Assim, complementa Rizzotto (2002, p.197):

*“[...] só os homens são capazes de promover e de se submeter a um processo de humanização, e como processo, este se encontra em constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre”*.

Pearce (1996) e Abric (2000) destacaram a necessidade de retornar ao contexto, no qual ocorrem as interações sociais, pois nada tem significado fora do

contexto, no qual as atividades são desenvolvidas, vez que o contexto é concebido pela pessoa ou parcialmente pelo grupo.

Com relação aos serviços de saúde, a preocupação com a humanização nos serviços realizados em nome da saúde, não é recente. Toledo (2007) sugere que a primeira iniciativa de humanização surgiu com o edifício hospitalar, presente no pensamento e na atuação do filósofo persa Avicena que viveu entre os anos de 979 e 1037.

No Ocidente, os europeus somente começaram a tratar do assunto no final do século XVIII, quando estabelecidas as diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar chamada por Michel Foucault de hospital terapêutico (TOLEDO, 2007).

Molina (2002) entende que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, marco humanístico do século XX, deveria ocupar lugar central na construção de um paradigma para a humanização da assistência à saúde e na formação dos profissionais de saúde. Mesmo na ausência desse paradigma, no Brasil, os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência no campo da saúde remontam algumas décadas (RIZZOTTO, 2002).

Nos anos 80, no âmago do Movimento da Reforma Sanitária, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Para Rizzotto (2002, p. 197):

*“Este modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema”.*



Ainda, segundo essa autora, com o resultado do Movimento de Reforma Sanitária e as lutas populares que marcaram os anos 70 e 80, emerge um novo projeto de saúde para o país, que traz consigo a possibilidade de resolver grande parte dos problemas deste setor público. Este projeto chamado SUS – Sistema Único de Saúde - carrega nas suas entranhas os princípios e as diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país. Esse projeto garante o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros, e retira o caráter de mendicância para transformá-lo em direito assegurado no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, na seguinte redação:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988 p.88).*

Em seguida, obedecendo a mandamento constitucional, o Poder Público regulou, por meio das leis federais nº 8080\90 e 8142\90, incluindo, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica.

*“A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade. [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo e participação social” (BRASIL, 2003, p.89).*

Assim, pode-se encerrar que o Sistema Único de Saúde instituído contempla, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica, recomendando como filosofia a prática do atendimento humanizado. A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do cidadão brasileiro ao sistema público

de saúde, inclui a humanização do atendimento considerando a ambiência, e como uma de suas ações, o acolhimento ao usuário (SOUSA, 2002).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: HumanizaSUS (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade, a produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006a).

*“Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006a, p.5)*

A partir dessa proposta, a Humanização passa a ser definida como uma política e não mais, como programa, dessa forma, implica ser tomada como diretriz política transversal na medida em que são perpassadas todas as ações e instâncias de efetuação, além de traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Bem como, pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de produção de sujeito (BRASIL, 2006a).

Destaca-se aos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, implicando mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho; a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integrados e promotores de compromissos; a garantia de condições para que os profissionais atuem de modo digno e participem como cogestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006a).

### **2.2.2 Formação profissional em Odontologia em uma perspectiva humanística: um paradigma em construção**

Sabe-se que o tecnicismo influenciou diretamente o ensino em Odontologia, o que gerou como consequência uma formação profissional voltada para o mecanicismo, o biologismo, a ênfase na assistência individual, a especialização precoce, a tecnificação do ato médico-odontológico e a ênfase na Medicina/Odontologia curativa – o que caracteriza a necessidade de um projeto de humanização no ensino odontológico, portanto, mudar esse referencial de formação tem sido um grande desafio (MOYSÉS, 2004).

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

Assim, Grant (2002, p. 47) ao apresentar as justificativas para a inclusão das Ciências Humanas no currículo obrigatório dos cursos médicos, evidencia dois aspectos que reforçam esse projeto de humanização:

*“[...] primeiro, para melhorar a comunicação entre médicos e pacientes; segundo, para aumentar a compreensão da condição humana, ajudando os estudantes a entender melhor o sofrimento emocional dos pacientes e, uma vez entendendo essa dor, que eles possam compreender melhor a doença”.*

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

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

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

O jovem quando escolhe uma carreira tem uma motivação pessoal, ele carrega valores construídos muito antes de ingressar no curso e que vão se agregando à sua carreira à medida que entra em contato com novas teorias, com as experiências clínicas, com os exemplos dos mestres, de maneira que cada aluno

verá seus valores confirmados, negados ou alterados (PESSOTTI, 1996, p. 446). Assim, a escola, segundo Lucas (1995, p. 216), potencializa determinadas posturas ou definições político-profissionais na medida em que implementa projetos que criam um clima favorável ao desenvolvimento de certos interesses, valores e compromissos.

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

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

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

*com fatos” ou que não levam a conclusões precisas”*  
(PESSOTTI, 1996, p. 445).

No processo de formação profissional, tendo em vista um perfil ético-humanista, é, portanto, fundamental propiciar, evidenciar, discutir e aproveitar vivências do cotidiano escolar para que os alunos possam experimentar situações que envolvam a subjetividade das relações (MATOS, 2006).

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

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

Em vista disso, o autoconhecimento é a experiência fundamental que a formação escolar deve propiciar, ou seja, a percepção, por parte dos alunos, dos seus próprios desejos, crenças, carências, defeitos e qualidades. É a partir dessa consciência que se construirá o profissional de saúde capaz de crescer na interação com o paciente, de forma acolhedora e humana (MATOS, 2006). Complementa-se com Pereira (2000, p.87-88), que afirmou que a conscientização da desmonopolização do saber odontológico, centrado na interdisciplinaridade e no relacionamento humano participativo contribuiria a passos largos para uma aprendizagem significativa, que jamais se esquece, mudando o perfil do futuro profissional.

### 2.2.3 Metodologia problematizadora: da observação à aplicação da realidade

A metodologia problematizadora tem por objetivo, aumentar a capacidade de o educando em se tornar um participante e um agente de transformação social, desenvolver neste, a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva (BORDENAVE, 1994).

Em 1992, Mendes declarou que o ensino odontológico reproduz ainda elementos retrógrados como: a estruturação do plano de curso em micro disciplinas e especialidades odontológicas, a orientação geral do currículo ainda dirigida para a doença, com ênfase no curativo e reabilitador, o planejamento educacional exclusivamente realizado por professores e a própria natureza do pessoal docente e das pesquisas.

Consecutivamente, para que haja centralidade dos cirurgiões-dentistas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados humanizados geram-se como corolário a necessidade de transformações no processo da formação desses profissionais, corrigindo um descompasso entre a orientação da formação - ainda cientificista - e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA e BARA, 2008). Dentro desta concepção, Werneck e Lucas (1996, p.15) complementam que essas desejadas transformações exigirão das instituições de ensino superior *“uma necessidade enorme de re-ver, re-pensar e re-criar suas práticas”* (WERNECK e LUCAS, 1996, p.15).

Gadotti (1989), Gonzaga (1994), Saupe (1998), Reibnitz (1998) e Gandin (1999) dentre outros autores que trabalham com educação, reconhecem Paulo

Freire como percussor de um processo pedagógico libertador. Libertador porque conhecer é cognoscível e implica também em consciência crítica deste, e acrescentam que este educador procurou mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar, e desempenha sempre na construção de uma sociedade, aberta. Esta construção, no entanto, não poderá ser conduzida pelas elites dominantes, incapazes de oferecer as bases de uma política de reformas, mas apenas pelas massas populares, que são a única forma de operar mudanças.

Gadotti, Freire e Guimarães (2000) referem que Paulo Freire evidencia, nesta sociedade de diferenças, os que oprimem e os que são oprimidos. Propõe sua pedagogia aos que são oprimidos, como itinerário em busca da consciência da classe oprimida que hospeda em si a consciência de opressor. Mediante a educação problematizadora, busca a transformação desta realidade, através da consciência articulada com a práxis desafiadora e transformadora, não prescindindo a essa consciência o diálogo crítico, a fala, a vivência.

A construção da Teoria Pedagógica Libertadora de Paulo Freire remete-nos a uma imagem na qual a relação pedagógica se dá na interação entre o sujeito cognoscente, e o objeto cognoscível. Numa relação em que o educador é uma mera interposição entre sujeito e objeto, mas uma relação tríplice de mão dupla entre educador/sujeito, educador/objeto e sujeito/objeto. Nessa relação o educando e o educador remetem-se à problematização do objeto na tentativa de sua análise e transformação. Como educador Freire critica a simples transferência do conhecimento feita por métodos não reflexivos, evidenciando sua superficialidade e baixa retenção do conhecimento. Seu enfoque concentra-se nas modalidades "ensinar-aprender-ensinar", deixando flexível a escolha em função dos objetivos que se quer seguir (GONZAGA, 1994).



Pode-se dizer que o surgimento da educação libertadora trouxe como pressuposto básico que a educação pode e deve contribuir num processo maior de libertação das classes subalternas - das condições de miséria em que vivem -, uma vez que segundo Gandin (1999, p.87) *“a educação pode atuar na área da conscientização, ou seja, na afirmação da vocação de sujeito do ser humano”* (GANDIN, 1999, p. 87).

Rezende (1986, p.166) sintetizou os princípios norteadores da proposta de Paulo Freire, como sendo:

*“1- o homem é sujeito de sua própria educação; 2- ninguém educa ninguém; 3- saber e ignorância são relativos: os conteúdos devem despertar uma nova forma de relação com a vida; 4- ninguém se educa sozinho; 5- a educação precisa se dar na relação do homem com sua própria realidade”.*

Para Almeida (2009), a construção de um processo educativo reflexivo, no que diz respeito, a humanização no trabalho da odontologia, coloca-se como uma estratégia importante para a tomada de consciência, com vistas a construção de uma nova proposta de cuidado em saúde: a humanização. Esses novos conhecimentos poderão contribuir para uma atuação diferenciada do cirurgião-dentista na perspectiva de um trabalho criativo e que proporcione um cuidar de boa qualidade, em acordo com as reais necessidades da população brasileira. O mesmo autor ainda complementou que dentro desta pedagogia, caberá ao educador extrair o conteúdo da realidade para aprendizagem, propiciando a possibilidade de desenvolver uma consciência da realidade social do educando. O educando é autor de seu conhecimento. O papel do educador nesta metodologia é de mediador ou facilitador, pois, educador e educando são sujeitos do ato do conhecimento. Diante destas características humanas, a ação educativa deve promover o homem neste caminho de descobrir-se e não ser mero instrumento de ajuste do homem ao meio –

a partir deste raciocínio, entende-se por que a proposta de Freire é considerada uma teoria social problematizadora, uma vez que busca relacionar um novo conjunto de informações à estrutura cognitiva do estudante (ALMEIDA, 2009).

Ressalta-se ainda que a opção de trabalhar com a problematização na introdução dos conceitos de humanização na prática odontológica, deu-se por experimentar que a prática humanizadora necessita de sucessivas aproximações, de idas e vindas do sujeito ao objeto de trabalho, sendo que a metodologia problematizadora passa a ser um fator motivacional importante. Neste momento, o uso desta metodologia, pode propiciar um ambiente acolhedor, estimulando a realização de questionamentos, a identificação de problemas e, principalmente, a busca de soluções (ALMEIDA, 2009).

Para facilitar a operacionalização dos pressupostos da problematização, todo conteúdo da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” passará por cinco passos, em conformidade com o arco da problematização (BORDENAVE, 1986):

- Observação da realidade: a metodologia da problematização tem como ponto de partida a observação da realidade pelo educando. A realidade é um cenário onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos e que podem ser estudados em conjunto e/ou em partes de acordo com o grau de importância que lhe é atribuído, no momento a observação. Esta observação da realidade é dinâmica, isto é, *“dependendo do tempo, do espaço, da capacidade e/ou da intencionalidade dos observadores, os problemas identificados e a relevância a eles atribuída, podem ser diferentes de um observador para outro”* (HARR, 1999, p.124). Complementando, a observação da

realidade depende da visão de mundo e da experiência de vida de quem vai observar, e definem alguns aspectos do por que, o que, e onde observar a realidade;

- Pontos-chave: definido o problema, os pontos importantes da realidade observada deverão ser identificados. Estes pontos são definidos como *“pontos-chave, são variáveis e ou focos da situação problema”* (Horr, 1999, p.127). As identificações destes pontos chave partem dos questionamentos do por que ou quais as causas provocaram a ocorrência do problema ou que estão relacionados com ele;
- Teorização: após a fase de identificação dos pontos-chave, vem a teorização, que para Horr (1999, p.127), constitui-se na fase de aproximação da verdade, durante a qual são percorridos os seguintes passos:

*“o observador pergunta a si mesmo o que sabe sobre os pontos chave, externaliza o que sabe, ouve e reconhece o que os outros sabem e o grupo estabelece quais informações complementares precisam buscar para compreender os pontos chave do problema escolhido. É um diálogo interno que quando compartilhado com os demais observadores, poderá gerar dúvidas, perguntas e inquietações, que darão sustentabilidade para gerar as hipóteses de solução”.*

- Hipóteses de solução: são as possibilidades que se apresentam com base na teorização para resolver a dificuldade. Devem ser aplicáveis e viáveis à realidade observada, e, a aplicação da realidade é a aplicação das estratégias escolhidas para implementar as hipóteses;
- Aplicação a realidade: Segundo Horr (1999, p. 129), *“pode-se dizer que o problema estará solucionado, se houver mudança na realidade*

*observada*”, ou seja, neste contexto, se o processo conduzir para a transformação do cuidado prestado, tornando-se mais humanizado, consciente, proporcionando um ambiente terapêutico para seus usuários.

---

## 3 OBJETIVOS

*“... orienta o leitor para o propósito central do estudo e, a partir daí, seguem-se todos os outros aspectos da pesquisa (CRESWELL, 2007, p.100)”*

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Propor uma análise descritiva dos conceitos de humanização da prática odontológica, através da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” aplicada ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, através de uma parceria entre esta última e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reorientar o processo de formação dos futuros cirurgiões-dentistas, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- Identificar e analisar o conteúdo teórico e prático da disciplina relativo à humanização;
- Introduzir, o mais precocemente possível, os acadêmicos a uma prática de cunho social e humanístico;
- Incorporar, no processo de formação, a abordagem integral do processo saúde-doença.

---

## 4 METODOLOGIA

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

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A ciência moderna, em sua contradição, produziu um conhecimento que livrou-nos das amarras das instituições religiosas e das superstições; no entanto, no chamado século das luzes (Iluminismo), com o seu racionalismo cartesiano e newtoniano, ela criou outros dogmas e certezas de natureza racional, diametralmente opostos e restritivos para a compreensão do homem (GUERREIRO, 2003, p. 161). Produziu a atitude de afastamento do senso comum, do discurso estético, do discurso religioso e da compreensão do que se passa a nossa volta, encerrando o processo científico em um sistema de regras fixas e maximalistas, impossíveis de se seguir na prática (SANTOS, 1989).

A ciência moderna emergiu no século XVII em oposição ao senso comum ou qualquer forma de conhecimento “falso” e a reflexão epistemológica atingiu o seu auge no final do século XIX, período em que, também, emergiu e se consolidou a sociedade industrial e o desenvolvimento espetacular da tecnologia (SANTOS, 1989). Dentro desta perspectiva cabe a afirmação de Demo, 1995:

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

Desse modo, uma reconceitualização da ciência (uma ciência pós-moderna) exige que a epistemologia se submeta a uma reflexão hermenêutica, cujo objetivo é



democratizar e aprofundar a sabedoria prática (DEMO, 1995, p.248-9). O princípio hermenêutico é, assim, a “compreensão do mundo da vida”, é a compreensão de que todas as suas partes são determinadas pelo todo, assim como o todo por suas partes (SANTOS, 1989).

Na reflexão hermenêutica, busca-se fazer o saber científico romper com o seu “código de leitura” do real, congregando em um mesmo campo cognitivo outros saberes, inclusive o próprio senso comum, um conhecimento evidente cujos protagonistas pensam o que existe tal como existe, têm opinião e julgam conhecer o que a ciência se propõe a conhecer (SANTOS, 1989). Nessa perspectiva, Demo (1995, p.18) adverte que a ciência está pervadida de senso comum porque jamais conseguiremos dominar de todo a realidade, ou discursar sobre ela com conhecimento especializado de todas as suas facetas. Compreende que o senso comum, apesar de ser marcado pela falta de profundidade, de rigor lógico, de espírito crítico, é também positivo porque é um saber que organiza o cotidiano das pessoas, e, apesar de simples, é inteligente e sensível ao óbvio (MATOS, 2006).

Na perspectiva de elaboração deste trabalho que se centra nos conceitos de humanização na prática odontológica, através da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” situa-se algumas características da cientificidade - exigindo, portanto, uma abordagem metodológica também humanizada. Dentro da perspectiva hermenêutica, busca-se, principalmente, compreender os possíveis impactos trazidos pelos conceitos introduzidos e abordados diante de um fenômeno tão humano, frágil e sensível como a formação ético-humanista de um profissional de saúde.

Portanto, afirmou Demo (1995, p. 249), quanto a importância de se buscar um método adequado, *“dotado de humildade de quem se dispõe a escutar primeiro,*

*para depois pronunciar-se, de quem se compromete a compreender sentidos, significados e valores”*. Para essa tarefa é preciso equilibrar capacidade formal com percepção política.

## **4.2 TIPO DE ESTUDO**

A abordagem qualitativa foi escolhida como caminho metodológico, encerrando-se, assim, em uma pesquisa qualitativa descritiva e transversal que se preocupou com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, de acordo com Minayo et al., em 2002, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A mesma autora ainda complementa que esta corrente metodológica não se preocupa em quantificar, mas, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais depositária de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a convivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições, como resultados da ação humana objetivada – deste ponto de vista: *“a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis”* (MINAYO et al., 2002, p.24).

A pesquisa qualitativa objetiva “provocar o esclarecimento de uma situação para a tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que o geram, a fim de elaborar os meios estratégicos de resolvê-los”. Fica clara a existência de uma relação entre o real e o sujeito, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, a ação e reação nas diferentes situações, uma vez que o

objeto de estudo não é estático, faz com que haja necessidade do pesquisador estar nela inserido, de modo a tornar possível o aprendizado sobre os significados que emanam desta vivência. O mesmo autor insiste na relação dinâmica entre sujeitos e objeto, no processo de conhecimento. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (CHIZZOTTI, 1991, p.104).

Para Víctora, Knauth e Hassen (2000), a abordagem qualitativa da pesquisa é o meio utilizado para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, proporciona um conhecimento aprofundado de um evento e possibilita uma explicação de comportamentos.

Minayo e Sanches (1993, p.244) argumentaram que:

*“É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceito e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza; ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos autores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.*

### 4.3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA: INSTRUMENTOS E PROCESSOS DA PESQUISA

#### 4.3.1 A questão

De acordo com Almeida (2007), as grandes descobertas começaram por uma dúvida, por questionamentos, ou melhor, por perguntas, assim se concretizaram - basta voltar na história e ver como as mesmas aconteceram.

O mundo atual nos fornece muitas informações – televisão, livros, internet, revistas, congressos e jornais – que confundem as pessoas, pois, elas não sabem a que perguntas respondem. Tem-se uma geração obcecada por respostas, mas que tem dificuldades em fazer perguntas. Os indivíduos acumulam dados, mas têm dificuldades em aplicá-los (ALMEIDA, 2007). Segundo Alves (2005, p.16) *“Pensar é saber fazer perguntas”*. Aliás, o mesmo autor (p.10), ainda afirma que *“Nossa inteligência se desenvolveu para compensar nossa incompetência corporal”*.

Então, onde estão as tão valiosas perguntas? E por que se buscam tantas respostas? Nada substitui o prazer de descobrir. Perguntar é a base para a educação. Creswell (2007) afirmou que em um estudo qualitativo, o investigador deverá mencionar a questão, ou até mesmo questões, da pesquisa, e não seus objetivos ou suas hipóteses. O autor ainda complementa sobre a questão central:

*“[...] é uma declaração da questão examinada no estudo em sua forma mais geral. O investigador propõe a questão, consistente com a metodologia emergente de pesquisa qualitativa, como uma questão geral, de forma a não limitar a investigação.”* (CRESWELL, 2007, p.117).

Este trabalho teve seu início com uma pergunta:

- Como introduzir os conceitos de humanização no curso de graduação de Odontologia através da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”?

Refletindo: fala-se em genoma, clonagem, transplantes, drogas de última geração, vacinas milagrosas, ou seja, a cada dia que se passa tornam-se nítidos os “avanços” da ciência médica e, contrapondo-se a tudo isso, mais doenças estão surgindo, e até mesmo retornando. Na verdade, Maranhão (2000) afirma que a doença está se tornando algo comum, esperado, um atributo natural. Será que a ciência está caminhando para o destino certo? E se não, qual o motivo para tantos fracassos? Se de fato a saúde fosse tão enfocada e valorizada porque os homens estão tão doentes? De acordo com Rossetti (1999, p. 77), “*Não se deve adaptar os pacientes à ciência, deve-se adaptar a ciência às pessoas*”, ou seja, quando se conseguir conciliar ciência e humanização, chegar-se-á na tão almejada saúde.

Este estudo não será a resposta absoluta para os questionamentos supracitado, mas apresentará a sua experiência, através de uma análise descritiva, frente a introdução dos conceitos de humanização na prática odontológica centrada em uma disciplina obrigatória no curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora em parceria com o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (PRÓ-Saúde).

#### **4.3.2 Objeto**

Teve como objeto de estudo a análise descritiva do conteúdo pedagógico da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque

Humanizado” e da vivência prática destes conceitos através do “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”, que integram a grade curricular do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Encontra-se em anexo (Anexo I) a ementa das disciplinas, que apresenta o plano semestral de atividades.

De acordo com Almeida, 2009, as disciplinas supracitadas integram o plano de ação do projeto Pró-Saúde da Faculdade de Odontologia da UFJF que foi proposta para inserir o acadêmico, o mais precocemente possível, a uma abordagem teórica e prática mais coerente com as reais necessidades da população brasileira: ações preconizadas à atenção básica em consonância com o Sistema Único de Saúde, SUS.

#### **4.3.3 Sujeito da pesquisa e aspectos éticos**

A pesquisa qualitativa, segundo Creswell (2007, p.188), é descrita como um estudo interpretativo, onde o investigador ou sujeito identificam seus vieses, valores e interesses pessoais em relação ao tópico e ao processo de pesquisa. A partir do explanado pode se dizer que do ponto de vista metodológico, não há antagonismo entre a investigação quantitativa e qualitativa, pois elas têm naturezas distintas: a primeira trabalha, principalmente, com os dados como eles se apresentam e a segunda com o que podem representar os dados, incorporando valores, atitudes e opiniões. Assim, ressalta-se que a pesquisa qualitativa tem no pesquisador seu principal instrumento e exige que ele mantenha um contato estreito com a situação onde os fenômenos ocorrem. Assim, as circunstâncias particulares em que um determinado sujeito se insere são essenciais para que se possa entendê-lo. Da

mesma maneira, as pessoas, os gestos as palavras estudadas devem ser referenciadas ao contexto onde produzem (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Pressupõe que o investigador evite definições rígidas e antecipadas, pois é no próprio processo investigativo que o problema de pesquisa melhor se configura.

Diante desta metodologia, o sujeito do presente estudo será o presente investigador: Luiz Eduardo de Almeida, membro integrante de criação e execução do Projeto PRÓ-SAÚDE da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujos atributos neste estudo restringem-se ao desenvolvimento e análise do todo conteúdo abordado na disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, bem como no “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”.

Ressalta-se que a presente investigação não objetivou testar hipóteses; na verdade galgou-se aqui o uso deste instrumento dissertativo como veículo para apresentar uma experiência em educação permanente em saúde – afinal, a importância deste tipo de estudo reside na possibilidade de o leitor se identificar com determinados aspectos, situações e reflexões, ou seja, uma oportunidade de auto-análise a partir do outro.

Quanto aos aspectos éticos, com base na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa, por não envolver seres humanos, uma vez que buscará apenas a análise descritiva de conteúdo, dispensa apreciação por um comitê de ética (BRASIL, 1996).

#### 4.3.4 Local da realização da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, que integra o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, PRÓ-SAÚDE, cujo planejamento de ações centra-se em uma nova proposta curricular, conforme descrita por Almeida (2009, p.30):

*“Com a nova proposta curricular, será possível ao acadêmico integrar os conhecimentos oferecidos pela Instituição Formadora FO / UFJF à prática dos serviços da rede SUS, sob nova ótica, passando a entender o serviço como local de produção de saberes e campo de estímulo à reflexão crítica da realidade da população assistida, dos desafios e questionamentos, dos anseios coletivos, do trabalho interdisciplinar mais focado na promoção da saúde coletiva. Por sua vez, a Instituição Formadora tem o potencial de atuar de forma finalística na organização dos serviços. Partindo dessa premissa, o acadêmico passa a transitar com segurança entre os locais de produção de saber e cenários de prática”.*

#### 4.3.5. Análise do conteúdo

Em acordo com o Plano Semestral (Anexo I) da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” teve carga horária de 16 (dezesesseis) horas distribuídos em 11 (onze) aulas teóricas. O “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária foi desenvolvido em quatro encontros, com carga horária total de 16 (dezesesseis) horas (Tabela 1, página 72).



Tabela 1: Conteúdo programático

<b>Módulo teórico – Seminário</b>		
<b>Data</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga horária</b>
28/08/2009	Apresentação da disciplina	1 hora
04/09/2009	Processo saúde-doença e suas dimensões	1 hora e 30 minutos
18/09/2009	Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística	1 hora e 30 minutos
25/09/2009	Humanização do atendimento odontológico	2 horas
02/10/2009	O SUS no ensino superior (PRÓ-SAÚDE)	2 horas
09/10/2009	Noções de Bioética	1 hora
16/10/2009	Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 1)	2 horas
23/10/2009	Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 2)	2 horas
30/10/2009	Apresentação de trabalhos teóricos – Grupos I e II	1 hora
06/11/2009	Apresentação de trabalhos teóricos – Grupos III e IV	1 hora
04/12/2009	Apresentação de trabalhos práticos – Grupos I, II, III e IV (Minimostra) e encerramento	1 hora
<b>Carga horária total</b>		<b>16 horas</b>
<b>Módulo prático – Estágio</b>		
<b>Data</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga horária</b>
09/11/2009	Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária – Grupo I	4 horas
16/11/2009	Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária – Grupo II	4 horas
23/11/2009	Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária – Grupo III	4 horas
30/11/2009	Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária – Grupo IV	4 horas
<b>Carga horária total</b>		<b>16 horas</b>

A análise descritiva do conteúdo da disciplina situa-se no esforço de buscar uma melhor interpretação das significações das informações contidas nas aulas supracitadas e como técnica foi escolhida a análise de conteúdo, assim caracterizada por Bardin (1970, p.42):

*“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos*

*sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.*

O mesmo autor (1970, p.43-44) apresentou algumas características fundamentais da análise de conteúdo:

- o seu objeto é a palavra, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem;
- trata-se de um esforço de compreender os jogadores ou o ambiente do jogo em um momento determinado, tomando-se em consideração as significações (conteúdo);
- procura conhecer o que está por trás das palavras, as outras realidades através das mensagens.

Por se tratar de uma disciplina recém-inserida no currículo acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, além de a mesma ter por objetivo a introdução de novos conceitos junto à prática odontológica, dentre as várias técnicas de análise de conteúdo apresentadas por Bardin (1970), elegeu-se a análise temática por compreendê-la como a mais coerente com as mensagens obtidas nas aulas ministradas, uma vez que cada tema abordado serviu como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças ou de tendências. A autora considera que esta é uma das técnicas de análise de conteúdo mais fácil, mais conhecida e mais útil numa primeira fase de abordagem.

A análise de conteúdo pode-se dizer que é um recorte que corresponde ao sentido e não à forma, ou seja, é descobrir os núcleos de sentido que aparecem na comunicação – aqui, neste estudo, centrado na aplicação dos conteúdos didáticos supracitados, enfatizando-se a humanização na prática odontológica.

Em suma, com base nos referenciais metodológicos, a análise foi desenvolvida seguindo a sequência descrita:

- Preparação do material;
- Coleta dos dados;
- Interpretação dos resultados.

Na fase de preparação do material foi feita pelo sujeito do estudo a produção da aula expositiva referente ao tema a ser abordado, além de seleção de material bibliográfico de apoio - em acordo com o conteúdo programático. Vale ressaltar que todo material foi utilizado respeitando o arco da problematização, ou seja, abordando a observação da realidade, os pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade. Destaca-se ainda que todo conteúdo didático será apresentado durante a discussão dos resultados.

Quanto à coleta de dados, trata-se de um estudo de observação do tipo participativa – sendo o pesquisador observador e executor do estudo. Caberá, então, ao observador registrar as informações a serem analisadas: aqui voltadas para os conceitos de humanização na prática odontológica. Bell (2008, p.161) reconhece:

*“A observação participativa não é um método fácil de realizar, ou de analisar, mas, apesar dos argumentos de seus críticos, é um estudo sistemático e disciplinado que, se bem realizado, ajuda muito no entendimento das ações humanas e traz consigo novas maneiras de encarar o mundo social”.*

Para a Interpretação dos resultados teve-se por premissa a análise descritiva dos conteúdos teóricos abordados, como forma de tratamento do material didático aplicado pelo pesquisador junto à disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, extraindo daí sua

significação. Para dinamizar e padronizar a interpretação dos dados utilizou-se como recurso didático os eixos de orientações preconizados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, PRÓ-SAÚDE: Orientação Teórica, Orientação de Prática e Orientação Pedagógica (BRASIL, 2007, p17).

#### **4.3.6 Histórico**

A disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” foi introduzida no currículo acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora no segundo semestre de 2007. Assim, tomou-se por projeto piloto a experiência durante 4 (quatro) períodos deste curso, que compreende o intervalo deste o início da referida disciplina até o primeiro semestre de 2009.

Destas experiências geraram-se produções científicas:

- 2009: Apresentação – Congresso (2ª Reunião de Pesquisa Científica em Saúde Bucal Coletiva - Unicamp);
- 2009: Prêmio - 1º Lugar em apresentação na Forma de Painel (Categoria Experiências em Serviços) - 2ª Reunião de Pesquisa Científica em Saúde Bucal Coletiva (Unicamp).
- 2009: Publicação – Livro (ALMEIDA, 2009);
- 2009: Publicação – Anais (PEREIRA et al, 2009a);
- 2009: Publicação – Anais (PEREIRA et al, 2009b);
- 2009: Publicação – Anais (ALMEIDA et al, 2009).

Vale ressaltar que a experiência conquistada com estes trabalhos serviram de apoio para o cenário de atuação deste estudo.

#### **4.3.7 Cenário de atuação**

Esta pesquisa refere-se a uma análise descritiva de conteúdo da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” e do “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”, com foco no conteúdo pedagógico aplicado no segundo semestre de 2009, no período de 28/08/2009 à 04/12/2009.

---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“É um processo constante, envolvendo refletir continuamente...”* (CRESWELL, 2007, p. 194).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por se tratar de um estudo qualitativo descritivo e transversal encontrou-se como forma didática para a descrição da trajetória metodológica que tanto os resultados, bem como a interpretação deles, discussão, dividam o mesmo capítulo: resultados e discussão. Ressalta-se ainda que, como referido na metodologia, para dinamizar e padronizar a apresentação e a interpretação dos dados coletados utilizou-se como instrumento os eixos de orientação preconizados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-SAÚDE: Orientação teórica, Orientação de Prática e Orientação Pedagógica, descritos abaixo.

### **5.1 ORIENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **5.1.1 A reflexão**

Seguiu-se da preparação do material pedagógico teórico, cujo enfoque centrou-se na capacidade “política” de o professor-pesquisador ofertar argumentos, através da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, que contemplem a dimensão ético-humanística na formação dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Durante a confecção do material teórico as dúvidas foram se desvelando – confirmadas pelos questionamentos: seria capaz um profissional com formação em ciência da saúde, e, portanto, sem formação pedagógica específica, ensinar? Ou melhor, se trataria de uma invasão em seara alheia? Estaria a educação restrita à Pedagogia?

As questões, que até então limitavam o presente estudo, Carvalho e Kriger (2006, pp.225-226) preencheram com exatidão as lacunas:

*“[...] Ora, a Pedagogia está a serviço da educação, ela não pode ser exclusiva de alguns poucos iluminados. Todos devem beber dessa fonte. [...] Por certo os especialistas têm melhores condições de realizar abordagens pedagógicas com mais categoria devido à sua formação, que privilegia o conhecimento específico do tema. Porém, os outros simplesmente se omitem e ficam aguardando preceitos pedagógicos irretorquíveis, direcionados de cima para baixo, a partir dos donos do saber que teriam a última palavra? [...] Fosse assim, ninguém se arriscaria a ampliar sua área de atuação. Haveria um limite intransponível entre as atividades inerentes à atuação do indivíduo, segundo a sua formação específica, e o restante da ciência e da cultura. [...] Se assim fosse, excelentes jornalistas não diplomados seriam impedidos de nos brindar com seus brilhantes artigos e reportagens. [...] O mesmo aconteceria com exímios educadores, donos de importantes obras de cunho pedagógico. Eles não se aventurariam a passear (com tanto sucesso) pelos jardins da Pedagogia. [...] Felizmente, os pedagogos não são egoístas. Ao contrário, são compreensivos. Anseiam pelo desenvolvimento de sua ciência e aceitam a contribuição de todos.”*

Parte-se agora para a metodologia de ensino na transmissão de conteúdo – neste estudo focado na aula expositiva. De acordo com Godoy (1988), considerada como técnica padrão do ensino tradicional a aula expositiva recebeu e recebe muitas críticas, sendo as mais acerbas: a pouca participação do aluno, o receptor passivo que na sala se encontra para absorver o discurso do professor, e a consideração de



que a classe é um grupo homogêneo onde todos teriam o mesmo estilo de aprendizagem e o mesmo grau de percepção.

Contrapondo a isso, Carvalho e Kriger (2006, p.229) apresentaram outro lado da aula expositiva:

*“[...] Ao se falar em mudanças na concepção do ensino, não acho que a aula teórica deveria simplesmente dar lugar a uma outra técnica. Esquecer o passado, rejeitando o velho e aceitando integralmente o novo, é uma postura radical e simplista. [...] A antiqüíssima aula teórica é um bom instrumento de trabalho, assim como o quadro-negro é praticamente insubstituível mesmo perante novos meios e recursos didáticos. [...] Afinal, os grandes mestres e pensadores do passado e do presente foram formados em suas faculdades através de aulas expositivas, que consistiam na metodologia de ensino mais difundida. [...] Ao invés de ser preterida ela necessita ser repensada”.*

Na verdade não há nada de errado com a aula expositiva, exatamente como não há nada de errado com qualquer outra estratégia de transmissão de pensamento - o importante é averiguar quando a estratégia de aprendizagem é a melhor para se alcançar determinados objetivos, e então empregá-la com correção e preparo anterior adequado (CARVALHO e KRIGER, 2006).

Corroborando, Libâneo (1998), não descarta a aula teórica e a considera como um meio de mobilizar e estimular o aluno e na combinação com outros procedimentos didáticos como o trabalho em grupo e o estudo dirigido.

Em opinião similar e definitiva para este estudo, Carvalho e Kriger (2006) afirmaram que os procedimentos didáticos devem estar intimamente relacionados com os objetivos do ensino, com os conteúdos a serem ensinados e com as características e habilidades dos alunos. O melhor procedimento é aquele que atende às características individuais ou grupais. O melhor professor é aquele que, em cada situação particular, souber empregar a mais adequada técnica de ensino

para comunicar-se fazendo com que o conteúdo possa ser entendido e assimilado sem distorções.


Assim, dentro das concepções supracitadas, para a aplicação do conteúdo teórico da disciplina “Seminário para a Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” adotou-se a aula expositiva como instrumento didático para a transmissão de conteúdo, atentando-se a todos os argumentos até aqui explanados.

### **5.1.2 A experiência**

No período de 28/08/2009 a 23/10/2009, foi desenvolvido o módulo teórico da disciplina SSIAEH junto aos alunos do 2º período da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Como pode ser visto na Tabela 1, páginas 72, cada oficina teve uma respectiva carga horária para que o professor-pesquisador desenvolvesse os conteúdos planejados. Será aqui apresentado, sob forma descritiva, o conteúdo abordado em cada aula expositiva ministrada, bem como, os argumentos que corroboram para a importância deles na formação ético-humanística do cirurgião-dentista.

## a. Apresentação da disciplina: 28/08/2009

### A aula expositiva:



Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Odontologia

- Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária (ORE 030T).

- Estágio de clínica integrada em atenção primária (STG 010A e STG 010B)

Professores:

- Aline Spagnol Fedoco;
- Lutz Eduardo de Almeida;
- Mileide Oliveira.






Celular: desligado ou no modo silencioso. Obrigado!




Uma parceria:





Nosso e-mail:



- Login: [seminario.odonto@yahoo.com.br](mailto:seminario.odonto@yahoo.com.br);
- Senha: dentista.



Apresentação




O que são,  
o que veremos e  
o que faremos nestas disciplinas?


O que é seminário?

- Um seminário se dá através da reunião de um grupo de pessoas voltados à discussão de um determinado tema - afinal, de reuniões e discussões podem sair muitas soluções.






## O que é acolhimento?

- Acolhimento é “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Paidéia – 2001).
- Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação: profissional de saúde/pessoa em cuidado.




## O que é humanizar?

- Humanizar significa: tornar humano, dar condição humana.
- Em saúde, humanizar é o processo que busca oferecer ao paciente um tratamento que leva em conta a totalidade do indivíduo.
- O foco dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente.


## O que é estágio?

- É a oportunidade para que os estudantes coloquem em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula, de maneira que possam vivenciar no dia a dia a teoria, absorvendo melhor os conhecimentos, podendo refletir e confirmar sobre a sua escolha.




## O que é clínica integrada?

- A Clínica Integrada é uma iniciativa da instituição para o atendimento clínico-terapêutico da população. Esse atendimento está previsto no convênio firmado entre a UFJF e o SUS, com o intuito de possibilitar a prestação desses serviços ao município de Juiz de Fora, bem como outros.
- Nela são atendidos crianças e adultos encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde.
- Os atendimentos são realizados por alunos do curso de Odontologia supervisionados por professores e contam com uma determinada carga horária.
- O estagiário conta com esse espaço para a vivência prática do atendimento clínico-terapêutico, tendo como aprimorar seus conhecimentos por meio do contato com o paciente e conhecendo todos os procedimentos da consulta, sempre pautado nos princípios éticos do profissional odontólogo.



## O que é Atenção primária?


- *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.*  
(Declaração de Alma-Ata)



## O que é Atenção primária?


- A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>



## O que veremos e faremos?

- I. Seminário:
  - Processo saúde-doença e suas dimensões;
  - Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística;
  - Humanização do atendimento odontológico;
  - O Sistema Único de Saúde no ensino superior;
  - Noções de bioética;
  - Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva;
  - Trabalhos teóricos.



## O que veremos e faremos?

- II. Estágio:
  - Práticas clínicas: aplicação do plano de ação (atividades de educação em saúde) e escovação supervisionada.

## 1º Passo:

- A turma deverá ser dividida em 04 grupos:
  - Grupo I
  - Grupo II
  - Grupo III
  - Grupo IV
- Cada grupo deverá eleger o seu representante.
- Trazer anotado na próxima aula.

## Cronograma

Data	Horário	Professor	Conteúdo
28/08/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Apresentação.
04/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Processo saúde-doença e suas dimensões.
18/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística.
25/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Humanização no atendimento odontológico. - Filme
02/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - O Sistema Único de Saúde no ensino superior (PRO-SAUDE).

## Cronograma

Data	Horário	Professor	Conteúdo
09/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Noções de Bioética.
16/10/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol	<b>Teórico:</b> - Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar atividades educativo-preventivas (aula 01).
23/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar atividades educativo-preventivas (aula 02).
30/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Apresentação do questionário e das atividades a serem desenvolvidas – Grupos I e II.
06/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Apresentação do questionário e das atividades a serem desenvolvidas – Grupos III e IV.

## Cronograma

Data	Horário	Professor	Conteúdo
09/11/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Prático:</b> Grupo I (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
16/11/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Prático:</b> Grupo II (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
23/11/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Prático:</b> Grupo III (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
30/11/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Prático:</b> Grupo IV (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
04/12/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito Luiz Eduardo Mleide Oliveira	<b>Teórico:</b> - Apresentação do Trabalho final – Grupos I, II, III e IV.

## Avaliação

I) Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado – Preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária.

- Presença: 10 pontos (75% - obrigatória).
- Avaliação dos encontros: 90 pontos
- Processo Saúde-doença e sua dimensões: 10 pontos;
- A humanização do atendimento odontológico: 10 pontos;
- O SUS é problema de todos: 10 pontos;
- Noções de Bioética: 10 pontos;
- Desenvolvimento e aplicabilidade do Questionário: 15 pontos;
- Desenvolvimento e aplicabilidade de uma atividade coletiva: 15 pontos.
- Apresentação do trabalho final (Minimostra): 20 pontos.
- Total: 100 pontos (Nota 1).

II) Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária.

- Presença: obrigatória;
- Avaliação de conduta dentro da clínica: 20 pontos.
- Total: 100 pontos (Nota 2).

## Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:



I. O que achou do conteúdo ministrado no 1º dia?

Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)


II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?


Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:



## Dúvidas?






### Cenas do próximo capítulo...

- 04/09/2009:
  - Processo saúde-doença e suas dimensões.



### Pensamento do dia...

- Às vezes está mais fácil do que imaginamos, mas, temos a estranha mania de vermos as coisas apenas por um ângulo... Abra sua mente!



Luiz Eduardo.



## OBRIGADO!

Nosso contato:


[seminário.odonto@yahoo.com.br](mailto:seminário.odonto@yahoo.com.br)

### O conteúdo:

O primeiro encontro focou-se na apresentação da disciplina, da cronologia de todo conteúdo a ser abordado, além dos instrumentos avaliativos. Como pode ser visto na aula expositiva, foi criado, com a finalidade da aproximação docente-discente, um e-mail para a disciplina, que além de disponibilizar todo conteúdo teórico, atuou também no processo de discussão ativa da disciplina, ou seja, não encerrando as atividades dentro de sala de aula.

Partindo-se da idéia de que introduzir ou apresentar é a forma de levar informações prévias para um trabalho, de forma que todos envolvidos entendam o seu papel e sua importância (Creswell, 2007), pode-se afirmar que a aula de

apresentação atingiu os objetivos referidos, o que favoreceu todo o desenrolar do presente estudo.


## b. Processo saúde-doença e suas dimensões: 04/09/2009

### A aula expositiva:

-Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

- Estágio de clínica integrada em atenção primária

Luiz Eduardo de Almeida:  
- Especialista em Saúde Pública;  
- Mestrando em clínica odontológica.



Uma parceria:



# Processo Saúde-doença e suas dimensões

# Contextualização teórica

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- O que é saúde?

1º conceito:  
Noção dicotômica → saúde como mera ausência de doença.



2º conceito:  
Definição da OMS (1947): "saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade".

3º conceito:  
Em 1986, com a Conferência de Ottawa, surge o conceito de Promoção da Saúde. Tal evento veio confirmar a definição ampla de saúde e associar a mesma valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania e paz.

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- O que é doença?

De acordo com Rouquayrol (1983), **doença** é resultado da sinergização de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos.

Conseguem perceber que a diferença entre saúde e doença é simplesmente o equilíbrio ou o desequilíbrio entre os mesmos fatores?

## Bibliografia complementar

- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde**. Revista de Saúde Pública: 31(5): 538-42. 1997.

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- Que parâmetros devem ser tomados para a caracterização do processo saúde-doença?

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- De acordo com Valla, 1982, faz-se necessário uma avaliação de pelo menos três dimensões: biológica, social e psicoafetiva – sendo estas duas últimas raramente avaliadas pelos profissionais da saúde.



## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- Dimensão biológica:
  - aparece claramente na referência às doenças, à fisiologia, às patologias.
  - segundo Mendes (1992), o ensino odontológico reproduz ainda elementos retrógrados como:
    - a estruturação do plano de curso em micro disciplinas e especialidades odontológicas;
    - a orientação geral do currículo ainda dirigida para a lesão da doença, com ênfase no curativo e reabilitador;
    - o planejamento educacional exclusivamente realizado por professores, a natureza do pessoal docente e das pesquisas.



“Disciplinas que ensinam a cortar homens.”

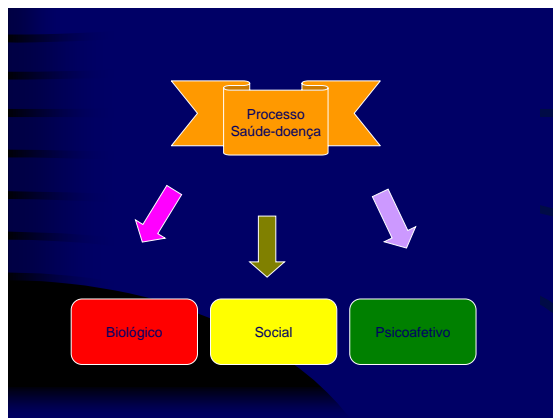
ROSSETTI, H. Saúde para a Odontologia. Livraria Santos: 2ª edição, São Paulo. 150p.

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- Dimensão social :
  - forte referência aos determinantes sociais dos agravos à saúde da população;
  - na verdade aqui estão as conseqüências que o meio pode trazer a um indivíduo.

## Processo Saúde-doença e suas dimensões

- Dimensão psicoafetiva :
  - constatação da forte valorização do componente simbólico e dos aspectos afetivos envolvidos no ato de curar e de sentir saudável, ou seja, a autopercepção e o auto-cuidado.



- Para uma melhor compreensão dos referidos conceitos, é de fundamental importância entendermos os modelos de assistência que o processo saúde-doença atravessou durante sua história.

## Modelos do processo saúde-doença

- 1. Modelo biomédico;
- 2. Modelo processual;
- 3. Modelo sistêmico.

## Modelos do processo saúde-doença

- 1. Modelo biomédico:
  - a. Base conceitual = simplificada:



## Modelos do processo saúde-doença

- 1. Modelo biomédico:
  - a. Base conceitual:
    - Referencial clássico da medicina;
    - Doença resultante da agressão de um agente etiológico (doenças infecciosas e parasitárias);
    - perspectiva da patologia - valoriza o mecanismo etiopatogênico;
    - clínica médica - abordagem semiológica e terapêutica.

## Modelos do processo saúde-doença

- 1. Modelo biomédico:
  - b. Tecnologia/ Organização:
    - Diagnóstico clínico individual;
    - Ênfase na terapêutica medicamentosa;
    - Uso de equipamentos (alta tecnologia);
    - Valorização do atendimento hospitalar.

## Modelos do processo saúde-doença

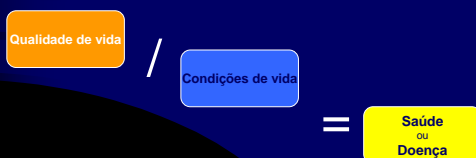
- 1. Modelo biomédico:
  - c. Processo de trabalho:
    - Individual e fragmentado.

## Modelos do processo saúde-doença

- 1. Modelo biomédico:
  - Ações restritas à dimensão biológica

## Modelos do processo saúde-doença

- 2. Modelo processual:
  - a. Base conceitual:



## Modelos do processo saúde-doença

- 2. Modelo processual:
  - a. Base conceitual:
    - Objetivo - dar sentido aos diferentes métodos de prevenção e controle de doenças e problemas de saúde;
    - Noção de prevenção fundamentada em um modelo processual dos fenômenos patológicos denominado História Natural da Doença (HND)

## Modelos do processo saúde-doença

- 2. Modelo processual:
  - b. Tecnologia/ Organização:
    - Diagnóstico coletivo e individual;
    - Políticas públicas;
    - Equipamentos e Medicamentos;
    - Rede de saúde.

## Modelos do processo saúde-doença

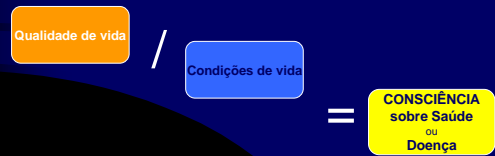
- 2. Modelo processual:
  - c. Processo de trabalho:
    - Equipe multiprofissional e interdisciplinar.

## Modelos do processo saúde-doença

- 2. Modelo processual:
  - Ações alcançam as dimensões biológicas e sociais.

## Modelos do processo saúde-doença

- 3. Modelo sistêmico:
  - a. Base conceitual:



## Modelos do processo saúde-doença

- 3. Modelo sistêmico:
  - a. Base conceitual:
    - Sistema - conjunto de elementos de tal forma relacionados que uma mudança no estado de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais.
    - A maioria das doenças são resultantes da conjugação de fatores extrínsecos, situados no meio ambiente e de fatores intrínsecos próprios do ser vivo afetado.
    - Ecossistema - inter-relação dos componentes bióticos e abióticos com organismos vivos - problemas de saúde (desequilíbrio)

## Modelos do processo saúde-doença

- 3. Modelo sistêmico:
  - b. Tecnologia/ Organização:
    - Território;
    - Diagnóstico coletivo e individual;
    - Políticas públicas;
    - Equipamentos e medicamentos;
    - Rede de saúde.

## Modelos do processo saúde-doença

- 3. Modelo sistêmico:
  - c. Processo de trabalho:
    - Ação cuidadora;
    - Acolhimento;
    - Equipe interdisciplinar;
    - Intersetorialidade;
    - Sujeitos autônomos.

## Modelos do processo saúde-doença

- 3. Modelo sistêmico:
  - Ações alcançam as três dimensões: biológicas, sociais e psicoafetivas.

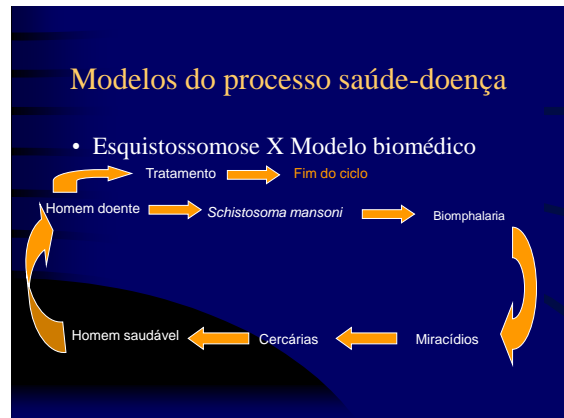
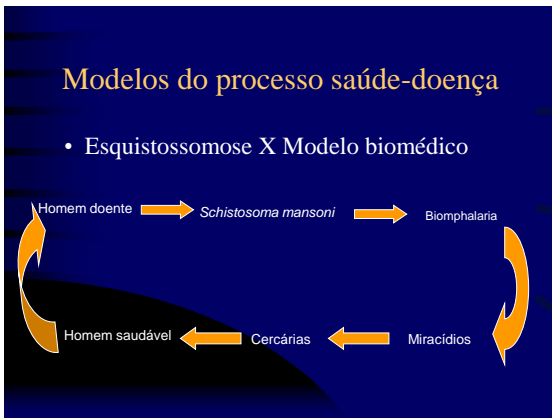
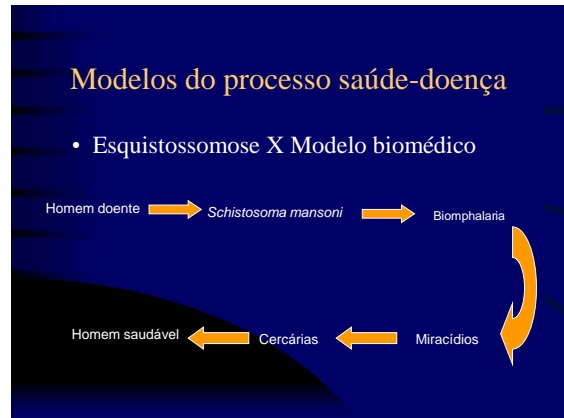
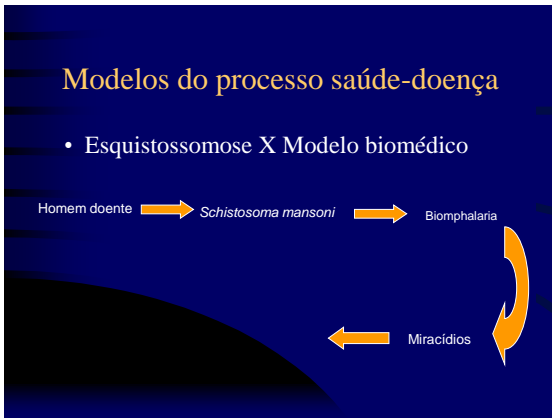
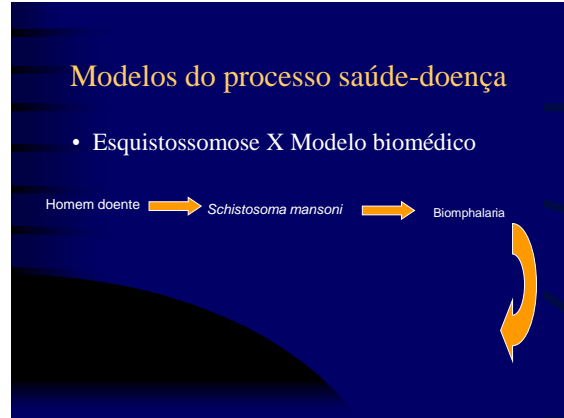
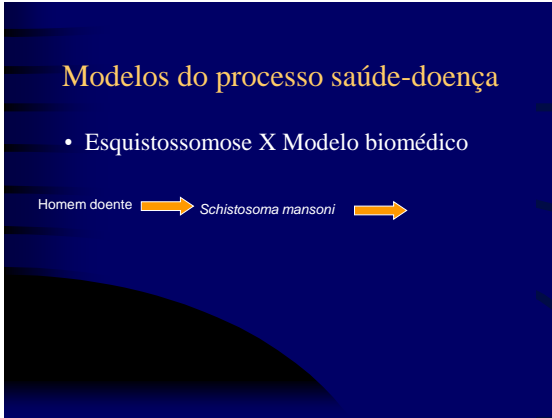
## Modelos do processo saúde-doença

- Vamos aplicar estes conceitos em um exemplo prático:
  - Esquistossomose no nordeste brasileiro

## Modelos do processo saúde-doença

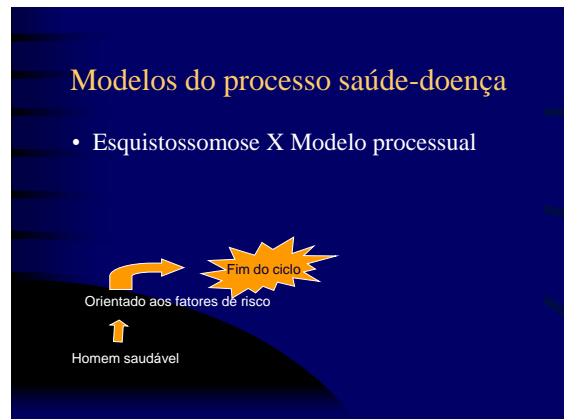
- Esquistossomose X Modelo biomédico

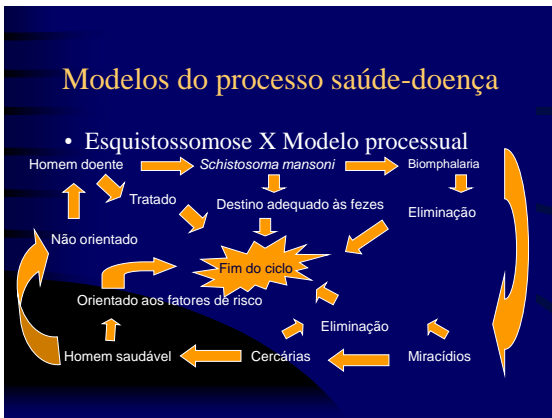
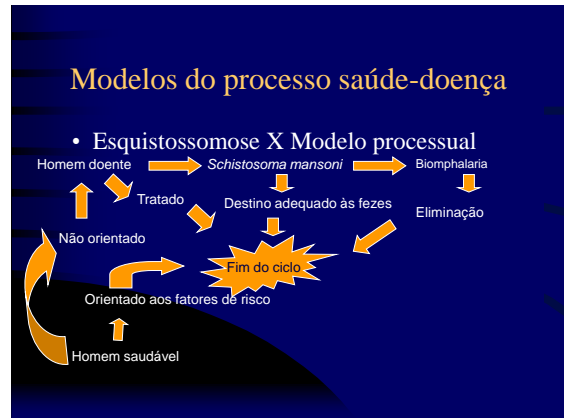
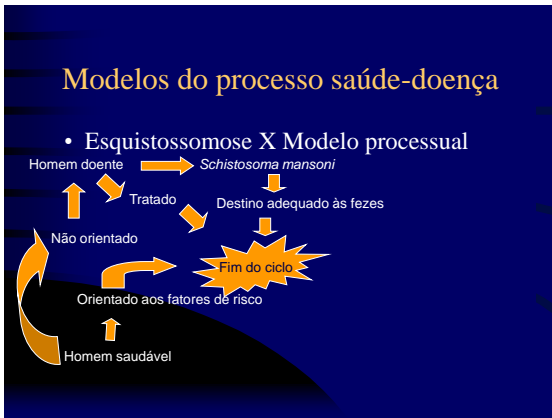
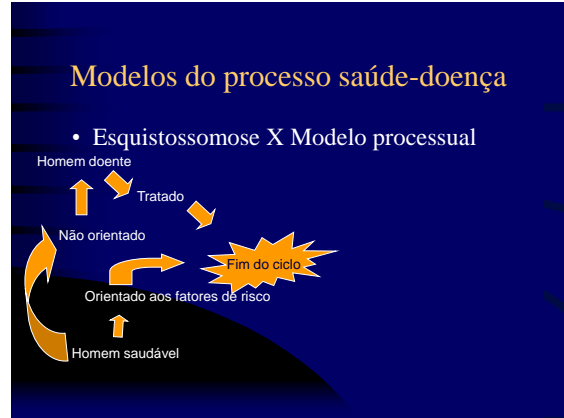
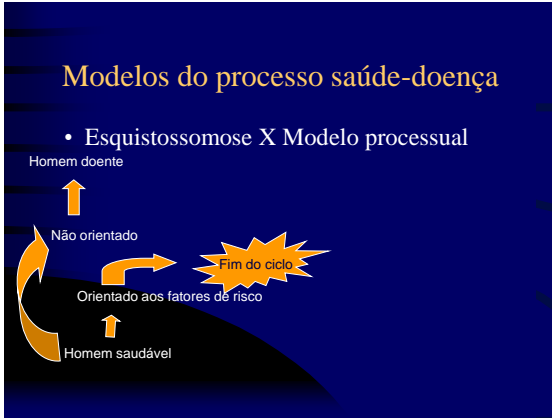
Homem doente →



### Modelos do processo saúde-doença

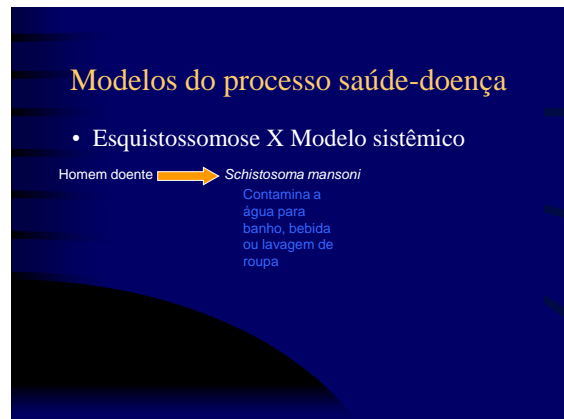
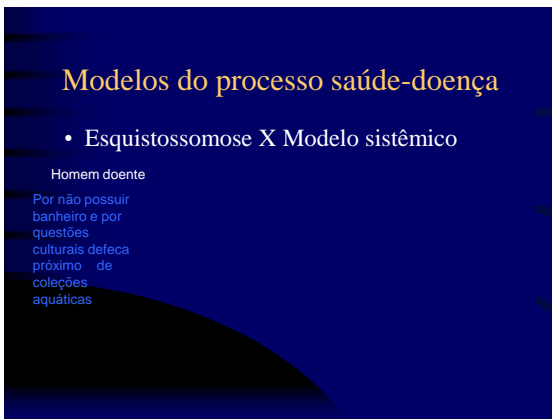
Conseguem perceber que a metodologia deste modelo atua na **consequência** e não na causa do problema





### Modelos do processo saúde-doença

Neste modelo, vai-se além da **consequência** atua-se também na **causa** do problema; ressalta-se ainda que as ações não se restringem às questões **biológica**, alcançam também a dimensão **social**.



### Modelos do processo saúde-doença

- Esquistossomose X Modelo sistêmico

Homem doente → Schistosoma mansoni → Biomphalaria

Por descaso e despreparo não há controle das formas parasitárias e do hospedeiro intermediário

Miracídios

### Modelos do processo saúde-doença

- Esquistossomose X Modelo sistêmico

Homem doente → Schistosoma mansoni → Biomphalaria

Ao se utilizarem da água contaminada, há penetração ativa das cercárias.

Cercárias ← Miracídios

### Modelos do processo saúde-doença

- Esquistossomose X Modelo sistêmico

Homem doente → Schistosoma mansoni → Biomphalaria

Por pobreza, ignorância, falta de saneamento básico e áreas de lazer - manutenção do ciclo do parasita - caráter endêmico da patologia

Homem saudável ← Cercárias ← Miracídios

### Modelos do processo saúde-doença

- Esquistossomose X Modelo sistêmico

Homem doente → Schistosoma mansoni → Biomphalaria

Homem saudável ← Cercárias ← Miracídios

### Modelos do processo saúde-doença

Aqui, o enfoque é a **causa** do problema, levando-se em consideração as questões **biológicas, sociais e psicoafetivas**.

### Avaliação:

### Avaliação

- Prova em grupo.
- Valor: 10 pontos.
- Entregar na próxima aula: 18/09/2009.

– Observações:

- Prova à caneta e assinada por todos integrantes do grupo (documento);
- o grupo que não entregar no prazo: a prova será avaliada em até 50% do seu valor, ou seja, 05 pontos.

### Avaliação:

- Texto1: *“Sobre o saber e o prazer”*  
Rubem Alves
- Texto2: *“Processo Saúde-doença e suas dimensões”*  
Luiz Eduardo de Almeida
- Texto 3: *“Nem tudo é tirar e pôr na boca do homem”*  
Hugo Rossetti

## Avaliação:

- 1) Partindo-se da ideia trazida pelo texto 03, correlacione-o com os textos 1 e 2 – enfoque a prática odontológica.

## Dúvidas?

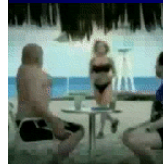


## Cenas do próximo capítulo:

- 15/05/2009:
  - Humanização do atendimento odontológico;
  - Entrega da Avaliação.

## Pensamento do dia...

- Nunca finja ser o que não é para causar boa impressão – a máscara cairá quando você menos esperar... Seja sempre você mesmo!



Luiz Eduardo.

## Avaliação da disciplina



Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 08/05/2009?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:



## Obrigado pela atenção!

## Nosso contato



– [Seminario.odonto@yahoo.com.br](mailto:Seminario.odonto@yahoo.com.br);

O conteúdo:

Buscando a fundamentação para a humanização em saúde foi necessário uma compreensão mais aprofundada e crítica do processo saúde-doença, considerando que este conceito deve ser permanentemente construído e correlacionado a diferentes contextos (ALMEIDA, 2009). Assim foi construída a aula expositiva, cuja base argumentativa fundamental foi a busca imprescindível da incorporação dos aspectos subjetivos ao processo de adoecimento. Ressalta-se que em nenhum momento o conteúdo abordado negligenciou o rigor científico, aliás, a sua mais primorosa contribuição e, maior desafio aos profissionais de saúde, reside na convocação à transformação do conhecimento científico em verdadeira sabedoria, mais humanizada e contextualizada com as reais necessidades da população brasileira (ALMEIDA, 2009).

A ênfase dada a este momento do trabalho foi o processo saúde-doença e não apenas a doença – Rossetti (1999, p. 17) explana com clareza as consequências trazidas por profissionais que não foram capacitados a atuarem realmente com a saúde:

*“A nós, odontólogos, nos mostraram uma ciência teórica com muitas bases científicas e de forma fragmentada. Mostraram-nos músculos, ossos, células, materiais dentários, bactérias e medicamentos. Disseram-nos o que fazer com uma cárie dentária, com um espaço, o que fazer com uma gengiva ou maloclusão ou como fazer uma cirurgia. Depois tínhamos que unir o quebra-cabeças e, para isso, não nos ensinaram a pensar, a decidir por nós mesmos, a criar **saúde** nas pessoas. Não sabemos o que fazer e fazemos o que nos ensinaram. Restauramos dentes, fechamos espaços, tratamos gengivas, corrigimos maloclusões e realizamos cirurgias... Contudo, se você observar os seus pacientes, vai se dar conta de que, com o decorrer do tempo, estarão cada vez mais doentes. A **saúde não se desenvolve**. Ao contrário,  **cresce a enfermidade**. Eu vi crescerem belos amálgamas, vi*



*aumentarem de tamanho até se transformarem em coroas, em pontes de três elementos e, estas, em pontes de cinco elementos; e próteses removíveis que cresceram até adiante e, por fim, à prótese total que segue crescendo em altura com reembasamentos constantes... Isso ocorre porque existe um conceito pouco claro de enfermidade e não existe um conceito claro de saúde. Como consequência, nos dedicamos a tratar doenças ao invés de criar saúde. Jamais se pode chegar à saúde tratando enfermidades”.*

Sabe-se que a palavra saúde vem assumindo significados muito diversos e até mesmo contraditórios. O fato é que saúde e doença não designam valores abstratos ou situações absolutas, ou ainda, não são condições estáticas – obviamente a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida, tanto do ponto de vista individual quanto do social (SEGRE e FERRAZ, 1997; BRASIL, 1998).

A aula expositiva evidenciou e buscou capacitar o acadêmico a uma nova caracterização para saúde, em busca de um conceito mais ampliado, que exige do profissional de saúde uma avaliação de pelo menos três dimensões: biológica, social e psicoafetiva – sendo estas duas últimas raramente valorizadas. A dimensão biológica aparece claramente na referência às doenças, à fisiologia, às patologias. A social, na forte referência aos determinantes sociais dos agravos à saúde da população, na verdade aqui estão as consequências que o meio pode trazer a um indivíduo. A psicoafetiva, na constatação da forte valorização do componente simbólico e dos aspectos afetivos envolvidos no ato de curar e de sentir saudável, ou seja, o autocuidado. Com essas três dimensões que o profissional em saúde deve trabalhar em saúde, descartando a idéia do corpo como máquina, da dominância da dimensão biológica sobre as demais e, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Entender o processo saúde-doença como resultante das condições de vida e trabalho significa buscar formas de perceber como ela se

rebela na coletividade. Nesse esforço, devem estar envolvidos não só os profissionais de saúde, mas também os cidadãos e as instituições públicas (SEGRE e FERRAZ, 1997; VALLA, 1982).

Na verdade saúde é um conceito a ser entendido, desta forma, saúde não se ensina, se discute: a relação entre saúde e condição de vida, o direito de toda a população viver em condições adequadas e assim sucessivamente (COLLARES e MOISÉS, 1989; SEGRE e FERRAZ, 1997). Não obstante, Alves (2005, p. 82) afirmou que “... *educar, desenvolver a arte de pensar...*”.

Segundo Mendes (1992), o ensino odontológico reproduz ainda elementos retrógrados como: a estruturação do plano de curso em microdisciplinas e especialidades odontológicas, a orientação geral do currículo ainda dirigida para a lesão da doença, com ênfase no curativo e reabilitador, o planejamento educacional exclusivamente realizado por professores, a natureza do pessoal docente e das pesquisas – gerando como corolário a formação de profissionais altamente desumanizados e pouco preparados para as reais necessidades em saúde da população brasileira.

Dentro desta perspectiva complementa Rossetti (1999, p.24):

*“[...] Em vez de formar Doutores para manter a população sadia, formam dentistas para manter a população enferma. Se, ao contrário, a Faculdade se preocupasse com a saúde da população, não haveriam 24 matérias para a enfermidade e apenas duas para a saúde”.*

De acordo com Amaral (1991), apesar de o número de faculdades ter aumentado nas duas últimas décadas no país, a qualidade de saúde oral não melhorou. Isso porque o atual modelo de ensino se mostra incapaz de ofertar saúde para grande parte da população. A formação universitária é muito deficiente em relação às disciplinas que tratam dos aspectos social e preventivo, levando em

muitos casos, ao desinteresse do futuro profissional para com elas. Neste sentido, completa Alonso (1990), a Universidade deve tomar conta de seu papel de refletir sobre o que está produzindo e reproduzindo enquanto elemento transformador e de compromisso com a sociedade.

Segundo Valença (1998) e Almeida (2009), o trabalho educativo, baseado na participação deve superar a formação academicista que o cirurgião-dentista traz da universidade, caminhando na direção de uma compreensão mais totalizadora da realidade. São sob essa perspectiva que devem ser formados os odontólogos: capacitados a agentes promotores de saúde.

De acordo com Cangussu et al. (2001) e Saliba (2003), promove-se saúde: assegurando-se aos cidadãos condições dignas para a vida, por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde. A grande maioria das causas de doenças e deficiências poderiam ser evitadas por meio de ações preventivas, desde que estas atividades passassem a ser valorizadas e vinculadas à população. Quanto às medidas curativas e assistenciais, voltadas para a recuperação da saúde individual, deveriam apenas complementar a atenção integral à saúde (ROUQUAYROL, 1993). É neste cenário que a educação para a saúde em prol de uma prática humanizadora poderá cumprir papel destacado: favorecendo o processo de conscientização quanto ao direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde-doença (BRASIL, 1998).

Assim, nesse âmbito, de acordo com Brasil (2007), para a formação em saúde, dentre variadas concepções, devem ser destacados aspectos relativos aos

determinantes de saúde e à determinação biológica, social e psicoafetiva da doença, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções.

Corroborando ao explicitado, pode-se confirmar a importância da presente temática como instrumento de humanização em saúde, uma vez que desperta uma concepção crítica no futuro profissional de saúde quanto à valorização do sujeito como um ser humano, o que é essencial para o desenvolvimento de ações, sejam elas preventivas, curativas individuais ou coletivas, mais humanizadas, contribuindo assim para uma atenção integral às pessoas e suas famílias. Ressaltando-se ainda que o importante é saber e reconhecer que uma abrangência humanística do processo saúde-doença reflete uma percepção causal, ou seja, saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória – não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade, ou ainda, o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social (ALMEIDA, 2009).

## c. Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística: 18/09/2009

### A aula expositiva:

- Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado: preparação para o ingresso ao Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária

- Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária

Professor:  
Luiz Eduardo de Almeida

**BEM VINDO**

Celular: desligado ou no modo silencioso. Obrigado!

Uma parceria:

Organização Pan-Americana da Saúde  
Ministério da Saúde  
BRASIL  
UM PAÍS, DIFERENTES GOVERNOS FEDERAIS  
PRO-SAÚDE  
PET-Saúde  
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Odontologia  
CIDADE DE JUIZ DE FORA

**Avaliação**

Aula 2: Processo saúde-doença e suas dimensões

**Avaliação**

- Presentes: 33 alunos.
- Entregaram questionário de avaliação: 32 (96,97%)
- I. Conteúdo:
  - Excelente = 15 = 46,88%
  - Muito bom = 14 = 43,75%
  - Bom = 03 = 9,37%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%

Nota	Quantidade	Porcentagem
Excelente	15	46,88%
Muito bom	14	43,75%
Bom	03	9,37%
Regular	00	00,00%
Ruim	00	00,00%

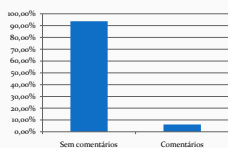
**Avaliação**

- II. Professor:
  - Excelente = 25 = 78,12%
  - Muito bom = 06 = 18,75%
  - Bom = 01 = 3,13%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%

Nota	Quantidade	Porcentagem
Excelente	25	78,12%
Muito bom	06	18,75%
Bom	01	3,13%
Regular	00	00,00%
Ruim	00	00,00%

## Avaliação

- III. Comentários:
  - Sem comentários = 30 = 93,75%
  - Comentários = 02 = 6,25%
    - Elogios = 02 = 100,00%
    - Críticas = 00 = 00,00%
    - Sem fundamento = 00 = 00,00%



"Muito boa a aula!"

"A aula foi curta, dinâmica e interessante"

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!!!

## Doenças cárie e periodontal

## Avaliação

- Instrução:
  - Preencha o item III (Identificação).

## Avaliação

- Olhe bem as imagens:



## Avaliação

- Assine no rodapé da página 2;
- A partir das imagens, responda, por enquanto, as questões 1 e 2 (5 minutos):
  - 1) O que você entende por cárie?
  - 2) O que você entende por doença periodontal?

Obs.: responder à caneta (azul ou preta)

## Caracterização

As doenças CÁRIE e PERIODONTAL incidem em mais de 90% e 80% da população brasileira, respectivamente.

Somente 5%  
desta população  
tem acesso aos  
CD.

A maioria das  
pessoas  
desconhecem que  
estas afecções são  
doenças e que  
podem ser  
evitadas.

A prevenção é um  
dever ético de todo  
o profissional.

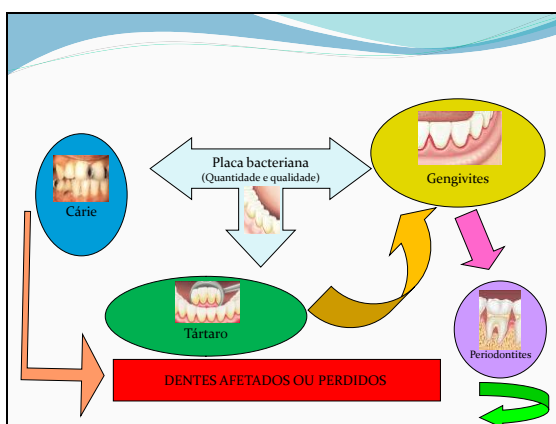
- Não há dúvidas que para que estas doenças aconteçam tem que haver primeiro o depósito da placa bacteriana.

#### Placa dental:

Pode ser definida como agregados bacterianos que ocorrem sobre os dentes e outras estruturas bucais sólidas.



- Então:



**Visto assim parece simples...**

**E como este processo é percebido pelo cirurgião-dentista? E pelo paciente?**

**Percepção reducionista**

**Profissional**

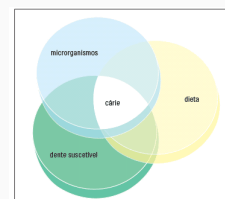
### Percepção reducionista - Profissional

- Cientificismo:
  - Biologicismo;
  - Curativismo;
  - Mecanicismo;
  - Individualismo.

### Percepção reducionista - Profissional

- Biologicismo:
  - conceito simplificado de saúde e doença;
  - as doenças têm um único enfoque - patógenos concretos;
  - concepção local e fragmentada (boca não tem relação com nada).

### Percepção reducionista - Profissional



### Percepção reducionista - Profissional

- Biologicismo:
  - conceito simplificado de saúde e doença;
  - as doenças têm um único enfoque - patógenos concretos;
  - concepção local e fragmentada (boca não tem relação com nada).

### Percepção reducionista - Profissional

- Curativismo:
  - as doenças são inevitáveis;
  - Intervenção profissional após instalação das doenças (cárie e periodontal) – ex.: preparos cavitários preventivos de black.



## Percepção reducionista - Profissional

- Mecanicismo:
  - Desumanização
    - corpo visto como máquina
  - Eficiência e eficácia do tratamento está diretamente relacionada:
    - alta tecnologia;
    - materiais odontológicos caros.

## Percepção reducionista - Profissional

- Individualismo:
  - Profissional = detentor do conhecimento.
  - especialidades.

## Paciente

## Percepção reducionista - Paciente

- Não consegue ver cárie e periodontites como doença, e sim como algo natural;
- Odontologia de qualidade = restrita a quem pode pagar;
- Perder os dentes – inevitável.

ODONTOLOGIA PESSIMISTA.

Vamos ver estes conceitos na prática...

- Um exemplo:

- Um indivíduo - não precisa questionar sexo, idade, raça e outros afins - por dor, procura por serviço odontológico (na clínica da Faculdade de Odontologia ou em uma UBS);

- Durante o atendimento, normalmente, o odontólogo ou graduando solicita ao paciente que abra sua boca para ulterior avaliação;



- Imagine que este paciente tenha 28 (vinte e oito) dentes, e que desses somente 4 (quatro) apresentam lesões cáries, sendo que apenas um dói;
- Foi também verificado o grande acúmulo de placa bacteriana neste paciente.

- O que normalmente seria feito para este possível paciente?

- O CD ou acadêmico relataria ao paciente que o mesmo é portador de lesões cárias, cujo tratamento consiste em confecções de restaurações.
- Após o referido tratamento receberia alta.

Para o dentista, o caso está terminado;  
Para o paciente, o caso está apenas começando.

- Então, o paciente continuaria acumulando placa, e esta última atuaria agora sobre os materiais odontológicos, além dos outros dentes saudáveis.
- Sabe-se que por melhor que seja um material restaurador, eles, por si só, não possuem a capacidade inibitória aparente à adesão de microrganismos.
- Enfim: o profissional atua na consequência e não na causa do problema...

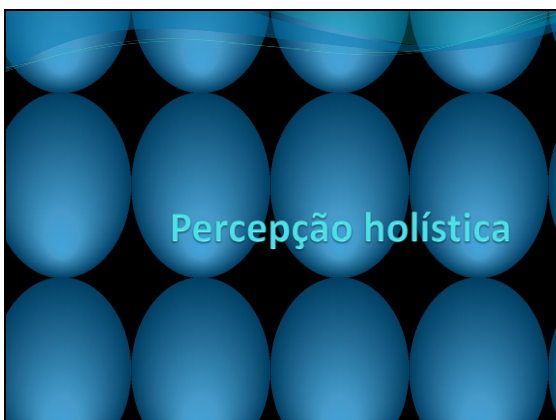
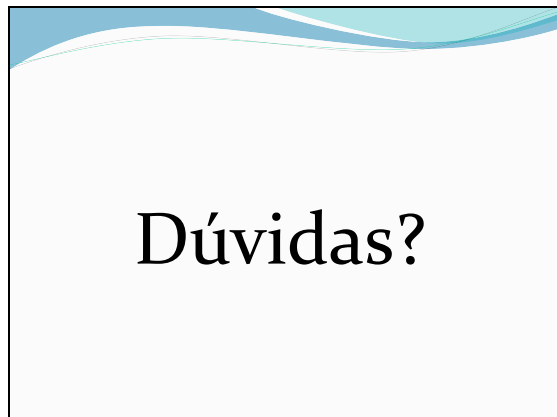
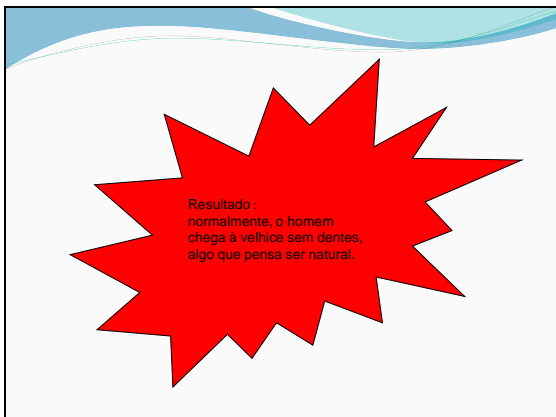
- Consequência disso:
  - Ciclo restaurador repetitivo.

Obs.: o mesmo é válido para a doença periodontal.

Frustrante, mas é a realidade – vive-se, atualmente, na comercialização da saúde, aliás, da doença, e massacre do atendimento humanizado.

Em algum momento da consulta foi explicado ao paciente que cárie é uma doença infecto-contagiosa altamente mutilante e que, felizmente, é passível de controle, de tratamento e, principalmente, de prevenção? Não. Aliás, é raro o profissional que isso o faz.

O odontólogo se esquece que ele tem a função de educador, ou seja, não é apenas fazer uma resina, ou um amálgama, por exemplo, mas também educar seus pacientes a recebê-los quando necessário.


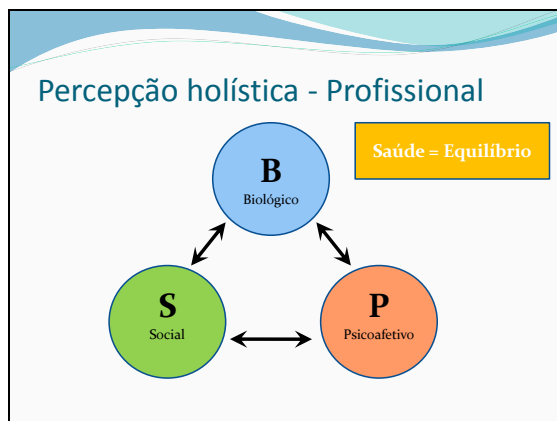


## Percepção holística - Profissional

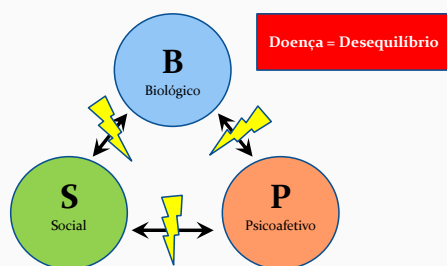
- Promoção da saúde (comunitarismo):
  - Conceito ampliado de saúde;
  - Prevenção;
  - Níveis de atenção;
  - Multiprofissionalismo.

## Percepção holística - Profissional

- Conceito ampliado de saúde:
  - 1986 - Conferência de Ottawa:
    - Conceito de Promoção da Saúde: definição ampla de saúde e associar à mesma valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania e paz.
  - 1988 - Constituição
    - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação
  - 1990 - Lei 8080
    - Art.3º - saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

## Percepção holística - Profissional



## Percepção holística - Profissional

- Prevenção:
  - as doenças perdem seu caráter de inevitabilidade;
- intervenção profissional:
  - antes da instalação da doença (prevenção);
  - durante a instalação da doença (diagnóstico precoce – odontologia minimamente invasiva);
  - após a instalação da doença (tratamento e manutenção).
- Educação em saúde.

## Percepção holística - Profissional

- Níveis de atenção:
  - Integralidade:
    - Atenção primária (enfoque);
    - Atenção secundária;
    - Atenção terciária.

## Percepção holística - Profissional

- Multiprofissionalismo:
  - Odontologia articula com outras ciências:
    - Riscos sistêmicos das afecções bucais.
  - Humanização;
  - Ênfase nas atividades comunitárias (família).

## Percepção holística - Profissional

- Em suma:
  - *“O profissional percebe que a dentição pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais”.*  
(Goffman, 1988; Rodrigues, 1979; Wolf, 1998)

Paciente

## Percepção holística - Paciente

- Odontologia X Desigualdades sociais.
- Entendam com o texto:

## Percepção holística - Paciente

*“... as precárias condições de vida dificultam priorizar o cuidado em saúde. Embora sofram da dor dentária, ir ao dentista é percebido com um luxo, não um direito do cidadão. O difícil acesso ao serviço e restauração de má qualidade, favorecem a extração dentária como mais resolutiva. A deterioração da saúde bucal é lamentada pelos moradores que buscam ajuda de clínicas populares, políticos e curandeiros. A experiência da doença dentária diferencia de acordo com a classe, deixa marcas bucais da iniquidade e prejudica a auto-estima e inclusão social. “Tratar” os dentes da desigualdade nesse contexto exige aprofundar a compreensão dos determinantes sociais da saúde, reduzir injustiças no acesso aos serviços de qualidade, remover estigmas que desmoralizam e fortalecer a viva voz da comunidade frente às forças estruturais que afetam sua vida.”*

(Moreira et al., 2007)

# Dúvidas?

Vale a pena ver de novo...

## Vale a pena ver de novo...

### Reduccionista - profissional

- Biologicismo;
- Curativismo;
- Mecanicismo;
- Individualismo.

### Holística - profissional

- Conceito ampliado de saúde;
- Prevenção;
- Níveis de atenção;
- Multiprofissionalismo.

## Vale a pena ver de novo...

### Reduccionista - paciente

- Passivo (acrítico).

### Holística - paciente

- Ativo (crítico).

Não para concluir,  
mas, para desafiar...

## Não para concluir, mas, para desafiar...

*"Seu Antônio, de profissão agricultor, tem apenas 42 anos de idade e já perdeu todos os dentes e não foi por placa bacteriana, por cárie ou por doença periodontal. Ficou desdentado por baixos salários, por inflação, por educação inadequada, por incompetência governamental, por subnutrição, por discriminação, por petróleo, por dentista, por programas de saúde. Seu Antônio, sem dúvida, ficou desdentado por sociedade".*

*Volnei Garrafa - Epidemiologia do Desdentado*

*"O homem tem odontologia e morre sem dentes, os animais não tem odontologia e morrem com dentes"*  
(Rossetti, p.16, 1999)

*"Dentistas: por favor prenda suas mãos e liberte sua mente..."*  
(Rossetti, p.75, 1999)

## Avaliação

- Assine no rodapé da página 3;
- Responda as questões 3 e 4 (10 minutos):
  - 3) As descrições que você apresentou nas questões 1 e 2 encontram-se em qual perfil: reducionista ou holístico? Justifique.
  - 4) A partir do explanado, diferencie percepção reducionista de holística – enfoque a prática odontológica?

Obs.: responder à caneta (azul ou preta)

## Pensamento do dia...

## Pensamento do dia...

- Imagine se Tom Cruise nascesse no Brasil...



## Pensamento do dia...

- Complemente sua imaginação: pense nele nascido em uma região carente, e que seu sorriso estaria aos cuidados de uma Odontologia de caráter reducionista. O que teríamos?



## Um outro pensamento...

“Esculápio, o deus da medicina teve duas filhas: **PANACEA**, a deusa da cura ou da assistência médica, e **HYGEA**, a deusa da higiene ou da medicina preventiva. Como todo pai, ele acreditava que as duas filhas fossem cooperar ao invés de competir, mas a competição prevaleceu, pois se a **HYGEA** obtivesse um sucesso completo, **PANACEA** ficaria desempregada. E se **PANACEA**, como vem acontecendo, fosse a preferida da opinião pública, do governo e da classe médica, quem ouviria os vulgares conselhos de **HYGEA**?”

## Avaliação da disciplina

## Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 18/09/2009?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:



## Cenas do próximo capítulo

### Cenas do próximo capítulo...

- 25/09/2009:
  - Humanização no atendimento odontológico.

**Obrigado pela atenção!**

#### O conteúdo:

Após trabalhar com uma percepção mais ampliada do processo saúde-doença, tornou-se fundamental desenvolver uma aula expositiva que permitisse uma compreensão holística das principais doenças que acometem a cavidade bucal, formando assim profissionais mais capacitados a uma odontologia mais humanizada e enfocada de fato na sua mais importante meta: ofertar a tão almejada saúde. Destaca-se ainda que o material teórico utilizou-se da problematização como transmissão de conteúdo, através de uma compreensão ativa, por parte dos acadêmicos, dos benefícios trazidos pela percepção holística, e não reducionista, do cirurgião-dentista.

Assim, inicialmente cabe aqui apresentar alguns esclarecimentos sobre o uso do termo holismo, que é utilizado em diversos campos do conhecimento. Um sentido do termo refere-se ao holismo nativo, presente nos sentidos associados à práxis do grupo de terapeutas alternativos. Para eles, o holismo é um conjunto de valores aplicados à terapêutica que atravessa as dimensões da racionalidade médica em que se insere sua prática. Numa outra concepção, holismo caracteriza-se por abordar a construção do conhecimento de forma transdisciplinar - essa área de teorização influencia diretamente as atuais transformações nos paradigmas

científicos de diversas disciplinas, sendo mais comumente conhecida como ciência da complexidade. Nela os termos holístico, complexo, sistêmico, e transdisciplinar parecem ser utilizados de forma intercambiável, com sentidos semelhantes (SOUZA e LUZ, 2009).

Além das caracterizações supracitadas, há uma terceira designação para holismo, que constitui o enfoque deste estudo, que o vê como categoria disciplinar da antropologia, elaborada por Dumont (1985), que caracteriza no âmbito macrossocial conflitos de valores análogos aos presentes no campo da saúde. O autor desenvolve a noção pela comparação entre as sociedades modernas e as não modernas, distinguindo estas daquelas pela centralidade do valor do homem enquanto indivíduo. Individualismo valoriza o indivíduo, negligenciando a totalidade social ou a subordinando ao homem. Para melhor entender o sentido de indivíduo a que o autor se refere, lança-se mão da categoria oposta: o holismo valoriza a totalidade social e negligencia o indivíduo humano ou o subordina a essa totalidade. O autor ainda complementa que *“o todo é hierarquicamente superior às partes pois determina seu valor e identidade”* (DUMONT, 1985, p.255).

Então se pode extrair que a percepção holística oferta ao profissional de saúde, além de uma análise moderna, uma percepção não reducionista do estado de saúde ou doença, e desta forma interfere diretamente na forma de como os profissionais de saúde desenvolverão suas práticas: integralizadas e, por conseguinte, mais humanizadas e coerentes com o sistema de saúde vigente no Brasil (ALMEIDA, 2009).

Na Odontologia, sabe-se que as doenças cárie e periodontal são as que mais afetam o estado de saúde bucal. Dentro de uma percepção reducionista, ao longo do tempo, diferentes conceitos sobre a etiologia da doença cárie foram propostos.



Ekstrand (2002) faz uma revisão histórica desses conceitos: inicia com a teoria quimioparasitária, afirmando que diversos microrganismos da cavidade bucal eram capazes de produzir ácidos através da fermentação do açúcar e que eles dissolviam os cristais de hidroxiapatita dos dentes. Posteriormente, definiu o termo placa bacteriana e isolou estreptococos dessa placa, quando o açúcar estava presente no meio de crescimento. Anos mais tarde, isolou-se um tipo específico de estreptococos das lesões de cárie, denominando *Streptococcus mutans*. E, por último, o clássico conceito dos três círculos superpostos – indicando que o dente, os microrganismos e o substrato devem estar presentes, ao mesmo tempo, para o desenvolvimento da cárie (EKSTRAND, 2002).

A expressão doença periodontal representa um grupo de patologias que afetam os tecidos periodontais: as gengivites e periodontites. Segundo Oppermann e Rosing (1997), a gengivite é a doença bucal de maior prevalência. É encontrada em todas as idades, desde que a placa se acumule por um certo período de tempo. A variação que ocorre entre indivíduos é decorrente de diferentes respostas do hospedeiro.

O Brasil atravessa uma importante transição demográfica e epidemiológica em saúde bucal, com o envelhecimento da população e o declínio de cárie da população mais jovem, não obstante persiste o fenômeno da polarização, com um percentual importante de crianças e adolescentes com alta experiência de cárie. Por outro lado, problemas ligados aos acidentes traumáticos em meios urbanos, que atingem as áreas de cabeça, face, boca e dentes, bem como a ocorrência do câncer bucal, tornam-se cada vez mais importantes. E, ainda mais, o adulto brasileiro continua portador de uma herança epidemiológica das mais graves, com grande estoque de seqüelas bucais acumuladas, especialmente ligadas às doenças


periodontais e à carie, refletidas no índice de edentulismo na terceira idade (OPPERMANN e ROSING, 1997; CARVALHO e KRIGER, 2006).

Entretanto, a abordagem holística destas doenças altera totalmente a percepção e o manejo clínico. Por exemplo, a cárie só era considerada a partir do momento em que o dente apresentava-se cavitado - hoje em dia sabe-se que a cavidade dentária é um dos estágios avançados da doença e que manifestações clinicamente discerníveis antepõem-se a uma lesão cariosa com cavitação. Por semelhança, as doenças periodontais só eram percebidas quando sinais bastante avançados de alterações de forma e função fossem detectadas (OPPERMANN e ROSING, 1997). Portanto, dentro de uma prática odontológica holística, as doenças cárie e periodontal são entendidas como doenças infecto-contagiosas de cunho multifatorial, cujas alterações de forma e função são consideradas seqüelas das mesmas (ALMEIDA, 2009). Na verdade, o profissional capacitado a esta proposta de intervenção em saúde deve, obrigatoriamente, observar e aprender a realidade em cada espaço social, para poder compreender o indivíduo, o cidadão e as redes sociais que se constroem (CORDÓN, 1997).

Dentro desta amostragem, pode-se dizer que uma prática humanizada depende muito da percepção holística do profissional de saúde, cuja função não é abordar a doença do paciente e sim abordar o paciente. Rossetti (1999, p.77) complementa que *“não se deve adaptar os pacientes à ciência, deve-se adaptar a ciência às pessoas”*. Portanto, tornou-se fundamental a introdução destes conceitos nos arcaicos currículos acadêmicos do curso de Odontologia, pra que o futuro cirurgião-dentista tenha interesse pela saúde e não pela doença.

## d. Humanização do atendimento odontológico: 25/09/2009

### A aula expositiva:



- Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

- Estágio de clínica integrada em atenção primária

Luiz Eduardo de Almeida:  
- Especialista em Saúde Pública;  
- Mestrando em clínica odontológica.



Uma parceria:

### Avaliação

Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística

- **Presentes: 36 alunos.**
- Entregaram questionário de avaliação: 33 = 91,67%
- **I) Conteúdo**
  - Excelente = 26 = 79,00%
  - Muito bom = 05 = 15,00%
  - Bom = 02 = 6,00%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação

Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística


- **II) Professor**
  - Excelente = 25 = 76,00%
  - Muito bom = 07 = 21,00%
  - Bom = 01 = 3,00%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação

Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística

- **III) Comentários**
  - 18 sem comentários = 54,54%
  - 15 comentários = 45,46%
    - 12 elogios = 80,00%
    - 00 crítica = 0,00%
    - 01 elogios e críticas = 6,67%
    - 02 nem elogio e nem crítica = 13,33%

**Obrigado pela participação!**



“A aula foi muito interessante e o tema explorado de forma criativa”.

“A aula foi interessante e o tema explorado de forma criativa”.

“Muito boa dinâmica! Conteúdos interessantes associados à pensamentos e visões sociais. Muito bom!”.

“Esse tema foi muito bom; fodástico!”

"A aula foi extremamente produtiva".

"Excelente idéia começar ao meio-dia, dessa forma não temos 4 horas de espera pelo começo da aula".

"Sua aula é muito boa!"

"O assunto abordado é de extremo interesse, sendo importante para um formação profissional mais humanizada".

"Achei muito legal a idéia da gente tentar ver em qual perfil nos encaixamos. Parabéns, muitas idéias legais!".

"A partir da aula ministrada, tomamos consciência de nosso papel frente a sociedade, como promovedores de saúde".


"Ótima essa iniciativa da Faculdade, com essa disciplina, que nos aproxima da profissão, e faz com que nos tornamos ótimos futuros profissionais".

"Acho que os recursos que o professor usa deixa a aula mais interessante; Acho a aula objetiva e não cansativa".



"A aula continua sendo rápida, interessante e dinâmica. Talvez dinâmicas relacionadas ao conteúdo deixassem a aula mais interativa".


"Sem comentários: 3".

"O almoço da minha casa só sai ao meio dia. Favor comece aula às 13:00 ou às 11:00 horas".

 Para refletir...

- Normalmente, como a odontologia é vista pelo paciente?

 A humanização do atendimento odontológico

- **O que é Humanizar?**

- Dado o aumento da discussão sobre a humanização da saúde, podem ser encontradas na literatura muitas definições do termo:

- Segundo Ferreira (1986), o termo "humanizar" significa: tornar humano, dar condição humana.

- Em saúde, Souza (1985) afirma que humanizar é o processo que busca oferecer ao paciente um tratamento que leva em conta a totalidade do indivíduo.

- Lerch (1983) conceitua a humanização como a principal característica de uma administração eficaz e como o objetivo primordial de qualquer profissional prestador de serviço em saúde. O foco dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente

- Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.

- Quando surgiu a preocupação com a humanização na saúde?

- A humanização na área da saúde entrou em discussão no "Movimento da Reforma Sanitária", ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Esse modelo era oneroso e muito especializado, focando a doença e não a promoção da saúde "e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema" (RIZZOTTO, 2002, p. 197).

- Nos anos 70, a saúde no Brasil era assegurada apenas aos trabalhadores com carteira assinada e pagadores da Previdência Social, enquanto o restante da população tinha que dispor de seus próprios recursos para obter serviços médicos. A partir do "Movimento da Reforma Sanitária" surge o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa resolver os graves problemas enfrentados pelo setor público, como a falta de atendimento para toda a população. O SUS ainda é um projeto inacabado, distorcido ao longo do tempo com a massificação dos atendimentos, porém é o germe de uma política de humanização da saúde no Brasil (RIZZOTTO, 2002).

- Do que depende a humanização?

- **Toda situação diagnóstica é caracterizada por uma relação de ajuda, na qual o paciente necessita do profissional para a resolução de uma situação de crise. Essa situação é permeada por sentimentos tanto do profissional quanto do paciente.**

- **Profissional → existe a expectativa pelo estabelecimento de um novo contato, no qual ele deseja atuar de forma competente, útil, compreensiva, acolhedora e, principalmente, tolerante ao sofrimento alheio (SALZBERGER-WITTENBERG, 1973). De acordo com Tetelbom e colaboradores (1993), o profissional também tem dificuldade em lidar com suas limitações e com a própria condição de mortal, bem como com os sentimentos provocados pelo encontro dele com as famílias (contratransferência).**

- **Paciente → O paciente e sua família têm a esperança de que o profissional seja o responsável pela diminuição do sofrimento e da angústia, assim como desejam ser acolhidos, amparados e não responsabilizados pela situação em que se encontram.**

- **Então, a humanização depende da capacidade de comunicação. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes.**

- **O que nos motiva à humanização na saúde?**

- **Os mais variados sentimentos: compaixão piedosa por quem sofre, paixão pela investigação científica, solidariedade genuína, etc.**

- **Como humanizar?**

- **Aguçar os órgãos dos sentidos:**
  - Ir além do fisiológico...

- **Visão:**
  - Ver ≠ olhar



- **Audição:**
  - Ouvir ≠ escutar



- **Tato:**
  - Percepção ≠ tocar



- **Olfato:**
  - Cheirar ≠ correlacionar



- **Paladar:**
  - Gosto ≠ sentir



Vídeo

- [vídeo.wmv](#)


Além da aula...




Avaliação




Textos:



- **Texto 1:**  
*"A educação dos sentidos II"*  
**Rubem Alves**
- **Texto 2:**  
*"Os sentidos e o atendimento odontológico"*  
**Luiz Eduardo de Almeida**

Avaliação



1) Embasado nos textos 1 e 2 e nos conteúdos abordados na aula teórica, correlacione os órgãos dos sentidos com a prática odontológica. Expresse a opinião do grupo.

Avaliação



2) Discorra sobre a idéia central do filme: Patch Adams.



Cenas do próximo capítulo:

- **02/10/2009:**
  - **O Sistema Único de Saúde no ensino superior (Pró-Saúde);**
  - **Entrega da Avaliação.**

Pensamento do dia...

**Individualidade X Individualismo:**

- Individualidade = continente
- Individualismo = ilha.

Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 25/09/2009?

Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:

Obrigado pela atenção!

Nosso contato



– e-mail: [seminario.odonto@yahoo.com.br](mailto:seminario.odonto@yahoo.com.br);



O conteúdo:

Para este encontro foi desenvolvida a aula expositiva baseada nos conceitos e argumentos relacionados à humanização, bem como nos benefícios trazidos por uma prática humanizada em saúde. Ressalta-se ainda que se galgou muito mais que apresentar caracterizações e/ou designações, almejou com o material pedagógico um despertar crítico do público alvo para um novo olhar: a importância e os benefícios de uma Odontologia humanizada.

Aos conceitos de humanização, bem como a perspectiva deles na formação profissional em Odontologia, levou-nos a desenvolver um material pedagógico que estimulasse a reflexão destes conceitos junto a acadêmicos, aqui, direcionados aos graduandos do segundo período do curso de Odontologia. Afinal, é possível ensinar humanização?

Dentro deste questionamento considerou-se a necessidade de cada vez mais aprofundar a discussão acerca da saúde dentro de uma visão holística e humanística, visto que o respeito à individualidade das pessoas, da escuta atenta, da valorização das crenças e da comunicação, da presença genuína, são fundamentos básicos da humanização (ALMEIDA, 2009).

Na vivência desta metodologia verificou-se que os arcaicos currículos pedagógicos, de concepção mecanicista, são desumanizantes, com redução da doença à dimensão meramente biológica, levando a uma maior ênfase no processo curativo-reparador, e gerando uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso (MOYSÉS, 2004; ALMEIDA, 2009).

Portanto, somente com o alargamento conceitual na formação e na prática dos profissionais da Odontologia foi plausível pensar em um processo participativo de construção de novos significados, única forma de fundar uma verdadeira cultura em defesa da vida, que vá ao encontro dos novos desafios da Odontologia brasileira e das demandas sociais por mais saúde bucal (CARVALHO e KRIGER, 2006; ALMEIDA, 2009).

A proposta de humanização tem diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar a política e o sistema de saúde, numa sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a desumanidade dos determinantes sociais da saúde (GASTALDO, 2005). Não há como haver projeto de humanização sem que leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia das instituições de saúde (PUCCINI e CECÍLIO, 2004; CAMPOS, 2005).

Um alerta final, conforme lembra Deslandes (2005), a proposta societária de humanização somente se realiza se for tomada como uma práxis – no sentido sociológico do conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade, especialmente no plano/campo de suas práticas instituintes/instituídas. Exige, portanto, o aperfeiçoamento de estratégias não só para sua produção, mas para sua reprodução. Neste sentido, o investimento na formação de profissionais com esta nova consciência é estratégia importante, cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e renovação contínua da proposta (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Assim, a Universidade deve propiciar educação permanente, contribuindo deste modo para a consolidação da cidadania democrática. Sua atuação para

enfrentar os problemas que afetam o bem-estar das comunidades onde atua, pressupõe o fomento à inovação e a transdisciplinaridade, através da defesa e difusão de valores humanistas na formação profissional (MOYSÉS et al., 2003).

### e. O SUS no ensino superior (Pró-Saúde): 02/10/2009

#### A aula expositiva:

-Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

- Estágio de clínica integrada em atenção primária

Luiz Eduardo de Almeida:  
- Especialista em Saúde Pública;  
- Mestrando em clínica odontológica.

Uma parceria:

Avaliação  
Humanização do atendimento odontológico

- **Presentes: 40 alunos.**
- Entregaram questionário de avaliação: 33 = 82,5%
- **I) Conteúdo**
  - Excelente = 23 = 69,69%
  - Muito bom = 03 = 9,09%
  - Bom = 07 = 21,22%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

Avaliação  
Humanização do atendimento odontológico

- **II) Professor**
  - Excelente = 26 = 78,78%
  - Muito bom = 04 = 12,13%
  - Bom = 03 = 9,09%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

Avaliação  
Humanização do atendimento odontológico

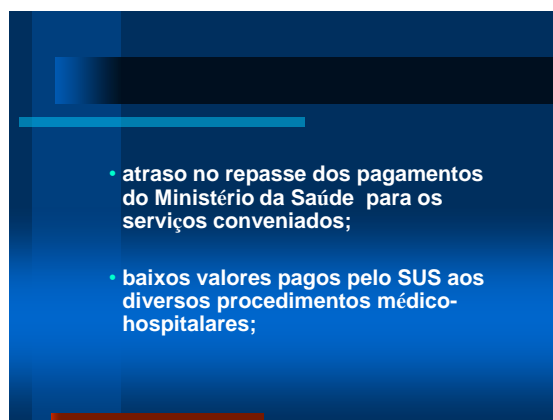
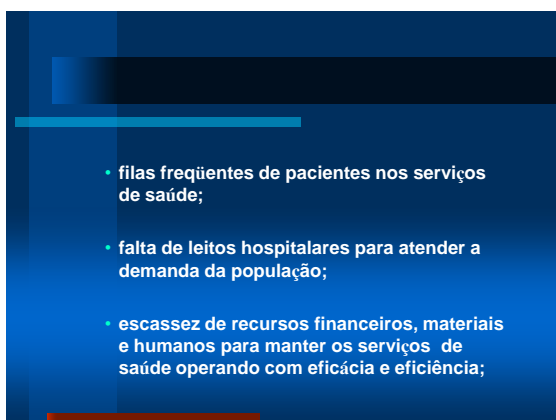
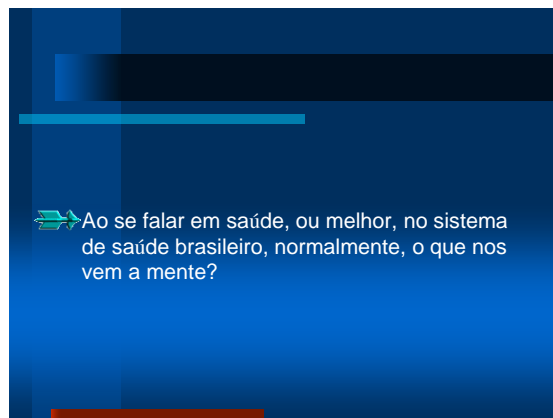
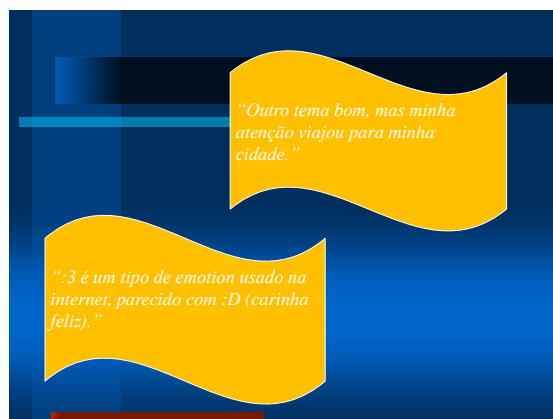
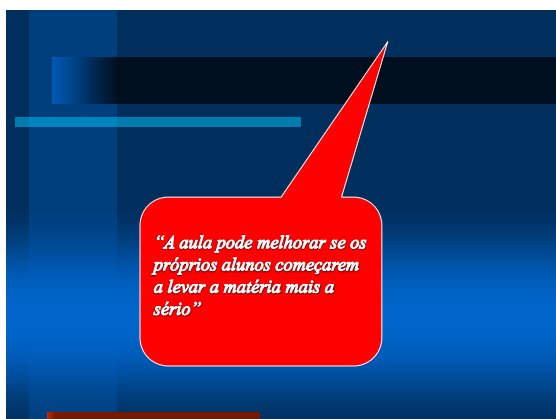
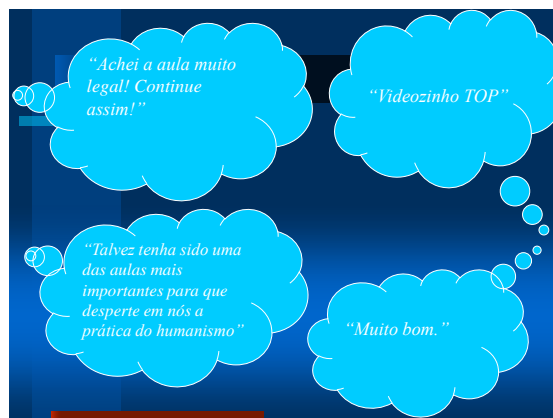
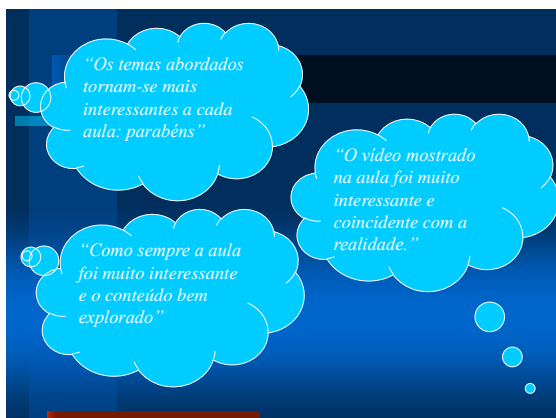
- **III) Comentários**
  - 20 sem comentários = 60,60%
  - 13 comentários = 39,40%
    - 10 elogios = 76,92%
    - 01 crítica = 7,69%
    - 00 elogios e críticas = 0,00%
    - 02 nem elogio e nem crítica = 15,39%

**Obrigado pela participação!**

"A aula é legal e dinâmica e o professor dá exemplos muito engraçados."

"A Odontologia precisa de humanização!"

"Parabéns pelas aulas e seu interesse por nos tornar futuros profissionais conscientes."




- aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis;
- denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde .

⇒ A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, conforme os citados.

⇒ Contudo, simplifica-se o problema em questão e dá-lhe uma única resposta: o SUS.

⇒ Então, caso o SUS deixe de ser a ferramenta que rege o sistema público de saúde do Brasil, todos os problemas anteriormente citados desapareceriam?




- Lógico que não, na verdade o problema é muito mais complexo...

## O nascimento do SUS

## O nascimento do SUS

- **O projeto do SUS:**
  - teve seu início em 1970;
  - só foi criado em 1988 - com a nova Constituição Federal - surgiu como expressão de um processo político de redemocratização do país.

## Constituição - 1988



## Aspectos Legais

- **Constituição Federal de 1988**
  - Título VIII – Da Ordem Social
    - Capítulo II – Da Seguridade Social
      - Seção II – Da Saúde (Artigos 196-200)

## Artigos

- **Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.**

## Artigos

- **Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.**

## Artigos

- **Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:**
  - I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade.

## Artigos

- **Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.**
  - § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
  - § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
  - § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
  - § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

## Artigos

- **Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:**
  - I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros inssumos;
  - II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
  - III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
  - IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
  - V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
  - VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
  - VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
  - VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho

## O nascimento do SUS

- O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA.
- Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento “Diretas já”, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

## Regulamentação do SUS

- Lei 8080 (19/09/1990);
- Lei 8142 (28/12/1990).

## Regulamentação do SUS

- 1988 → definição do SUS → Constituição;
- Regulamentado pelas leis Orgânicas da Saúde:
  - em 19 de setembro de 1990 → Lei 8.080 → define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento;
  - em 28 de dezembro de 1990 → Lei 8.142 → dispõe sobre a participação popular e o financiamento e disponibilidade dos recursos financeiros da saúde.

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- Disposição Preliminar
- Título I: Das Disposições Gerais
- Título II: Do Sistema Único de Saúde
  - Disposição Preliminar
  - Capítulo I: Dos Objetivos e Atribuições
  - Capítulo II: Dos Princípios e Diretrizes
  - Capítulo III: Da Organização, da Direção e da Gestão
  - Capítulo IV: Das Competências e das Atribuições
    - Seção I: Das Atribuições Comuns
    - Seção II: Da Complementar
- Título III: Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde
  - Capítulo I: Do Funcionamento
  - Capítulo II: Da Participação Complementar
- Título IV: Dos Recursos Humanos
- Título V: Do Financiamento
  - Capítulo I: Dos Recursos
  - Capítulo II: Da Gestão Financeira
  - Capítulo III: Do Planejamento e do Orçamento
- Das Disposições Finais e Transitorias

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

Em linhas gerais:

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- Saúde – um novo conceito:

*“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.*

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:
  - UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
  - EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
  - INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- Destes derivaram alguns princípios organizativos:
  - HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
  - PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde;
  - DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA: consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas:
  - *identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*
  - *formular as políticas de saúde;*
  - *fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.*
  - *executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;*
  - *executar ações visando a saúde do trabalhador;*
  - *participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;*

## Lei 8.080

19 de setembro de 1990

- *fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;*
- *participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*
- *incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;*
- *formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.*

## Lei 8.142

(28/12/1990)

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

## Lei 8.142

(28/12/1990)

Em linhas gerais:

## Lei 8.142

(28/12/1990)

- **Aborda:**
  - **Instâncias colegiadas:**
    - Conferência de Saúde;
    - Conselhos de Saúde;
  - **Financiamento do SUS.**

## Lei 8.142

(28/12/1990)

- Conferência de Saúde:
  - **Periodicidade:** a cada 4 anos;
  - **Integrantes:** representação de vários segmentos sociais;
  - **Objetivos:** avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;
  - **Convocação:** pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

## Lei 8.142

(28/12/1990)

- Conselho de Saúde:
  - **Periodicidade/Convocação:** tem caráter permanente e deliberativo;
  - **Integrantes:** são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde (50%) e dos usuários (50%);
  - **Objetivos:** atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

## Lei 8.142

(28/12/1990)

- Formas de participação social:
  - na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde;
  - na formulação de estratégias de implementação dessa política;
  - no controle sobre a utilização de recursos;
  - no controle sobre a execução;
  - na mobilização da população.



## Lei 8.142 (28/12/1990)

- **Financiamento do SUS:**
  - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS – serão destinados:
    - Despesas do Ministério da Saúde;
    - Investimentos previstos em Lei Orçamentária (Poder Legislativo) e aprovados pelo Congresso Nacional;
    - Investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
    - Cobertura das ações e serviços de saúde – Municípios, Estados e Distrito Federal.

## Lei 8.142 (28/12/1990)

- **Repasse dos recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal:**
  - 50% dos recursos:
    - O quociente deste valor pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.
      - Obs.: em estados e cidades em notório processo de migração → número de eleitores registrados.

## Lei 8.142 (28/12/1990)

- **Repasse dos recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal:**
  - 50% dos recursos
    - Critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080:
      - Perfil demográfico da região;
      - Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
      - Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde;
      - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.

Na teoria as coisas parecem perfeitas, mas...

## Problemas

- a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros → necessário uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

- Apesar das dificuldades enfrentadas → o nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público → enfrenta problemas graves com o setor privado → detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário → estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente → baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados → inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

- **Ferindo desta forma os princípios doutrinários (Universalidade, Equidade e Integralidade) e organizativos (Hierarquização, Participação Popular, Descentralização) do SUS**

- Infelizmente, temos uma grande idéia, mas, mal executada...

## SUS no Ensino Superior

### PRÓ-SAÚDE

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Segundo Alves (2005), p. 16:

*"Pensar é saber fazer perguntas"*

Então:

As Instituições de Ensino Superior (IES) capacitam seus futuros profissionais às necessidades do sistema de saúde brasileiro?

#### Situação atual

**Processo formativo centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas**

O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. Contudo, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS.

#### Situação atual

**Processo formativo centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas**

**Pró-Saúde**

#### Situação desejada

**Formação sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde**

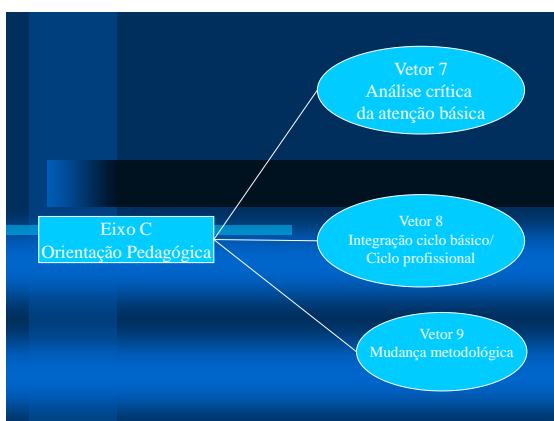
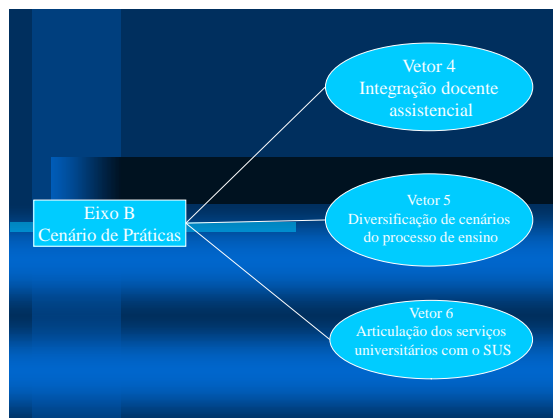
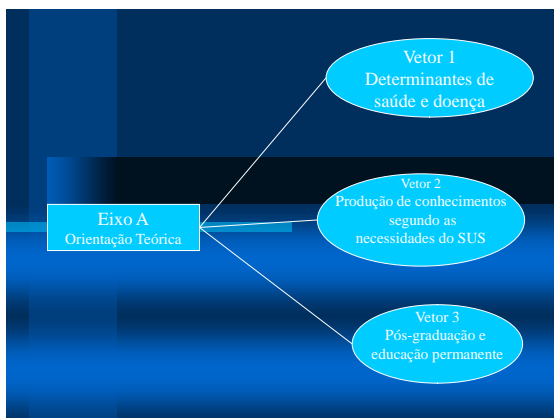
Visando a superação deste obstáculo surge:

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)

03 de novembro de 2005 – Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação

## PRÓ-SAÚDE

- SUS → novo mercado de trabalho → carência de profissionais qualificados;
- Pró-Saúde → visa equilíbrio: mercado de trabalho e necessidades do SUS;
- Inclui: Enfermagem, Medicina e Odontologia;
- IES: uma *escola* integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.



- Uma boa idéia, não acham?

## Avaliação

Textos:

- **Texto 1:**  
*"Pró-Saúde: O SUS é um problema de todos"*  
Luiz Eduardo de Almeida
- **Texto 2:**  
*"O Sistema Único de Saúde"*  
Luiz Eduardo de Almeida

## Avaliação

1) SUS, ENSINO SUPERIOR e SAÚDE. Embasados nos textos e na aula teórica ministrada correlacione as palavras.

## Cenas do próximo capítulo:

- 09/10/2009:
  - Entrega da Avaliação;
  - Noções de bioética.

## Pensamento do dia...

“É hora de recomeçar, não importa onde você parou...  
Em que momento da vida você cansou...  
O que importa é que sempre é possível e necessário  
“recomeçar”.  
Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo...  
É renovar as esperanças na vida e, o mais  
importante...  
Acreditar em você de novo.  
Sofreu muito neste período?  
Foi aprendido...”

Chorou muito?  
Foi limpeza da alma...  
Ficou com raiva das pessoas?  
Foi para perdô-las um dia...  
Sentiu-se só por diversas vezes?  
É porque você fechou as portas até para os anjos...  
Acreditou que tudo estava perdido?  
Era o início de sua melhora...  
Onde você quer chegar?  
Ir alto?

Sonhe alto... queira o melhor do melhor...  
Se pensarmos pequeno...  
Coisas pequenas teremos...  
Mas se desejarmos fortemente o melhor e principalmente  
lutarmos pelo melhor...  
O melhor vai se instalar em nossa vida.  
Porque sou do tamanho daquilo que vejo, e não do  
tamanho da minha altura.”

(Carlos Drummond de Andrade)

## Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião.

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 08/10/2009?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:

Obrigado pela atenção!

## Nosso contato



– e-mail: [seminario.odonto@yahoo.com.br](mailto:seminario.odonto@yahoo.com.br);

### O conteúdo:

É muito frequente relatos de experiências de usuários do sistema de saúde público brasileiro questionando o despreparo e, principalmente, a pouca humanização dos profissionais de saúde que integram o SUS. Dentro desta perspectiva foi desenvolvida a aula expositiva, cujo enfoque estendeu à

compreensão de princípios doutrinários e organizativos do SUS, centrou-se no despertar junto aos académicos que a eficiência e a eficácia das ações desenvolvidas pelo sistema de saúde vigente no Brasil têm uma relação direta com a capacitação do profissional em saúde, e nada melhor que ofertar isso o mais precocemente possível, ou seja, durante a formação deste profissional, o que coloca o imperativo: as Universidades têm que formar profissionais humanizados para o SUS (BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Historicamente, sabe-se que o modelo de formação profissional visava uma atenção odontológica elitizada, desvinculada da noção de bem-estar e de qualidade de vida, acessível apenas à elite financeira da população – em suma uma prática altamente excludente e totalmente desumanizada, que relegou ao ensino da Odontologia o desenvolvimento e a valorização do técnico e das especialidades junto à prática odontológica (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Desta forma, a formação dos cirurgiões-dentistas concentrou-se a atuarem no mercado privado – o que afastou a Odontologia das políticas públicas de saúde (ALMEIDA, 2009). O reflexo desta formação odontológica estéril refletiu diretamente no estado de saúde bucal da população brasileira, cujas políticas públicas para o setor, até os anos de 1990, atuavam timidamente; afinal, até então a compreensão de saúde bucal era usado de forma abstraída, ou seja, dissociada do resto do corpo humano e, de certa forma, subvalorizada (CARVALHO e KRIGER, 2006).

Neste contexto, a Odontologia brasileira vive atualmente dois tipos de exclusão: a exclusão real da população ao atendimento odontológico e a exclusão da grande parte dos profissionais, recém formados, no mercado de trabalho – uma questão que merece uma cuidadosa reflexão das unidades formadoras.

Ressalta-se que a preocupação com a formação acadêmica envolvendo a excelência técnica e a responsabilidade social, que consiga atuar não só no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde vem desde a estratégia internacional de Saúde para Todos, da Declaração de Alma Ata, em 1978. Documentos da área da saúde, prevendo a dimensão que os profissionais representam na atenção à saúde, reconhecem o profundo impacto que a formação pode exercer sobre a qualidade dos serviços a serem ofertados à população, reforçam a necessidade de uma mudança conceitual na concepção da formação. O reconhecimento de que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, é central para a resolubilidade do Sistema de Saúde (ADEA, 2004; PLASSCHAERT et al., 2005).

Uma estrutura curricular fragmentada, cuja formação prioritária é técnica, sem integração interdisciplinar e multiprofissional é o que os cursos têm oferecido, ao longo do tempo, uma assistência pontual aos pacientes, perpetuando, com pouca resolubilidade, a sua permanência nas diversas clínicas. Esta dificuldade de integração curricular aparece em diversos cursos brasileiros (HADDAD et al., 2006).

Sob esta ótica, a Odontologia deixa de ser algo secundário e passa a ser também um dos elementos essenciais do Sistema de Saúde, principalmente em relação à atenção básica, sendo que as políticas de saúde passaram a não prescindir da saúde bucal uma vez que, segundo Watt (2005, p.715):

*“[...] as doenças bucais estão entre as doenças crônicas mais comuns, são problemas importantes para a saúde pública por causa de suas prevalências, seus impactos nos indivíduos e na sociedade e o elevado custo do seu tratamento”.*

A precária condição de saúde bucal da população brasileira constatada por estudos epidemiológicos, (BRASIL, 2005), resultado de anos de necessidades

acumuladas e não priorizadas, evidencia-se uma lacuna a ser enfrentada na atenção à saúde no sistema público de saúde brasileiro. Assim, de acordo com Almeida (2009), melhorar o acesso e os níveis de saúde, reduzir o impacto dos custos de tratamento de doenças, são metas essenciais do sistema, pois o acesso à atenção odontológica no País ainda é um grande marcador de desigualdades sociais, ou melhor, a Odontologia é um dos importantes pilares da desumanização do SUS.

O cirurgião-dentista, antes de tudo, tem papel fundamental para melhorar as condições de saúde da população brasileira. Entretanto, o profissional vem sendo formado segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças, trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS (MORITA e KRIGER, 2004). A ausência de articulação, entre a graduação e as políticas de saúde, direcionam antagonicamente às necessidades da população e da consolidação do SUS (CARVALHO e KRIGER, 2006). Cabe ressaltar que a formação de profissionais que conhecem, acreditam e apostam no SUS é fundamental para o seu aprimoramento, gerando avanços na cobertura, na eficiência e na eficácia, e, conseqüentemente, um sistema mais humanizado (BRASIL, 2007).

No Brasil, a relação entre ensino de Odontologia e as políticas de saúde leva à reflexão sobre dois aspectos: a crescente participação dos cirurgiões-dentistas nos programas públicos, que passaram a ser uma nova possibilidade de trabalho; e a pertinência dos cursos de Odontologia em adequar o ensino para uma nova educação que passa a ter importante papel junto às políticas públicas de saúde (CARVALHO e KRIGER, 2006; ALMEIDA, 2009).

Contudo, promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente que permita a continuidade do

processo de formação acadêmica e/ou profissional, bem como, prepará-lo para enfrentar os desafios impostos pelas rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, passa a fazer parte do processo educativo (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Além disso, as Diretrizes Curriculares apontam a necessidade de promover, nos cursos de graduação em saúde, a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, desenvolvendo habilidades para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados elementos fundamentais a serem enfatizados (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Uma das principais ações para estimular mudanças na graduação é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – o PRÓ-SAÚDE. O objetivo é apoiar as mudanças nos cursos de graduação, aproximando instituições de ensino superior aos serviços de saúde, de tal forma que o conhecimento acumulado na academia possa influenciar diretamente as práticas de saúde, ao mesmo tempo em que as necessidades dos serviços de saúde possam, também, atuar ampliando a perspectiva da visão das necessidades sociais em saúde, no meio acadêmico, no que diz respeito tanto ao ensino, quanto à pesquisa e à extensão. Espera-se como resultado que a excelência acadêmica possa aliar-se à relevância social, refletindo diretamente em uma atenção a saúde de melhor qualidade, em benefício da população brasileira (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

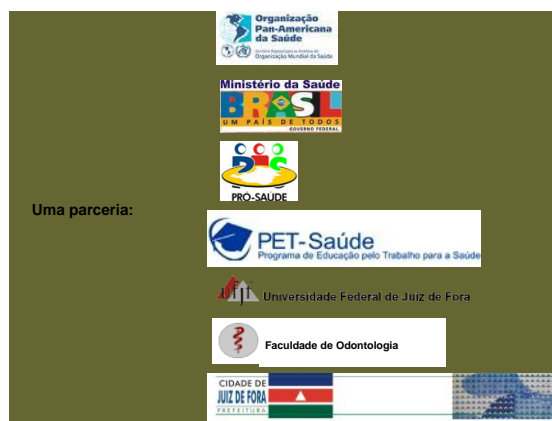
Encerra-se que formar para o SUS, como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais, não é preparar alguém para um sistema que tem baixa



credibilidade e está fadado a desaparecer. É formar um profissional para atuar em diferentes cenários de um Sistema Único de Saúde brasileiro, que é híbrido, e como tal deve ser compreendido. Por isso, necessita-se formar profissionais para atuar no sistema público, na Odontologia de grupo, na gestão de convênios e credenciamentos, planos de saúde e, inclusive, na clínica privada. Então, formar para o SUS é formar para um sistema completo e complexo, com interfaces próprias, que precisa ser mais bem estudado e compreendido pelas instituições de ensino superior do país (MORITA e KRIGER, 2004; CARVALHO e KRIGER, 2006; ALMEIDA, 2009).

#### f. Noções de Bioética: 09/10/2009

##### A aula expositiva:



Noções de Bioética

### Pequeno histórico

**Origens:**

- ❑ 1947 – [Tribunal Internacional de Nuremberg](#)
- ❑ 1962 – Comitê de Seale (Diálise)  
"Eles decidem quem vive e quem morre"
- ❑ Henry Beecher – "Ética e pesquisa clínica"  
*New England Journal of Medicine*
- ❑ 1967 – Christian Barnard - transplante de coração
- ❑ 1975 – Nova definição da morte (cerebral)

Karen Ann Quinhan  
ASF


Noções de Bioética

### Relatório de Belmont

- ❑ 1963 – Hospital Israelita de Doenças Crônicas (NY)  
Células cancerosas vivas em idosos doentes
- ❑ 1960 a 1970 – Hospital Willowbrook (NY)  
Hepatite viral em crianças retardadas mentais
- ❑ 1940 a 1972 – Caso Tuskegee study  
400 negros sífilíticos sem tratamento

↓ 1974

Comissão nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental



ASF

Noções de Bioética

### Relatório de Belmont

**Princípios Éticos:**

- ❑ Respeito pelas pessoas (AUTONOMIA)
  - As pessoas devem ser tratadas com autonomia
  - As pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser protegidas
- ❑ Beneficência
  - Não causar dano
  - Maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos
- ❑ Justiça
  - "os iguais devem ser tratados igualmente"

→ QUESTÕES ÉTICAS SUSCITADAS PELA PESQUISA

ASF

Noções de Bioética

### Principles of Biomedical Ethics

Beauchamp e Childress (1979)

- ❑ Princípios privados
  - Autonomia
  - Beneficência
- ❑ Princípios públicos
  - Não-maleficência
  - Justiça

→ QUESTÕES ÉTICAS SUSCITADAS PELA PRÁTICA CLÍNICA

ASF

Noções de Bioética

### Organizações Bioéticas

- ❑ IAB – International Association of Bioethics (1992)
  - 2002 – Brasília
- ❑ Comitê Internacional de Bioética (UNESCO/ONU)
  - Atualização da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1997)
  - Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos
- ❑ Federação Latino-Americana e do Caribe de Instituições de Bioética
- ❑ Sociedade Brasileira de Bioética
  - CTN Bio – Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
  - CONEP – [Comissão Nacional de Ética em Pesquisa](#)
  - CEP – Comitê de Ética em Pesquisa (Res. CNS 196/96)

ASF

Noções de Bioética

### A Bioética e a pesquisa

"A pesquisa é um processo de construção de conhecimento que tem como metas principais gerar novo conhecimento e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento preexistente"

Clark, Castro (2003)

- ❑ 1947 – Código de Nuremberg
- ❑ 1964 – Declaração de Helsinque
- ❑ 1980 – Diretrizes Internacionais Éticas em Pesquisas Biomédicas
- ❑ 1996 – [Resolução da CNS 196](#) - Pesquisa com seres humanos

"que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais"

ASF

Noções de Bioética

### A Bioética e a pesquisa

- ❑ CEP/UFJF (Res. CNS 196/96)
  - ❑ [www.ufjf.br/comitedeetica](http://www.ufjf.br/comitedeetica)
  - ❑ Documentos

1. Carta de Encaminhamento à coordenadora do CEP ([Download](#))
2. Folha de Rosto preenchida online no site do [SISNEP](#)
3. Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROFESQ), ([Download](#))

• Anexo ao projeto de pesquisa deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ([Download](#))
2. Orçamento financeiro detalhado informando quem será o responsável pelo financiamento da pesquisa.
3. Declaração de infraestrutura, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa
4. Declaração de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde a mesma será desenvolvida.

Importante: O projeto de pesquisa e seus anexos devem ser encaminhados em 02 (duas) vias, sob a forma de folhas soltas e numeradas, não podendo ser protocolados espiralados ou encadernados.

4. Currículo do pesquisador principal e demais participantes ou resumo de atualização de currículo, emitido pela Plataforma "LATTES" do CNPq.
5. Um CD contendo o projeto de pesquisa e seus anexos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF reúne-se mensalmente, as terceiras quintas-feiras de cada mês, tendo como data limite para a entrega dos protocolos de pesquisa para serem analisados 15 dias antes da reunião (Regimentar).

ASF

Noções de Bioética

### A bioética e a prática clínica

"É preciso contar com alguns princípios que ajudem os profissionais a decidir e agir corretamente, pois a ciência embora sendo a grande esperança, se apresenta também como uma grande ameaça a vida humana"

CLOTET (2003)

ASF

Noções de Bioética

### A bioética e a prática Clínica

☐ Autonomia

*"Só se reconhece a autonomia de alguém quando se dá a esta pessoa a liberdade para optar"*

- Livre arbítrio do paciente (regem seus próprios atos / adotam suas próprias decisões)
- Consentimento esclarecido do paciente sobre seu "plano de tratamento" (assinar)
  - Informar de forma clara e no nível cognitivo (riscos, alternativas, preços)
  - Consentir e concordar sem a indução do CD

☐ Beneficência

- Zelar pela saúde e pela dignidade do paciente
- Evitar erros (prevenir danos a saúde bucal – cuidados caseiros a reabilitação oral)
- Propaganda enganosa (troca de favores, materialismo)

ASF

Noções de Bioética

### A bioética e a prática Clínica

☐ Não-maleficência

- Não causar o mal (atentar para danos futuros)
- Não "executar ou propor" tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado"
- Limitar ação para não provocar danos

Ex.: Paciente com doenças sistêmicas

~~PATERNALISMO~~

☐ Justiça

- Acesso aos serviços de saúde
- Exclusão social – 20% dos brasileiros sem acesso ao serviço odontológico
- Condição de trabalho desfavorável (salário, ergonomia, auxiliares)

*"É urgente que os CD passe a interessar-se por ao invés de cuidar de no que tange aos problemas de saúde bucal no Brasil"*

ASF

Noções de Bioética

### A bioética e a prática Clínica

MÉTODO DE THOMASMA

- Descrever todos os fatos do caso. Investigar cada fato médico não-presente no caso, mas relevante para sua resolução.
- Descrever os valores relevantes dos médicos, dos pacientes, dos membros da família e da equipe, da instituição e da sociedade.
- Determinar o principal valor ameaçado.
- Determinar os possíveis cursos de ação que podem proteger o maior número possível de valores, neste caso concreto.
- Eleger um curso de ação.
- Defender este curso de ação a partir dos valores que o fundamentam. Por que se elegeru, neste caso, um valor sobre o outro? Por que o curso de ação X é melhor que Y?

ASF

Noções de Bioética



*"Escolhe, pois, a vida"* (Dt 30,19)

Obrigada!

ASF

### O conteúdo:

Partindo-se da necessidade da introdução dos conceitos humanísticos, dentro de uma concepção ética, para a formação do profissional em saúde, desenvolveu-se a aula expositiva que integrou o material teórico da disciplina "Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado" - pretendeu-se esboçar a forma de pensar a bioética e a humanização, transversalmente e interdisciplinarmente, na graduação em Odontologia, enfocando a discussão teórica e os métodos pedagógicos.

A bioética, em sua formulação originária, foi concebida como uma nova ética científica, capaz de dar respostas à deterioração das relações homem-natureza e cujos objetivos principais seriam garantir a perpetuação da espécie humana e de sua qualidade de vida (POTTER, 1970). Ao longo destes 40 anos, Ferrer e Alvarez

(2005) afirmaram que a bioética, como disciplina, adquiriu diferentes conotações, podendo-se perceber variações do tema, ainda que não tenha deixado de se orientar para a discussão da moralidade dos atos humanos, como na definição de Kottow (1995, p.53):

*“[...] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos”.*

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia, (BRASIL, 2002), em seu art. 4º, definem, dentre várias exigências:

*“[...] 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”.*

As atuais transformações vivenciadas nas sociedades contemporâneas têm tornado a bioética e a humanização temas centrais na educação médica (FERREIRA, 2004; REGO, PALÁCIOS e SCHRAMM, 2004). Num contexto globalizado, de informações rapidamente difundidas e de uma ciência cada vez mais complexa, os indivíduos têm que apresentar competências diversas das habitualmente exigidas, para que haja integração e exercício de um dado saber fazer (SILVA FILHO, 1994; PERRENOUD, 1999).

De fato, aspectos como: a extrema velocidade na produção de conhecimento – e a conseqüente efemeridade das verdades construídas no saber-fazer científico (SANTOS, 2003); a necessidade de reorganizar o saber-fazer da saúde, levando em consideração a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora/compassiva (ZOBOLI e FORTES, 2004); a premência de otimização dos gastos em saúde, em face da infrene produção de conhecimento e incorporação

tecnológica em saúde (SANTOS e GERSCHMAN, 2004); o questionamento crescente de valores tradicionalmente hegemônicos na prática da saúde e o emergente papel social dos pacientes e da sociedade em geral, os quais têm forçado uma nova reflexão sobre a formação e a prática dos profissionais neste setor (STRUCHINER, GIANELLA e RICCIARDI, 2005); a inequívoca influência dos meios de comunicação e das novas tecnologias de informação na construção/formatação do homem/profissional nestes primórdios do século XXI (STRUCHINER, GIANELLA e RICCIARDI, 2005); o advento/desenvolvimento das sociedades de controle – em contraposição às ultrapassadas sociedades disciplinares, constituídas em torno de estratégias de confinamento (DELEUZE, 1992) – marcam, decisivamente, o contexto no qual deverá ser formado o profissional de saúde, de modo a torná-lo capaz de responder às díspares demandas de uma sociedade na qual se mantêm presentes as doenças infectoparasitárias e as degenerativas (PRATA, 1992; SILVA, PAIM e COSTA, 1999).

Assim, percebe-se a imbricação dos termos ética, humanização e educação – os quais podem ser pensados, conjuntamente, de forma articulada e complexa, no âmbito da formação em saúde, de modo a se constituírem espaços para abordagem interdisciplinar – interdisciplinaridade entendida como *“a utilização de vários pontos de vista, mas com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum”* (SCHRAMM, 2001, p.38) – e transversal. Encerra-se com Almeida (2009), que afirmou que a bioética pode ser caracterizada como uma ponte entre a ciência e humanidade, um elo entre conhecimento biológico e valores humanos, ou ainda, uma ferramenta que, por meio de reflexão, possibilita a melhor solução possível na defesa do respeito à pessoa, exigindo papel humanizador na assistência à saúde.

- g. **Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva: 16/10/2009, 23/10/2009, 30/10/2009, 06/11/2009 e 04/12/2009**

A aula expositiva:

- 16/10/2009

**Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária**

**Estágio de clínica integrada em atenção primária**

Prof. Luiz Eduardo de Almeida  
-Especialista em Saúde Coletiva;  
-Mestrando em clínica odontológica.

Organização Pan-Americana da Saúde  
Ministério da Saúde  
BRASIL  
UM PAÍS DE TODOS  
Cidade de Juiz de Fora

Uma parceria:

PRO-SAÚDE

PET-Saúde  
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Odontologia

CIDADE DE JUIZ DE FORA  
PREFEITURA

**Avaliação:**  
O Sistema Único de Saúde no ensino superior (PRÓ-Saúde)

- Presentes: 37
- Entregaram questionário de avaliação: 29 = 78,38%
- I) Conteúdo
  - Excelente = 16 = 55,17%
  - Muito bom = 07 = 24,14%
  - Bom = 06 = 20,69%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%

**Avaliação:**  
O Sistema Único de Saúde no ensino superior (PRÓ-Saúde)

- II) Professor
  - Excelente = 17 = 58,62%
  - Muito bom = 07 = 24,14%
  - Bom = 05 = 17,24%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%

**Avaliação:**  
O Sistema Único de Saúde no ensino superior (PRÓ-Saúde)

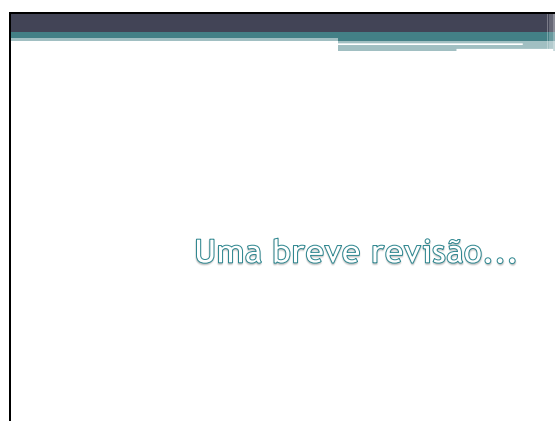
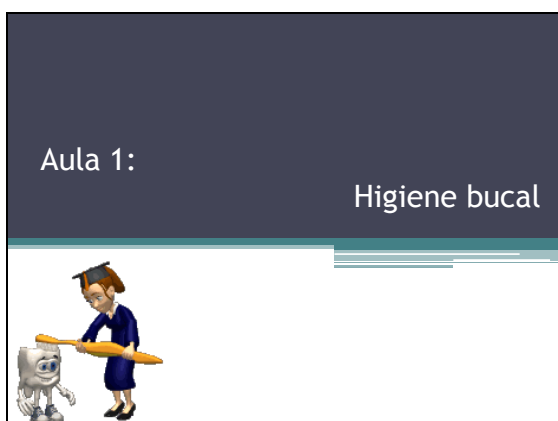
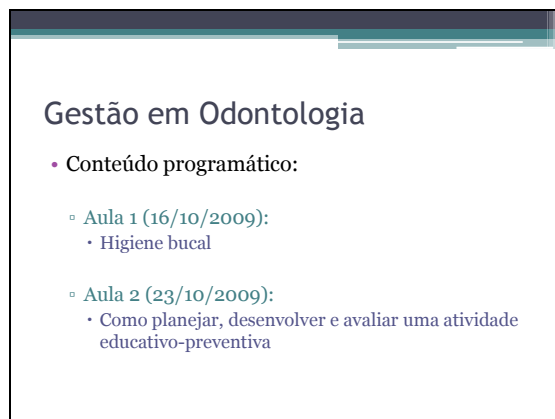
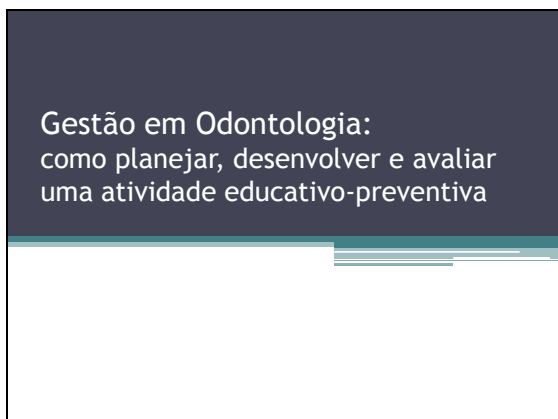
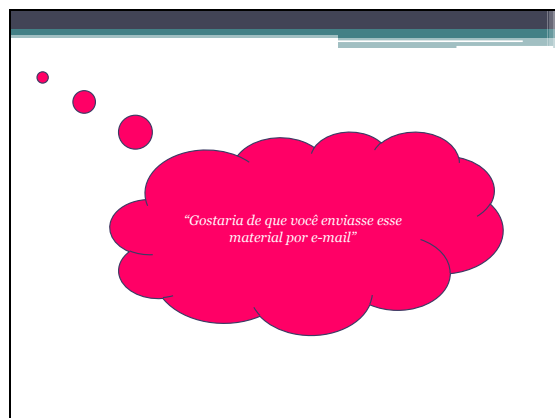
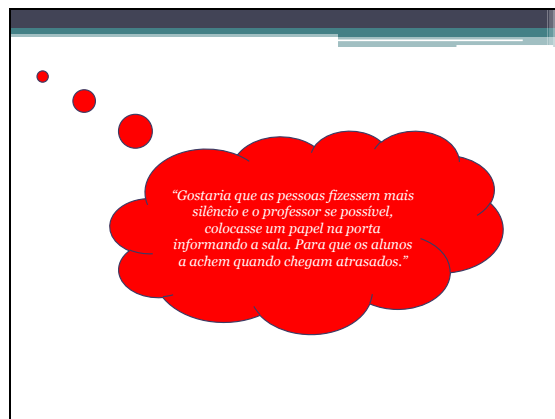
- III) Comentários
  - 19 sem comentários = 65,52%
  - 10 comentários = 34,48%
    - 06 elogios = 60%
    - 01 crítica = 10%
    - 02 elogio e crítica = 20%
    - 01 Nem elogio e nem crítica = 10%

Obrigado pela participação!

"Aula excelente"

"A aula foi produtiva e interessante"

"Show de bola!"



As doenças CÁRIE e PERIODONTAL incidem em, aproximadamente, 90% da população brasileira.

Somente 5% desta população tem acesso aos CD.




A maioria das pessoas desconhecem que estas doenças podem ser evitadas.

A prevenção é um dever ético de todo o profissional.

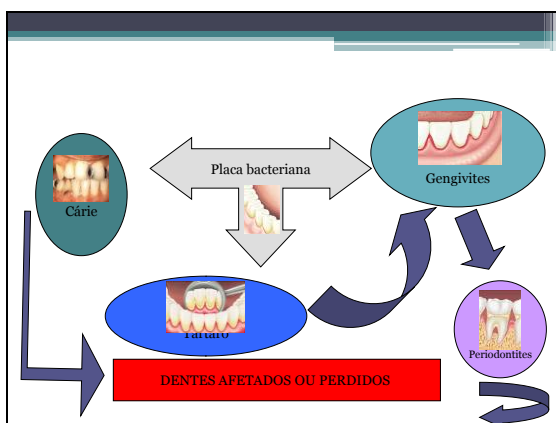
- Não há dúvidas que para que estas doenças aconteçam tem que haver primeiro o depósito da placa bacteriana.

**Placa dental:**

Pode ser definida como agregados bacterianos que ocorrem sobre os dentes e outras estruturas bucais sólidas.

- Então:



- Conseguem perceber os benefícios trazidos pelo controle da placa bacteriana?
  - Prevenção e paralisação das doenças cárie e periodontal.

- Assim:
  - Objetiva-se aqui lhes apresentar como se fazer o controle da placa bacteriana: higiene bucal.

Obs.:  
- Cuidado com sistematizações.



## Controle da placa bacteriana





## Controle da placa bacteriana

- **Objetivo:**
  - consiste na remoção e controle da placa bacteriana.
- **Etapas para o controle da placa bacteriana:**
  - a. Identificando a placa bacteriana;
  - b. Controles mecânico e/ou químico;
  - c. Dieta.

## a. Identificação da placa bacteriana

### a. Identificação da placa bacteriana

- **Utilização de evidenciadores de placa:**
  - solução de eritrosina a 2%;
  - Solução de fucsina básica a 0,5%;
  - Replak.
- Podem desempenhar um papel fundamental, auxiliando a verificação pelo paciente da qualidade da limpeza executada.



### a. Identificação da placa bacteriana

- Na verdade, o evidenciador de placa é um instrumento ativo no diagnóstico precoce das doenças cárie e periodontal;
- **Dica:** compre um frasco numa dental, leiam bem as instruções, e faça uso dele. Inicie sua prática odontológica o mais precocemente possível.



## b. Controles mecânico e/ou químico

### b. Controles mecânico e/ ou químico

- Método mais valioso para controle de placa bacteriana → atuando na sua prevenção e remoção;
- Técnica simples constituída por vários dispositivos de limpeza dos dentes → suas armas mais poderosas, por serem mais eficientes, são:
  - Limpeza superfícies livres: escovas dentais;
  - Limpeza interproximal: escovas interproximais e os fios dentais.

### b. Controles mecânico e/ ou químico

- **Equipamentos:**
  - Mecânicos
    - Fio dental;
    - Raspadores;
    - Escova de dentes.
  - Químicos
    - Dentífricio;
    - Bochechos.
- **Escovação:**
  - 04 passos:
    - Limpeza interproximal: fio dental;
    - Higienização da língua: raspadores;
    - Limpeza de superfícies livres: escova dental;
    - Bochechos.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 1º Passo: Limpeza interproximal

- Os fios dentais podem ser encontrados de diferentes formas no mercado:
  - encerados ou não encerados;
  - finos ou grossos;
  - com ou sem sabor;
  - com ou sem flúor.
- Recurso mais eficiente na higiene interdental:
  - quando se domina a técnica corretamente (Silva et al. 1997).
- Segundo Kriger (1997) o fio dental é recomendado para casos onde as papilas gengivais preenchem todo espaço interproximal.

Obs.: Escovas interdentais.

## b. Controles mecânico e/ ou químico



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 1º Passo: Limpeza interproximal



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Como usá-lo:

- Use, aproximadamente, 45 cm de fio dentário, deixando 3 ou 4 cm de fio para poder trabalhar;
- Polegar e indicador devem permanecer livres para trabalhar com o fio dentro da boca;
- Entre esses dedos, mantenha só um pequeno pedaço de fio.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Como usá-lo:

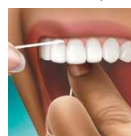
- Envolve, suavemente, o fio na curva dos seus dentes;
- A ponta dos dedos escorrega junto do dente, controlando a descida do fio até a base da gengiva



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Como usá-lo:

- Certifique-se de que limpou abaixo da linha da gengiva mas evite lacerar as gengivas com o fio;
- O fio dental deve abraçar as laterais dos dentes; para cada vão, há duas laterais a serem limpas.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Observação 1:

- Muitos pacientes reclamam do sangramento durante o uso do fio:
  - Mau uso;
  - Processo inflamatório instalado – regressão em, aproximadamente, 02 semanas.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Observação 2:

- Os palitos interdentais:
  - são indicados para casos onde existem espaços entre os elementos dentários.
  - Sua função é a remoção de grandes porções alimentares e depósitos moles retidos nos dentes, além de estimular a gengiva papilar



(Kriger, 1997).



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Observação 3:

- Existem no mercado passadores de fio dental:
  - Indicados para pacientes especiais.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Observação 4:

- Fazendo fio dental:
  - Tiras plásticas (30cm X 0,5mm);
  - Linha 10 encerada.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • Vídeo a1b ([Vídeos\A1b.mpg](#))

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 2º Passo: A higienização da língua

- Estima-se que mais de 85% dos casos de halitose sejam de origem bucal, e destes, a maioria apresenta-se estreitamente relacionada à língua.
- Isso ocorre principalmente devido às suas características morfológicas, que favorecem a formação de um nicho específico para os microrganismos e para o acúmulo dos substratos necessários ao metabolismo bacteriano, formando-se assim a saburra lingual

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 2º Passo: A higienização da língua

- A saburra lingual é uma placa bacteriana esbranquiçada ou amarelada que se forma principalmente na parte posterior da língua.
- Ela é composta por células epiteliais descamadas da mucosa bucal, proteínas salivares e restos protéicos alimentares.
- Tudo isso servirá de substrato para as bactérias anaeróbias proteolíticas gram-negativas presentes nesse ambiente.
- Ao final do metabolismo bacteriano, são produzidos compostos de odor ruim, que são gases derivados do enxofre chamados de Compostos Sulfurados Voláteis (CSVs).
- Estes são os principais causadores do mau hálito: os sulfídretos (SH<sub>2</sub>), as metilmercaptanas (CH<sub>3</sub>SH) e os dimetilsulfetos [(CH<sub>3</sub>)<sub>2</sub>S].

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 2º Passo: A higienização da língua

- Um fato importante é que, dentre as bactérias presentes na saburra lingual, estão algumas espécies que podem causar doenças sistêmicas:
  - gastrite (*Helicobacter pylori*);
  - pneumonia (*Chlamydia pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*);
  - endocardite bacteriana, parada cardíaca, pelo acidente vascular cerebral e pela doença periodontal (*Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* e *Treponema denticola*).
- Dessa maneira, a remoção da saburra lingual e seu efetivo controle são importantes instrumentos de prevenção a inúmeras doenças.

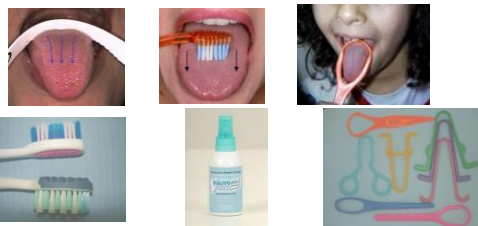
## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 2º Passo: A higienização da língua

- Deve ser feita antes da escovação dental:
  - Detergentes e partículas do creme dental
    - Dificultam a higiene da língua;
    - Podendo causar leves ferimentos.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

### • 2º Passo: A higienização da língua



## b. Controles mecânico e/ ou químico

- Vídeo a2b ([Vídeos\a2b.mpg](#))

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)
  - Instrumentos:
    - Escova dentária (mecânico);
    - Dentifrício (químico).

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)
  - Escova dentária:
    - é o mais eficaz e utilizado instrumento para a higiene bucal;
    - É de uso pessoal e intransferível;
    - Se possível usar recipientes que a guardem de maneira que ela fique arejada e sem encostar em nada;
    - Sempre após o uso, lavar bem e secar ao máximo;
    - Manter a limpeza da sua escova significa não levar para sua boca hoje o que sobrou de ontem!



## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)
  - O fundamental é que a escova não traumatize os músculos da bochecha e da língua, e que atinja os dentes do fundo da boca;
  - ***Sua capacidade de limpeza restringe-se às superfícies livres dos dentes.***

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)
  - Como ela deve ser:
    - Cabeça pequena;
    - Cerdas macias, arredondadas e de mesma altura;
    - Pelo menos três fileiras de cerdas no sentido longitudinal;
    - O cabo reto é recomendado, porque oferece um bom apoio e bom sentido direcional no momento da escovação;
    - A escova deve ser lavada após cada uso em água corrente e guardada em local limpo;
    - Em geral deve ser trocada a cada 2 ou 3 meses de uso ou quando começar a ficar com as cerdas abertas;
    - Devemos sempre estar atentos com relação as cerdas, pois quando estão amassadas e tortas, não alcançam seu objetivo, limpar.



## Dicas:

- Crianças (Odontopediatria).



## Dicas:

- Idosos (Odontogeriatría) e portadores de necessidades especiais.



## Dicas:

- Construindo escova ecológica:
  - Palito;
  - Bucha vegetal;
  - Linha 10.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)

- Dentifrício:

- proporcionam um efeito adicional na limpeza;
- São fluoretados ou não;



## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)

- Dentifrício:

- Maneira correta de utilizá-los:
  - Colocar no sentido transversal da escova;
  - Enxaguar com água levada à boca com as mãos e não com o copo → os que utilizam o copo, levam um grande volume de água → retiveram menos flúor na saliva → ↓ ação cariostática.



## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 3º passo: A escovação (Limpeza das superfícies livres)

- Dentifrício:

- Com relação ao uso da pasta, é importante que durante o treinamento da técnica de escovação, procure não usar pasta para poder analisar melhor os movimentos.
- Quando vamos escovar os dentes, não é necessário colocar uma grande quantidade de pasta - não é ela que limpa os dentes, e sim a escova, o dentifrício apenas deixa na boca o seu sabor e uma pequena liberação de flúor.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- Observações:



- Dentifrício:

- Crianças menores de 06 anos – risco de fluorose – dentifrício sem flúor.
- Como saber se a criança sabe cuspir?



## Escovação

### Passo a passo



- Lavar a escova de dentes – deixando-a levemente úmida;



- Colocar pasta de dente na escova
  - Colocar no sentido transversal da escova;
  - use pouca quantidade, o equivalente a um grão de arroz ou de ervilha.



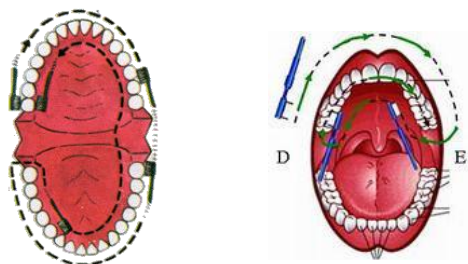
- Traçar trajetória de limpeza

- Uma higiene bucal bem feita só será conseguida quando dedicarmos cerca de 5 minutos para a escovação. Mas enquanto estiver aprendendo, você precisará de 7 à 10 minutos;
- Para que todos os dentes sejam escovados, é necessário seguir uma trajetória contínua e padronizada.

- Traçar trajetória de limpeza

- Comece sempre escovando pela arcada superior, no seu lado direito, a partir do último dente junto a bochecha, percorrendo todos os dentes tanto nas suas faces externas como internas.
- Não se esqueça da superfície de cima dos dentes-região que corta e tritura os alimentos.

- Traçar trajetória de limpeza



- Escovando

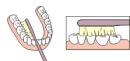
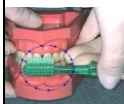
- Procure escovar num local com boa iluminação e sempre na frente do espelho, para ir verificando a posição da escova e a frequência dos movimentos;
- Procure sempre escovar os seus dentes após as refeições de maneira eficiente. Caso não haja esta possibilidade, a higiene bucal deve ser realizada a noite com maior critério e tempo na tarefa.



- Escovando

- Conhecendo os movimentos:

- Vibratórios
- Vai-e-vem – horizontal - oclusal;
- Martelo – últimos dentes;
- Hirschfeld – lingual/palatina dos anteriores
- Circular;
- Sobe e desce (Bass) - Varrer:
  - De cima para baixo – superior;
  - De baixo para cima – inferior.



Obs: Cada movimento deverá ser repetido, em média, por cinco vezes.

- Apoio da escova

- Apoio inicial da escova (Grupos de 2 a 3 dentes). Em caso de dúvida, faça dente por dente.



- Direcionando as cerdas

- Direcionamento das cerdas para a região sulcular (45° de inclinação em direção em direção da raiz dentária)

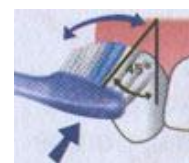


- Dentes superiores

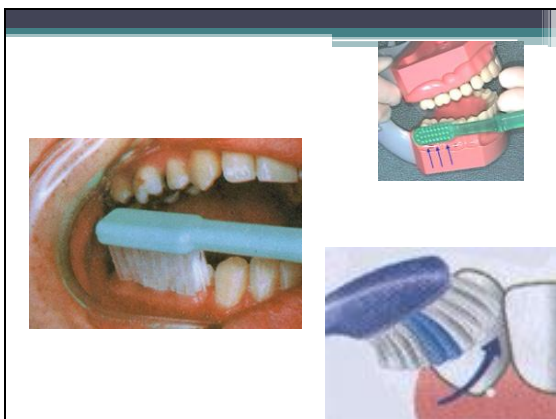
- Lado direito
  - Face vestibular/externa;
  - Face palatina/interna.
- Lado esquerdo
  - Face vestibular/externa;
  - Face palatina/interna.

- Dentes inferiores

- Lado esquerdo
  - Face vestibular/externa;
  - Face palatina/interna.
- Lado direito
  - Face vestibular/externa;
  - Face palatina/interna.

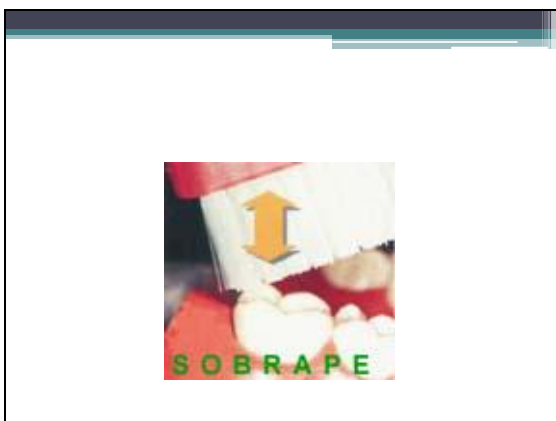
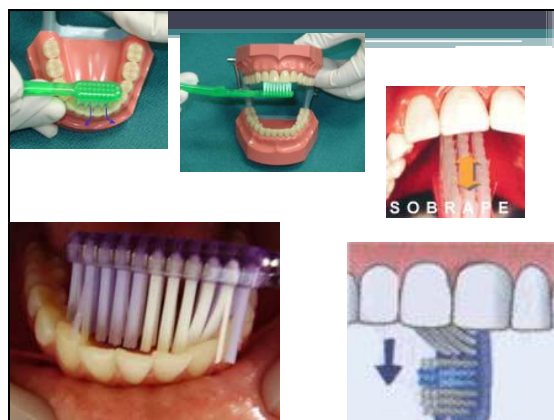






- **Dentes superiores e inferiores**

- Superfícies mastigatória
  - Movimento vai-e-vem - horizontal
- Superfícies incisais
  - Movimento de Hirschfeld – lingual/palatina dos anteriores.
- Últimos dentes
  - Movimento martelo.

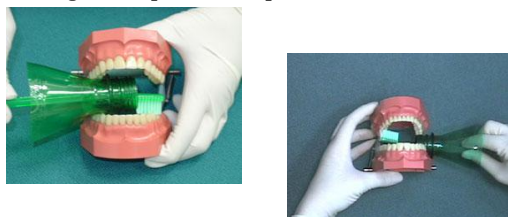


- **Enxágue**

- Enxaguar com água levada à boca com as mãos e não com o copo → os que utilizam o copo, levam um grande volume de água → retiveram menos flúor na saliva → ↓ ação cariostática.

**Dica:**

- Higiene de pacientes especiais:



**b. Controles mecânico e/ ou químico**

- Vídeo a3b ([Vídeos\ a3b.mpg](#))

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: Controle químico
  - Existem duas razões que justificam a utilização deste método:
    - a primeira diz respeito que tanto a cárie quanto a doença periodontal são de origem bacteriana, e deste modo substâncias antibacterianas poderiam ser utilizadas para combatê-las;
    - a segunda é pela existência de indivíduos que possuem dificuldades no controle mecânico de placa, e assim as substâncias antibacterianas poderiam tentar compensar a desmotivação para uma boa limpeza dos dentes.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: Controle químico
  - Exemplos:
    - Indivíduos que o profissional tem dificuldades em mantê-lo motivado;
    - Pacientes onde procedimentos clínicos dificultam a higienização (apar. Ortod.);
    - Pós-operatórios de cirurgias bucais;
    - Pacientes especiais – dificuldades motoras.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: Controle químico
  - Ainda existe a possibilidade de se realizar o controle químico da placa através de agentes que atuam supra ou subgingivalmente.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: Controle químico
  - Agentes supragengivais:
    - Dentífrícios;
    - Clorexidina;
    - Fluoretos;
    - Óleos essenciais;
    - Agentes oxidantes;
    - Composto quaternários de amônia;
    - Triclosan e sais minerais.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: Controle químico
  - Agentes subgingivais:
    - Antibióticoterapia
      - Betalactâmicos associados ao metronidazol

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- 4º passo: O uso do enxaguatório bucal (Controle químico)
  - Leitura complementar:
    - Gebran MP, Gebert APO. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. Tuiuti: Ciência e Cultura, n. 26, FCBS 03, p. 45-58, Curitiba, jan. 2002.

## b. Controles mecânico e/ ou químico

- Vídeo a4b ([Vídeos\A4b.mpg](#))

c. Dieta



## c. Dieta



- **Dieta:**
  - avaliação da frequência de consumo de alimentos cariogênicos (Diário alimentar) e, ulterior, aconselhamento dietético;
  - Explicar ao paciente a relação entre quantidade e frequência de açúcares → efeito tampão da saliva.
  - Equipe multiprofissional: Nutricionista.

## Dúvidas?

## Conclusão

## Conclusão

- O controle de placa é um dos pontos principais na prática odontológica e o uso de substâncias químicas para redução e eliminação da mesma não deve substituir o controle mecânico pelo paciente e pelo profissional, reconhecidamente o meio mais eficiente para a prevenção do aparecimento das patologias gengivoperiodontais.
- Tendo em vista tais considerações, fica claro que somente através de um rigoroso controle de placa bacteriana por meio da escovação dentária e utilização do fio dental é que conseguiremos uma boa prevenção das doenças gengivoperiodontais e da cárie.

## Conclusão

- Ufa!
- Imaginavam que escovar os dentes fosse tão difícil?
- Mas, o difícil não é escovar e sim motivar as pessoas a fazê-lo...



## Cenas do próximo capítulo:

- 23/10/2009:
  - Como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva.

## Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

- I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 16/10/2009?
- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

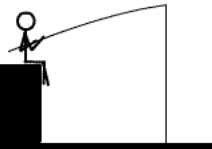
- II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?
- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:



## Pensamento do dia...

Tome muito cuidado com o que deseja: às vezes sonhos podem se tornar pesadelos...



Luiz Eduardo

## OBRIGADO!

Nosso contato:

-seminario.odonto@yahoo.com.br



- 23/10/2009

Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

Estágio de clínica integrada em atenção primária

Prof. Luiz Eduardo de Almeida

-Especialista em Saúde Coletiva;  
-Mestrando em clínica odontológica.

Uma parceria:



### Avaliação:

Gestão em Odontologia: Aula 01 (Higiene bucal)

- Presentes: 32
- Entregaram questionário de avaliação: 20 = 62,50%
- I) Conteúdo
  - Excelente = 18 = 90,00%
  - Muito bom = 01 = 5,00%
  - Bom = 00 = 00,00%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%
  - Não opinou = 01 = 5,00%

### Avaliação:

Gestão em Odontologia: Aula 01 (Higiene bucal)

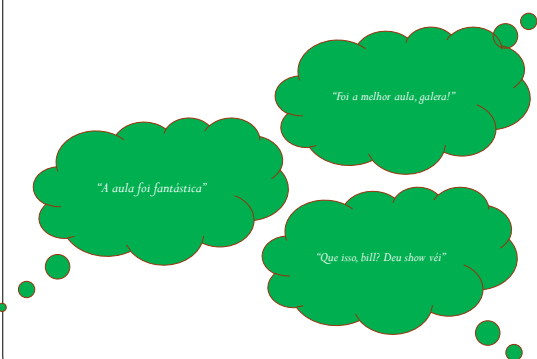
- II) Professor
  - Excelente = 19 = 95,00%
  - Muito bom = 01 = 5,00%
  - Bom = 00 = 00,00%
  - Regular = 00 = 00,00%
  - Ruim = 00 = 00,00%

### Avaliação:

Gestão em Odontologia: Aula 01 (Higiene bucal)

- III) Comentários
  - 12 sem comentários = 60,00%
  - 08 comentários = 40,00%
    - 05 elogios = 62,5%
    - 00 crítica = 00%
    - 00 elogio e crítica = 00%
    - 03 Nem elogio e nem crítica = 37,5%

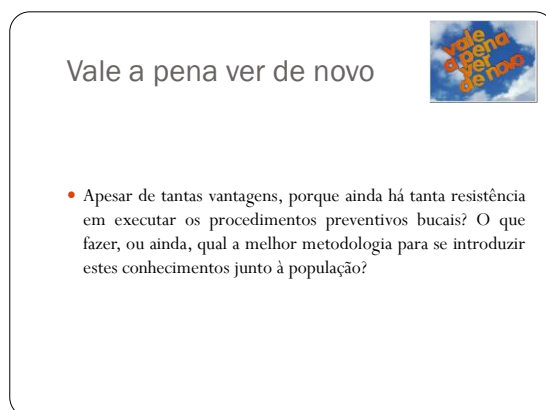
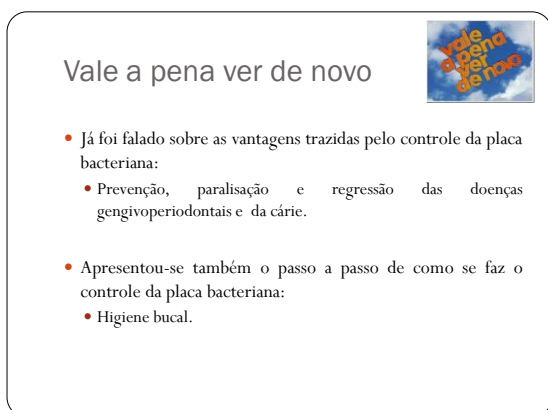
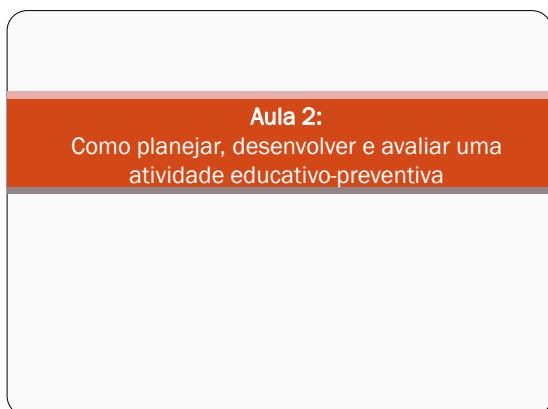
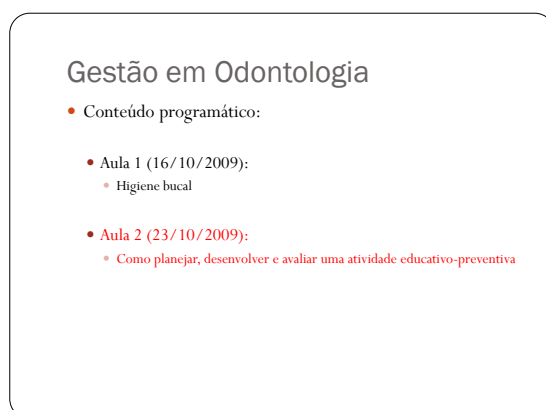
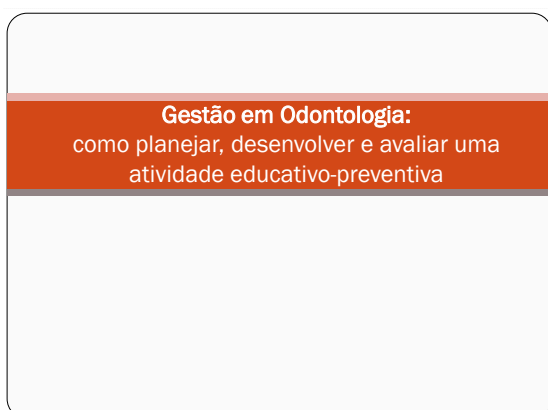
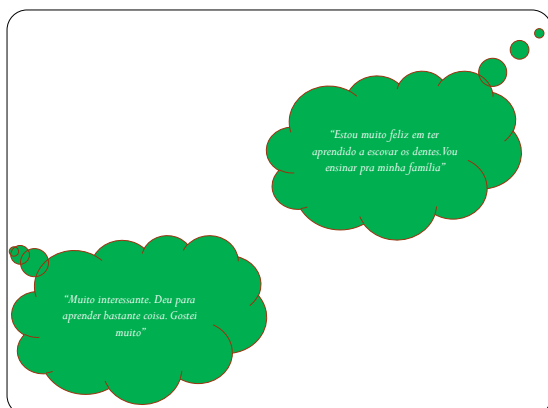
Obrigado pela participação!



"Foi a melhor aula, galera!"

"A aula foi fantástica"

"Que isso, hill? Deu show véi"



Vale a pena ver de novo



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Educação em Saúde

## Educação em Saúde

Educação em saúde "é o que devemos saber para conquistar melhores condições de vida e trabalho"

Valla, 1985

Educação em saúde "baseada no diálogo, troca de saberes, intercâmbio entre o saber científico e o popular, em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender"

Vasconcelos, 1989

## Educação em Saúde

Educação em saúde é uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir para a preservação/promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva de novos conceitos e tecnologias.

Goya et al., 2006

Com base no decreto nº99244, de 10/05/1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde introduz, por meio da portaria nº194, de 09/10/1991, os Procedimentos Coletivos I – PC I no atendimento odontológico e assim descreve:

"Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados".

Vasconcellos, 1996

## Educação em Saúde

- **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** → processo de **TRANSFORMAÇÃO** → desenvolve a **CONSCIÊNCIA** crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde → **ESTIMULA** a busca de soluções coletivas para resolvê-los.

- Educar = Transformar + Conscientizar + Estimular.

Antes de qualquer comentário, contarei aqui uma história extraída de pensamentos de Rubens Alves (1988)...

" O rei Leão, nobre e cavalheiro, resolveu certa vez que nenhum de seus súditos haveria de morrer na ignorância. Que bem maior que a educação poderia existir? Convocou o Urubu, impecavelmente trajado em sua beca doutoral, companheiro de preferências e de churrascos, para assumir a responsabilidade de organizar e redigir a cruzada do saber. Que os bichos precisavam de educação, não havia dúvidas.

O problema primeiro era o que ensinar. Questão de currículo: estabelecer as coisas sobre as quais os mestres iriam falar e os discípulos iriam aprender. Parece que havia acordo entre os participantes do grupo de trabalho, todos os urubus, é claro: os pensamentos dos urubus eram os mais verdadeiros; o andar dos urubus era o mais elegante; as preferências de nariz e de língua dos urubus eram as mais adequadas para uma saúde perfeita; a cor dos urubus era a mais tranqüilizante; o canto dos urubus era o mais bonito. Em suma: o que é bom para os urubus é bom para o resto dos bichos.

E assim se organizavam os currículos, com todo rigor e precisão que as últimas conquistas da didática e da psicologia da aprendizagem podiam merecer. Elaboraram-se sistemas sofisticados de avaliação para teste de aprendizagem. Os futuros mestres foram informados da importância do diálogo para que o ensino fosse mais eficaz. Isso tudo sem falar na parafernália tecnológica que se importou do exterior, máquinas sofisticadas que podiam repetir as aulas à vontade para os mais burrinhos, e fascinantes circuitos de televisão. Ah! Que beleza.

Tudo aquilo dava uma deliciosa impressão de progresso e eficiência e os repórteres não se cansavam de fotografar as luzinhas piscantes das máquinas que haveriam de produzir saber, como uma linha de montagem produz um automóvel. Questão de organização, questão de técnica. Não poderia haver falhas.

Começaram as aulas, de clareza meridiana. Todo mundo entendia. Só que o corpo rejeitava. Depois de uma aula sobre o cheiro e o gosto bom da carne, podiam-se ver grupinhos de pássaros que discretamente (para não ofender os mestres) vomitavam atrás das árvores. Por mais que fizessem ordem unida para aprender o gingado do urubu, bastava que se pilhassem fora da escola para que voltassem todos os velhos e detestáveis hábitos de andar. E o Pavão e as Araras não paravam de cochichar, caçoando da cor dos Urubus: "Preto é a cor mais bonita? Uma ova...".

E assim as coisas se desenrolaram, de fracasso a fracasso, a despeito dos métodos cada vez mais científicos e das estatísticas que subiam. E todos comentavam, sem entender: "A educação vai muito mal..."

...Um Bem-te-vi que consiga ser aprovado com distinção na escola dos Urubus (quem sabe com um daqueles Q.I.'s de causar inveja) pode ser muito inteligente para os urubus. Bem-te-vi é que ele não é. Não passa de um degenerado...

É que o corpo tem razões que a didática ignora...

...por vezes, a maior prova de inteligência se encontra na recusa em aprender".

Uma idéia a ser explorada:

"...para educar Bem-te-vi é preciso gostar de Bem-te-vi, respeitar o seu gosto, não ter o projeto de transformá-lo em urubu de segunda categoria. Talvez, para se repensar a educação e o futuro da Ciência, devêssemos começar não dos currículos-cardápios, mas do desejo do corpo que se oferece à educação. É isto: começar do desejo..."

Qualquer semelhança  
da presente história  
com a vida real,  
não é uma mera coincidência...

**Rei Leão = Orientador e/ou Idealizador**

**Urubus = Executores do plano**

**Bem-te-vis = Público alvo**

Vale ressaltar:  
nesta história não há vilões,  
afinal, todos dedicavam-se  
e sonhavam em praticar  
o bem...

Então por que isso acontece?  
Parte-se de uma boa idéia,  
com dedicação e vontade máximas, mas,  
mesmo assim, não se obtém  
os resultados esperados?  
Onde estará o erro?

- Pare e pense!...

Conseguem perceber que  
quanto mais avançada está a  
ciência, mais doente estão  
ficando os homens? Por  
quê?

Pelo simples fato de  
apenas  
evidenciarmos a  
doença. "Jamais se  
chegará à saúde  
tratando  
enfermidades".

"Não se deve adaptar as  
pessoas à ciência.  
Deve-se adaptar a  
ciência às pessoas".

"Caberia às  
faculdades ensinar os  
profissionais a  
pensar, não apenas  
aplicar técnicas ou  
receitas – humanizar  
o atendimento."

"Pensar é saber fazer perguntas".  
"Nossa inteligência se desenvolveu para  
compensar nossa incompetência corporal".  
(ALVES, p.10-16, 2005)

O que fazer para um programa educativo-preventivo seja um sucesso?

## Educação em Saúde

### PLANEJAMENTO!

#### Planejando ações educativo-preventivas

#### Planejando ações educativo-preventivas

- Será aqui descrita uma metodologia amplamente difundida nas ciências exatas, porém, facilmente adequada a projetos que enfatizam a qualidade em saúde.

#### Planejando ações educativo-preventivas

O que é qualidade em saúde?

#### Planejando ações educativo-preventivas

Qualidade em saúde é aumentar a probabilidade de resultados positivos.

#### Planejando ações educativo-preventivas

- Como estruturar a Gestão da Qualidade?
- A palavra chave para responder a esta questão é: PROCESSOS.

**Processo** é um conjunto de atividades repetitivas e interdependentes envolvendo pessoas, equipamentos, procedimentos e informações que, quando executadas, transformam insumos em produtos ou serviços que agregam valor para um cliente.

#### Planejando ações educativo-preventivas

Qual ferramenta utilizar para gerenciar processos?

Método de Melhoria contínua  
Ciclo do PDCA

### Planejando ações educativo-preventivas

#### Ciclo do PDCA

- Criado por Walter Shewart e popularizado por Deming;

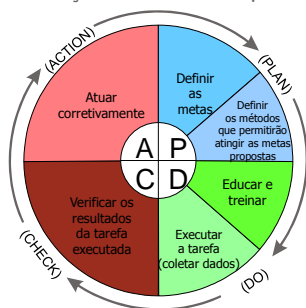
*“Ciclo de controle estatístico do processo, que pode ser repetido continuamente sobre qualquer processo ou problema”.*

### Planejando ações educativo-preventivas

#### Ciclo do PDCA

- O PDCA é um modelo dinâmico;
- Vantagens:
  - ◆ Redução de custos;
  - ◆ Aumento da produtividade.
- Possui espírito de melhoria contínua.

### Planejando ações educativo-preventivas



### Módulo P

## Plan (Planejamento)

### Planejando ações educativo-preventivas

#### Módulo PLAN - Planejamento

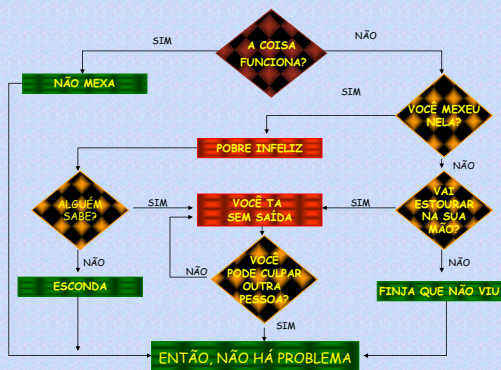
- Ao traçar um plano faz-se necessário considerar cinco pontos importantes:
  - ◆ Identificar o problema;
  - ◆ Estabelecer metas;
  - ◆ Plano de ação;
  - ◆ Recursos a serem despendidos para a conclusão do plano;
  - ◆ Dados a serem coletados durante o processo.

### Planejando ações educativo-preventivas

#### Identificando o problema

- Normalmente, como os problemas são enfrentados?!

### Fluxograma de Resolução de Problemas



### Planejando ações educativo-preventivas

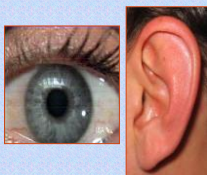
#### Identificando o problema

- Antes de se planejar soluções → identificar os possíveis problemas → aumento na eficácia da solução do mesmo;



## Planejando ações educativo-preventivas

### Identificando o problema



*Ver e ouvir mais*

*Falar menos*



## Planejando ações educativo-preventivas

### Identificando o problema

- O que extrair:
  - Necessidades (o que querem saber);
  - Condições sociais, econômicas e culturais.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Identificando o problema

- Vídeo: (Terça Insana – Dona Edith).
- <http://www.youtube.com/watch?v=RO8uivwx2qhl>

## Planejando ações educativo-preventivas

### Identificando o problema

- Lembrar-se que todo problema em saúde envolve três dimensões:
  - ♦ Biológica;
  - ♦ Social;
  - ♦ Psicoafetiva.
- Portanto, caso se faça possível, identificar os problemas em cada dimensão.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Identificando o problema

- Já vão pensando:
- Qual(is) o problema(s) vocês tem a resolver?

## Planejando ações educativo-preventivas

### Estabelecer metas

- Identificação do problema antes de se traçar qualquer meta;
- uma meta não alcançada se constituirá em um novo problema;
- As metas devem englobar as dimensões da saúde .

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

- Eficácia de um trabalho = elaborado e minucioso plano de ação;
- Objetivo de um plano de ação → tornar operacional a implantação de metas → elevada probabilidade de sucesso;
- Utilizar-se de uma metodologia para gerenciar cada atividade a ser desenvolvida → ferramenta mais indicada → **5W1H**

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

- **W**HAT (O QUÊ);
- **W**HEN (QUANDO);
- **W**HO (QUEM);
- **W**HERE (ONDE);
- **W**HY (POR QUE);
- **H**OW (COMO).

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

#### • WHAT (O QUÊ)

- Define o que será executado.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

Vale ressaltar que um programa educativo-preventivo sempre deve carregar consigo o respeito e a verdade em suas atividades.

Ex.: Um projeto destinado à Educação Alimentar:

Os participantes seriam levados para Abruñhos ou Santa Catarina na época de observação das baleias. Lá chegando, seriam jogados ao mar, para ser observados. O vexame seria tamanho que na volta todos se tornariam voluntários do programa Carboidrato zero.

OU ainda, um programa de educação alimentar destinado à adolescentes. Esse programa disseminaria mitos úteis e mentiras construtivas para a formação da personalidade alimentar dos futuros adultos. Os meninos aprenderiam que salgadinhos de pacote fazem crescer pelos na mão e que mais de um cheeseburger por semana poderia levar à impotência. As meninas seriam informadas da relação da causa e efeito entre o consumo de chocolate e a rejeição do organismo a tinturas de cabelo e implantes de silicone.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

- Vocês serão responsáveis em trabalhar escovação supervisionada (controle da placa bacteriana) com pacientes a serem assistidos pela disciplina Propedêutica Clínica .

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

#### • WHEN (QUANDO)

- Define quando a atividade será executada, incluindo prazos de início e término.
- Calendário:
  - Grupo I: 09/11/2009;
  - Grupo II : 16/11/2009;
  - Grupo III : 23/11/2009;
  - Grupo IV : 30/11/2009.
- Horário:
  - 13:00 às 17:00 hrs.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

#### • WHO (QUEM)

- Define o público-alvo e o(s) responsável(is) pela ação.
- Público alvo:
  - Pacientes atendidos pela disciplina Propedêutica Clínica.
- Responsáveis:
  - Grupos I, II, III e IV (distribuir funções).

## Planejando ações educativo-preventivas

### Plano de ação

#### • WHERE (ONDE)

- Define o local que a ação será executada.
- Local:
  - Sala de espera da Faculdade de Odontologia;
  - Escovódromo.

Observação: avaliar o espaço previamente.

## Planejando ações educativo-preventivas

Plano de ação

- **WHY (POR QUE)**

- Define a justificativa para a ação em questão.

## Planejando ações educativo-preventivas

Plano de ação

- **HOW (COMO)**

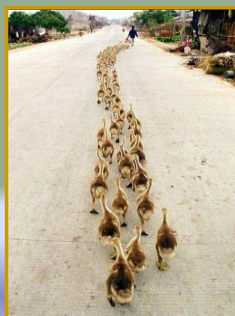
- Define o detalhamento de como será executada a ação.
- Seguirão algumas dicas...



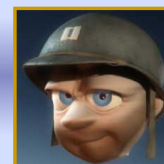
Olha!  
Você tem que fazer  
assim,  
bem direitinho,  
em todos os  
cantinhos!

Atenção!

Repitam comigo o  
movimento!  
Façam como eu!



**Ordem = Coerção**



Vídeo: Terça Insana (Irmã Selma).

[http://www.youtube.com/watch?v=0\\_AEhndo8xE](http://www.youtube.com/watch?v=0_AEhndo8xE)

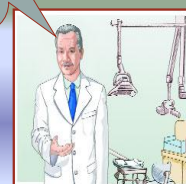
Imposição:

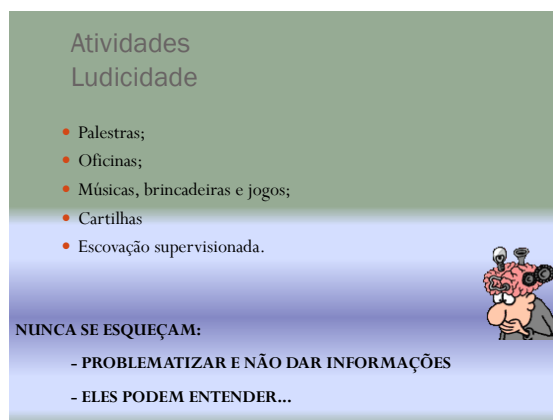
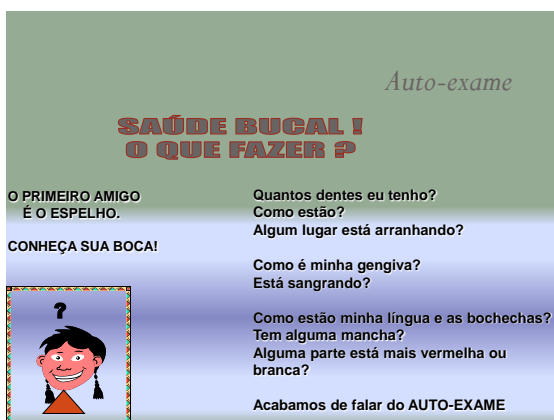
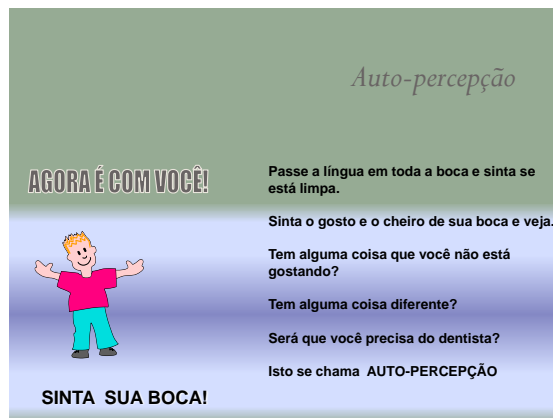
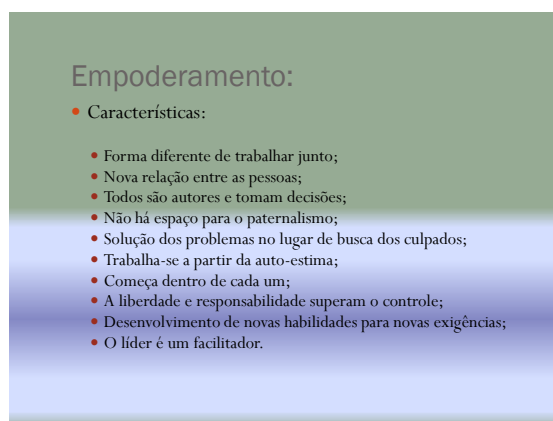
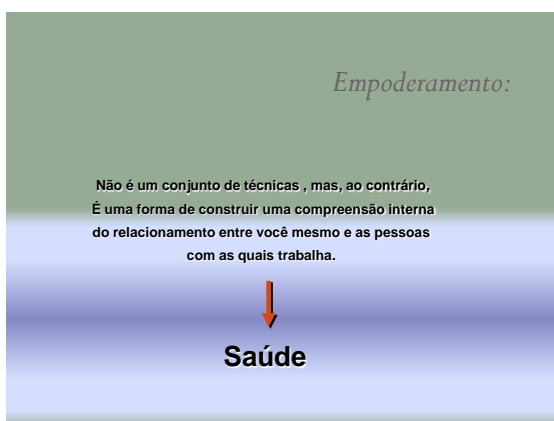
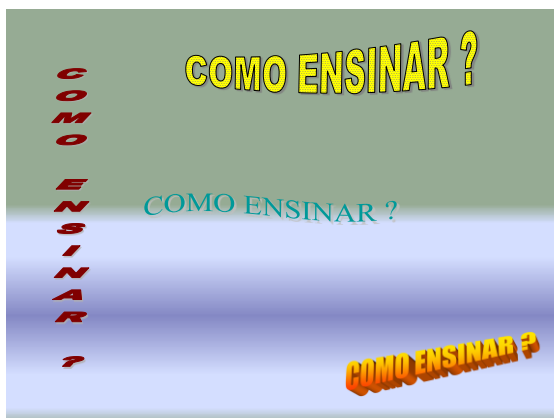
- Atividade cansativa;
- Orador – mal humorado;
- Alienação.

Dicas para se manter saudável

1. Não seja pobre. Se puder, pare. Se não puder, tente não ser pobre por tempo prolongado!
2. Não tenha pais pobres!
3. Possua um carro!
4. Não trabalhe em um ambiente estressante, em atividade de baixa remuneração!
5. Não viva em habitação precária, em áreas ambientalmente degradadas!

Hei! Doutor!  
Você não dá saúde.  
Você não ensina saúde.  
Você é um FACILITADOR!





## Atividades Ludicidade

- Vídeo (Palestra sobre higiene)
- [VideosVPalestra.wmv](http://VideosVPalestra.wmv)

## Atividades Linguagem

**Não técnica**

**Própria do local**



### CUIDADOS. . .

Infantilizar

Ridicularizar

Interferir

Culpabilizar

“O conhecimento, por si, não muda o comportamento das pessoas”

*Roux, 1994*

“A informação necessariamente não leva à mudança de comportamento” *Kay & Locker, 1996*

*Tenha prazer em cuidar-se...*



## Planejando ações educativo-preventivas

### Recursos a serem despendidos para a conclusão do plano

- Para garantir a execução do plano de ação → cumprimento das metas definidas → elaborar e calcular previamente os custos que os mesmos trarão → não há nada mais frustrante que abandonar uma atividade por falta de dinheiro → decorre de um planejamento indevido.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Dados a serem coletados durante o processo

- Antes de se iniciar a execução de um plano → traçar dados a serem coletados → existência de coerência entre o processo de auto-avaliação e a proposta apresentada → informações transformam-se em conhecimentos, que poderão ser imprescindíveis para a tomada de decisões.

- Sugere-se que não se fale apenas das coisas erradas encontradas, fale também das coisas boas, pois é impossível que não existam virtudes nos ambientes a serem auditados.

## Planejando ações educativo-preventivas

### Dados a serem coletados durante o processo

- Criar um questionário:
  - Leitura complementar (Questionário de acolhimento e satisfação).
  - Nota: 15 pontos.

**Plano de Ação**

I. Problema(s): \_\_\_\_\_

II. Meta(s) : \_\_\_\_\_

WHAT (O QUE)	WHEN (QUANDO)	WHO (QUEM)	WHERE (ONDE)	WHY (POR QUE)	HOW (COMO)	Assin.
Define o que será executado.	Define quando a atividade será executada, incluindo prazos de início e término.	Define o responsável pela ação.	Define o local que a ação será executada.	Define a justificativa para a ação em questão.	Define o detalhadam como será executada a ação.	
Despesas:						
Dados a serem coletados:						

**Módulo D**

**Do (Execução)**

**Planejando ações educativo-preventivas**

Módulo DO - Execução

- Esta etapa permite que o plano de ação anteriormente traçado seja praticado de forma gradual, organizado, permitindo maior eficácia das medidas a serem tomadas.
- Didaticamente, divide-se esta etapa em duas partes: Treinamento e Execução.

**Planejando ações educativo-preventivas**

Módulo DO - Execução

Treinamento

- Consiste no treinamento das tarefas estabelecidas no plano de ação para ulterior execução das mesmas;
- Trata-se de uma fase de capacitação de todos os indivíduos envolvidos na ação, direta ou indiretamente.

**Planejando ações educativo-preventivas**

Módulo DO - Execução

Execução

- Consiste em executar o plano de ação proposto;
- uma vez divulgado e ciente da compreensão de todos envolvidos, o plano de ação poderá ser colocado em prática;
- por melhor treinada uma equipe, a mesma deverá passar por verificações periódicas, afim de que se haja total controle do processo → realização de reuniões participativas;
- todas as ações devem ser registradas, para alimentar a etapa seguinte, CHECK.

**Planejando ações educativo-preventivas**

Módulo DO - Execução

Execução

- Práticas:
  - Grupo I: 09/11/2009;
  - Grupo II: 16/11/2009;
  - Grupo III: 23/11/2009;
  - Grupo IV: 30/11/2009.

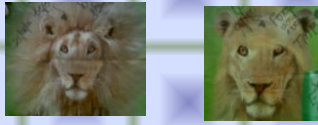
**Módulo C**

**Check (Verificação)**

**Planejando ações educativo-preventivas**

Módulo CHECK - Verificação

- Uma das fases mais importante;
- Baseia-se nos dados coletados na execução → comparação do resultado alcançado com a meta planejada (Antes X Depois).



## Módulo A

## Act (Ação corretiva)

## Planejando ações educativo-preventivas

Módulo ACT – Ação Corretiva

- Conclusão tirada da atividade:
  - Positiva;
  - Negativa;
  - Inconclusiva.

## Agora é com vocês!

## Cenas do próximo capítulo...

## Cenas do próximo capítulo:

- 30/10/2009:
  - Apresentação:
    - Plano de ação das atividades a serem desenvolvidas;
    - Instrumento de avaliação (questionário).
  - Datas:
    - Grupo I :
      - Alice Banni Alcvato; Aline Abdou Obeid Alves; Andrei Moreira Sutana; Elisa Gomes de Albuquerque; Luiz Gustavo de A. Larcher; Paula Oliveira Fernandes; Rafael de Almeida Fonteca; Raphaela Ferreira Marques; Simone Silva Evangelista; Thayane Coelho G. Poubel; Thiago Abrantes de Oliveira.
      - Prática: 09/11/2009.
    - Grupo II:
      - Aline Maria do Couto; Ana Carla Campos; Ana Claudia de Oliveira Machado; Camilla Souza de Oliveira; Carlos Roberto Machado Neto; Clarise Aparecida da Silva; Ize Queiroz Sabir; Paloma Aparecida Lores; Rachel Rodrigues Silva; Thiago Ferreira Rocha.
      - Prática: 16/11/2009.

## Cenas do próximo capítulo:

- 06/11/2009:
  - Grupo III:
    - Camila de Paula Dias; Dayanne Netto dos Santos; Juliane Valote Espíndola; Marcos Munck Silva; Otávio Alves Rocha; Rafael de Araújo Silva; Ricardo Toledo Abreu; Tiago de Arruda Martins; Victor Cunha da Matta; Yuri de Paula Moreira.
    - Prática: 23/11/2009.
  - Grupo IV:
    - Camila Furtado de Souza; Carolina Oliveira de Lima; Carolina Piccinini Silva; Cristiana Pereira Malta; Francielle Oliveira Gonçalves; Isabela Roza Ricon de Freitas; Letícia de Souza Renhe; Michelly Rocha Duarte; Talita Ramos Oliveira; Talita Ribeiro de Almeida.
    - Prática: 30/11/2009.

## Dúvidas?

Avaliação da disciplina 

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia 23/10/2009?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:



## Pensamento do dia...

Evite andar em círculos: trace metas para sua vida. Sucesso!

Luiz Eduardo.





- 30/10/2009

-Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

- Estágio de clínica integrada em atenção primária

Luiz Eduardo de Almeida:  
- Especialista em Saúde Pública;  
- Mestrando em clínica odontológica.

### Avaliação Gestão em Odontologia (Aula 2)

- Presentes: 41 alunos.
- Entregaram questionário de avaliação: 30 = 73,17%
- I) Conteúdo
  - Excelente = 23 = 76,67%
  - Muito bom = 05 = 16,67%
  - Bom = 01 = 3,33%
  - Regular = 01 = 3,33%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação Gestão em Odontologia (Aula 2)

- II) Professor
  - Excelente = 21 = 70,01%
  - Muito bom = 06 = 20,00%
  - Bom = 02 = 6,66%
  - Regular = 01 = 3,33%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação Gestão em Odontologia (Aula 2)

- III) Comentários
  - 20 sem comentários = 66,67%
  - 10 comentários = 33,33%
    - 05 elogios = 50,00%
    - 02 críticas = 20,00%
    - 01 elogio e crítica = 10,00%
    - 02 Nem elogio e nem crítica = 20,00%

Obrigado pela participação!

"A aula foi excelente! ; )".

"Mandô bem vêi! Aula show."

"Aula mara!!!".

"Achei a melhor aula até hoje. Foi muito interessante o uso dos vídeos."

"Dudentinho o melhor!!!".



"A aula está muito grande, ficou muito cansativa".

"Aula muito longa. Acho que perdi minha carona!".

"Apesar de extensa, a aula foi maravilhosa e bastante proveitosa!! Parabéns!".

"10 anos para D. Edite!".

"êêê! : D".

Apresentação

### Avaliação

Descrição	Idéia (2,5 pts)	Aplicabilidade (2,5 pts)	Apresentação (2,5 pts)	Total (15 pts)
Plano de ação				
Questionário				
<b>Total</b>				

### Apresentação

• Grupo I

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Alice Banni Alevato; Aline Abdou Obeid Alves; Andrei Moreira Sutana; Elisa Gomes de Albuquerque; Luiz Gustavo de A. Larcher; Paula Oliveira Fernandes; Rafael de Almeida Fonseca; Raphaela Ferreira Marques; Simone Silva Evangelista; Thayane Coelho G. Poubel; Thiago Abrantes de Oliveira.
- Prática: 09/11/2009.

### PLANO DE AÇÃO

PREPARAÇÃO PARA O INGRESSO AO ESTÁGIO DE CLÍNICA INTEGRADA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Grupo I: Alice Alevato, Aline Alves, Andrei Sutana, Elisa Albuquerque, Luiz Gustavo Larcher, Paula Fernandes, Rafael Fonseca, Raphaela Marques, Simone Evangelista, Tayane Poubel, Thiago Abrantes

### PROBLEMA:

PRECARIEDADE DA SAÚDE BUCAL DECORRENTE DO DESCONHECIMENTO DAS TÉCNICAS CORRETAS DE HIGIENE BUCAL E AS CONSEQUÊNCIAS DO ACÚMULO DE PLACA BACTERIANA.

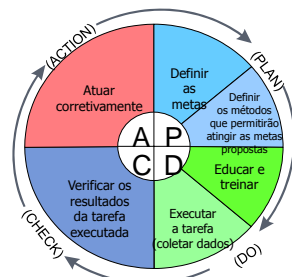
### METAS:

INSTRUIR E ESTIMULAR OS PACIENTES NA MANUTENÇÃO DE UMA HIGIENE BUCAL SATISFATORIA, VISANDO A PREVENÇÃO DE PATOLOGIAS BUCAIS.



### CICLO PDCA

BASEADO NESSE CICLO É POSSÍVEL DESENVOLVER UM PLANETAMENTO ADEQUADO DE AÇÕES EDUCATIVO-PREVENTIVAS PARA SEREM APLICADAS NO PROCESSO DE ATENDIMENTO NA CLÍNICA INTEGRADA.



### WHAT (O QUÊ)

REALIZAÇÃO DE UMA PALESTRA SOBRE A SAÚDE BUCAL, ENFATIZANDO O CONTROLE DA PLACA BACTERIANA. TAMBÉM SERÁ FEITO A DEMONSTRAÇÃO DAS TÉCNICAS DE ESCOVAÇÃO CORRETAS.



### WHEN (QUANDO)

O TRABALHO SERÁ REALIZADO NO DIA 09 DE NOVEMBRO DE 2009 NO PERÍODO DA TARDE.



### WHO (QUEM)

PARTICIPARÃO DO PROJETO OS ALUNOS DA GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, QUE CURSAM O 2º PERÍODO E OS PACIENTES A SEREM INSTRUÍDOS.

### WHERE (ONDE)

AS ATIVIDADES SERÃO REALIZADAS NA SALA DE ESPERA DA CLÍNICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.



### WHY (POR QUE)

A PARTIR DAS AULAS MINISTRADAS PELO PROFESSOR LUIZ EDUARDO DE ALMEIDA, ADQUIRIMOS CONHECIMENTO PARA CONSCIENTIZAR OS PACIENTES A RESPEITO DA PREVENÇÃO CONTRA A PLACA BACTERIANA E MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL COM ENFOQUE HUMANIZADO.



### HOW (COMO)

HAVERÁ UMA PALESTRA PARA OS PACIENTES À RESPEITO DA PLACA BACTERIANA E SEUS MALEFÍCTOS, ENFOCANDO OS BENEFÍCIOS DA PREVENÇÃO E CONTROLE DA PLACA BACTERIANA E SUAS CONSEQUÊNCIAS. DEPOIS, SERÁ MOSTRADO AS TÉCNICAS PARA UMA ESCOVAÇÃO DE QUALIDADE SEGUIDA DE UMA DISTRIBUIÇÃO DE KITS PARA A REALIZAÇÃO DE UMA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA COM TEMPO PARA ESCLARECER POSSÍVEIS DÚVIDAS DOS PACIENTES. NO FINAL SERÃO APLICADOS QUESTIONÁRIOS PARA COLETAR INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO, OS HÁBITOS DE HIGIENE E AS CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS DOS PACIENTES.



## ETAPAS DA ESCOVAÇÃO

**1ª ETAPA** > PASSAR FIO DENTAL EM TODOS OS DENTES E NA REGIÃO INTERDENTAL, COMEÇANDO PELA ARCADA SUPERIOR E EM SEGUIDA PASSANDO PARA A ARCADA INFERIOR.

**2ª ETAPA** > REALIZAR A ESCOVAÇÃO DA LÍNGUA

**3ª ETAPA** > FAZER A ESCOVAÇÃO DOS DENTES SUPERIORES EM MOVIMENTOS DE CIMA PARA BAIXO E EM SEGUIDA REALIZAR A ESCOVAÇÃO DOS DENTES INFERIORES FAZENDO A ESCOVAÇÃO DE BAIXO PARA CIMA. NÃO ESQUECER DA PARTE OCLUSAL DOS DENTES. TAMBÉM LEMBRAR-SE DE QUE BASTA UMA PEQUENA QUANTIDADE DE DENTÍFRÍCIO PARA A ESCOVAÇÃO.

## TÉCNICAS DE ESCOVAÇÃO



## Discussão...

## Apresentação

### Grupo II

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Aline Maria do Couto; Ana Carla Campos; Ana Claudia de Oliveira Machado; Camila Souza de Oliveira; Carlos Roberto Machado Neto; Clarisse Aparecida da Silva; Isiz Queiroz Sabir; Paloma Aparecida Lores; Rachel Rodrigues Silva; Thiago Ferreira Rocha.
  - Prática: 16/11/2009.

## PROGRAMA EDUCATIVO-PREVENTIVO

**GRUPO:** Aline do Couto  
Ana Carla  
Ana Claudia  
Camila Souza  
Carlos Roberto  
Clarisse Aparecida  
Isiz Sabir  
Paloma Loures  
Rachel Rodrigues  
Thiago Ferreira  
Thiago Abrantes

## PROBLEMA

O acúmulo de placa bacteriana e suas consequências.

## META

Conscientizar os pacientes da clínica de Propedêutica sobre a presença e o controle de placa bacteriana.

## O QUÊ

Atividade educativa e preventiva sobre o controle da placa bacteriana.

## QUANDO

Dia 16 de novembro de 2009.

## QUEM

Pacientes selecionados da Clínica de Propedêutica.

## ONDE

Sala de espera da Faculdade de Odontologia.

## POR QUE

Evitar os problemas que o acúmulo de placa pode trazer.

## COMO

- Palestra
- Cartazes
- Demonstração com macromodelo
- Folheto explicativo

## COMO

- Kit básico (escova, pasta e fio dental)
- Escovação supervisionada
- Questionário social e psicoafetivo

## DESPESAS

INSUMOS	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
Kit (escova, pasta e fio dental)	R\$ 2,60	R\$ 39,00
impressão	R\$ 0,90	R\$ 18,00
cartolina	R\$ 0,55	R\$ 1,65
<b>TOTAL</b>	—	R\$ 58,65

## QUESTIONÁRIO

1. Você tem facilidade de acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS)?  
( ) sim ( ) não
2. Você possui condições de manter um tratamento odontológico adequado?  
( ) sim ( ) não
3. Você está satisfeito com o seu sorriso?  
( ) sim ( ) não

## QUESTIONÁRIO

4. Com qual frequência você escova os dentes?

- nenhuma vez ao dia  
 1 vez ao dia  
 2 vezes ao dia  
 3 vezes ou mais ao dia

5. O que você achou da nossa atividade?

- excelente  
 muito bom  
 bom  
 regular  
 ruim

## QUESTIONÁRIO

6. O atendimento oferecido na clínica foi:

- excelente  
 muito bom  
 bom  
 regular  
 ruim

7. Comentários (críticas, elogios, sugestões...)

---



---



---

Discussão...

Dúvidas?

Cenas do próximo capítulo

Cenas do próximo capítulo:

- 06/11/2009
- Apresentação
  - Grupos III e IV

Pensamento do dia...

Evite perder a cabeça com os problemas... Pare e pense – só assim conseguirá superá-los!



Luiz Eduardo.

Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia?

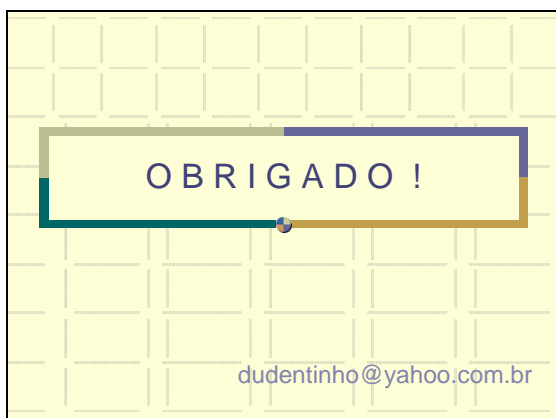
- Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

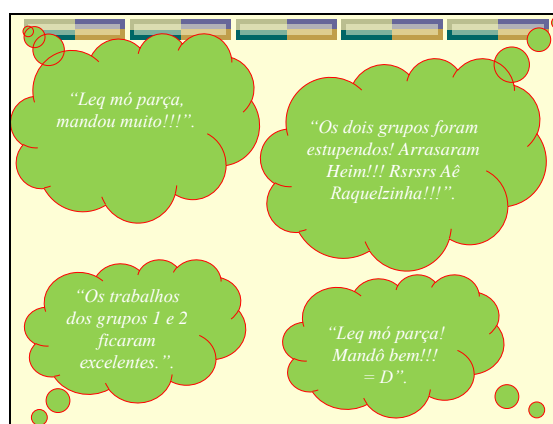
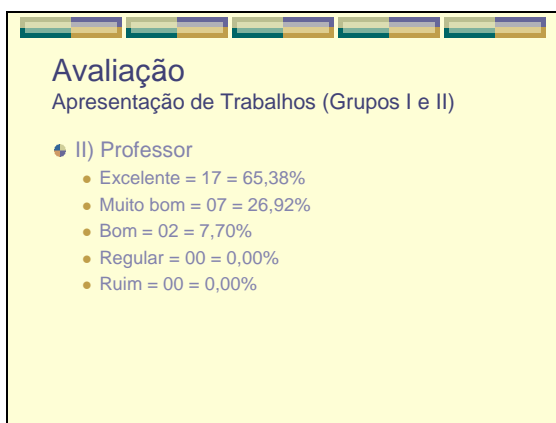
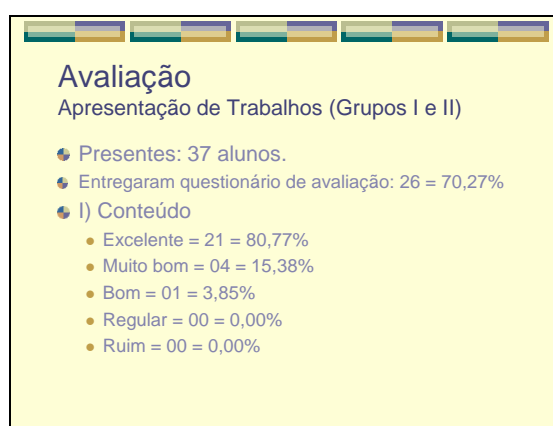
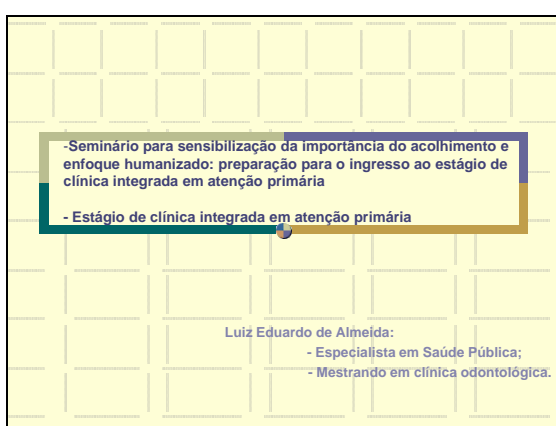
- Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

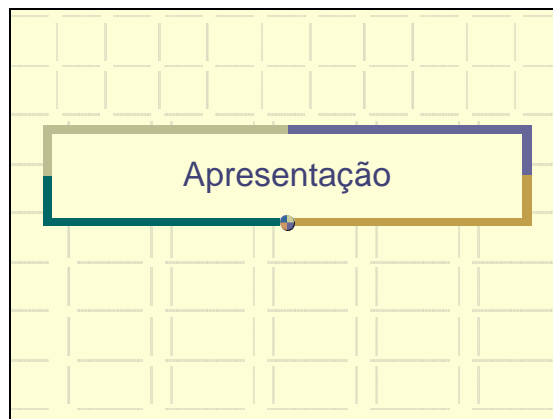
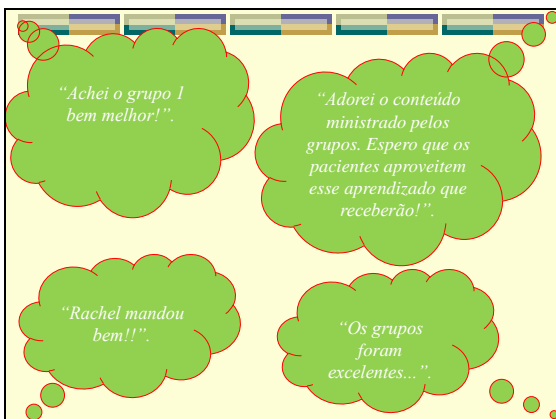
III. Comentários:





- 06/11/2009





### Avaliação

Descrição	Ideia (2,5 pts)	Aplicabilidade (2,5 pts)	Apresentação (2,5 pts)	Total (15 pts)
Plano de ação				
Questionário				
Total				

### Apresentação

● Grupo III

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Camila de Paula Dias; Dayanne Netto dos Santos; Juliane Valote Espíndola; Marcos Munck Silva; Otávio Alves Rocha; Rafael de Araújo Silva; Ricardo Toledo Abreu; Tiago de Arruda Martins; Victor Cunha da Matta; Yuri de Paula Moreira.
  - Prática: 23/11/2009.

Sorrisos para adoçar seu dia!

## ESTÁGIO DE CLÍNICA INTEGRADA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Camila de Paula, Dayanne dos Santos, Juliane Valote, Marcos Munck, Otávio Rocha, Rafael de Araújo, Ricardo Toledo, Tiago Martins, Victor Cunha, Yuri de Paula

### PROBLEMAS

- Falta de informação de qualidade para a população sobre higiene bucal
- Desconhecimento dos benefícios que uma boca saudável pode trazer para vida social, psicoafetiva e biológica
- Crenças ultrapassadas que fazem com que muitas pessoas associem o Cirurgião-dentista à sensação de dor

### METAS

- Conscientizar os pacientes para que eles possam reconhecer a importância de uma dentição saudável
- Mostrar que a prevenção é a forma mais simples e barata para a obtenção de uma boca saudável e um sorriso bonito

### O QUE???

- Utilizando recursos como macromodelos dentais, folders, kits de higiene dental e os conhecimentos em atenção primária oferecidos pela Faculdade de Odontologia da UFJF através do professor Luiz Eduardo de Almeida, vamos buscar melhorar a educação odontológica dos pacientes, estimulando a prevenção da placa bacteriana

## QUANDO???

Dia 23 de novembro de 2009 (segunda-feira)



## QUEM???

- O trabalho será realizado pelos acadêmicos do 2º período de odontologia e ministrado aos pacientes da clínica de propeidêutica



## ONDE???

- Recepção da clínica de propeidêutica da Faculdade de Odontologia da UFJF

## POR QUE???

- Grande parte dos problemas bucais poderiam ser evitados se a população praticasse medidas preventivas
- Combater as causas da placa bacteriana é uma método mais simples e eficaz do que tratar as consequências da placa já existente

## COMO???

- Através de palestras com informações sobre a importância de uma dentição saudável
- Demonstrações de escovação em macromodelos
- Escovação assistida
- Esclarecimento de possíveis dúvidas de cada paciente

## DESPESAS

Insumos	Valor unitário	Valor total
Folders	R\$ 0,30	R\$ 4,50
Questionários	R\$ 0,15	R\$ 2,25

## QUESTIONÁRIO

- Qual sua idade?
  - até 12 anos
  - 13 a 25 anos
  - 26 a 40 anos
  - mais de 40 anos
- Em qual bairro você mora? \_\_\_\_\_
- Qual meio de transporte utilizou para chegar aqui?
  - ônibus

## QUESTIONÁRIO

- carro
  - a pé
  - outros qual? \_\_\_\_\_
- A água utilizada em sua casa vem:
    - da rede pública
    - de poços ou nascentes
    - outros
  - Quantas vezes você escova os dentes ao dia?
    - Nenhuma
    - 1 vez
    - 2 vezes
    - 3 vezes
    - mais que 3 vezes



### QUESTIONÁRIO

6. Você e as pessoas quem moram em sua casa possuem escova de dente individual?
- Sim
  - Não
7. Além do atendimento recebido na UFJF, você tem acesso a outros dentistas?
- Não
  - Sim, vou em consultórios particulares
  - Sim, vou em consultórios da públicos

### QUESTIONÁRIO

8. O que sente quando vai ao dentista?
- Medo
  - Prazer
  - Indiferença
9. Você se considera uma pessoa feliz?
- Sim
  - Não
  - As vezes

### QUESTIONÁRIO

10. O que você achou das informações passadas hoje pelo nosso grupo?
- Ótimas
  - Boas
  - Regulares
  - Ruins
11. O que você achou do atendimento recebido na clínica?
- Ótimo
  - Bom
  - Regular
  - Ruim



### Discussão...

### Apresentação

#### Grupo IV

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Camila Furtado de Souza; Carolina Oliveira de Lima; Carolina Piccinini Silva; Cristiana Pereira Malta; Francielle Oliveira Gonçalves; Isabela Roza Ricon de Freitas; Letícia de Souza Renhe; Michelly Rocha Duarte; Talita Ramos Oliveira; Talita Ribeiro de Almeida.
- Prática: 30/11/2009.



### Problema

Acúmulo de placas bacterianas devido à má higienização.



## Meta

Ensinar e incentivar uma boa técnica de escovação promovendo o carreamento nos pacientes. Apresentar benefícios adquiridos com essa iniciativa.

## What?

Saúde bucal com enfoque na preservação e escovação.

## When?

A atividade será realizada dia 30 de novembro de 2009, de 13hs às 17hs.

## Where?

A atividade será realizada na sala de espera da Clínica Propedêutica da UFJF

## Why?

Prevenir o acúmulo de placa bacteriana e lesões cáries, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

## How?

- Palestra (enfoque de imagens).
- Destaque da importância de cada tipo de dente (macro modelo).
- Distribuição de panfletos.
- Distribuição dos kits.
- Oferecimento da escovação supervisionada.

## Despesas

Insumos	Valor unitário	Valor Total

## Grupo 4:

- Camila Furtado
- Carolina Piccinini
- Carolina Oliveira
- Cristiana Malta
- Francielle Oliveira
- Isabela Ricon
- Michelly Rocha
- Letícia Renhe
- Talita Oliveira
- Talita Ribeiro

Obrigada pela atenção !



Discussão...

Dúvidas?

Cenas do próximo capítulo:

04/12/2009

- Minimostra em Saúde Coletiva
  - Apresentação de Trabalhos finais
    - Grupos I, II, III e IV.

Pensamento do dia...

O melhor da vida é dividir...

[Vídeo\Queamadivide.wmv](#)

Luiz Eduardo.

Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia?

- Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)  
 Muito bom (7 ou 8)  
 Bom (5 ou 6)  
 Regular (3 ou 4)  
 Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:

OBRIGADO !

dudentinho@yahoo.com.br

- 04/12/2009

- Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária

- Estágio de clínica integrada em atenção primária

Luiz Eduardo de Almeida:  
- Especialista em Saúde Pública;  
- Mestrando em clínica odontológica.

## Minimostra em Saúde Coletiva

## Avaliação (06/11/2009)

### Avaliação

Apresentação de Trabalhos (Grupos III e IV)

- Presentes: 35 alunos.
- Entregaram questionário de avaliação: 29 = 82,86%
- I) Conteúdo
  - Excelente = 27 = 93,10%
  - Muito bom = 02 = 6,90%
  - Bom = 00 = 0,00%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação

Apresentação de Trabalhos (Grupos III e IV)

- II) Professor
  - Excelente = 26 = 89,66%
  - Muito bom = 03 = 10,34%
  - Bom = 00 = 0,00%
  - Regular = 00 = 0,00%
  - Ruim = 00 = 0,00%

### Avaliação

Apresentação de Trabalhos (Grupos III e IV)

- III) Comentários
  - 09 sem comentários = 31,03%
  - 20 comentários = 68,97%
    - 19 Expressão de opinião: 95,00%
    - 01 excluído: 5,00%

Obrigado pela participação!

"Parabéns, Tiago, apresentou muito bem!".

"Obrigado pelos conhecimentos divididos conosco, seus alunos. Sempre mostrou o excelente profissional que é! Parabéns!".

"Boas férias!!!".

"Aula excelente! Pena estar acabando!".

"Todos os grupos foram muito bem".

"Quero agradecer pela disciplina, foi muito construtiva e engrandecedora =)) Obrigada".

"Essa é uma das melhores aulas do 2º período! Ah! O grupo 3 é o melhor!".

"Ahhhhh!!! Vou sentir saudades...".

"Sentirei saudades!!! Prof. você é mara... Apresentações excelentes".

"Sentiremos falta da sua aula".

“Obrigado por colaborar com a nossa sala passando o seu conhecimento adiante! Sucesso!”

“Parabéns Professor! Suas aulas foram muito boas, e essa matéria foi ótima!!!”

“Adorei a apresentação o do grupo 3, bom demais.”

“Adorei, era a única para vir na sexta!!!”

“Vamos sentir saudades! Snif, snif...”

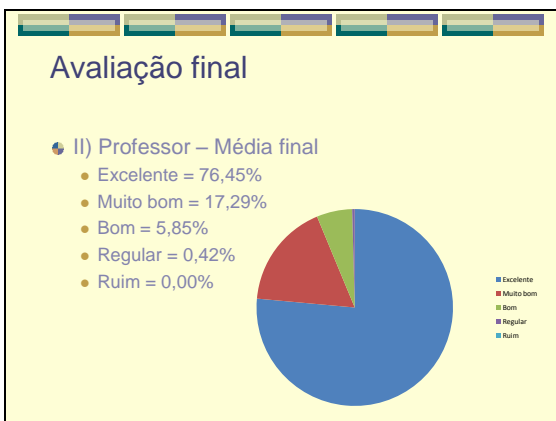
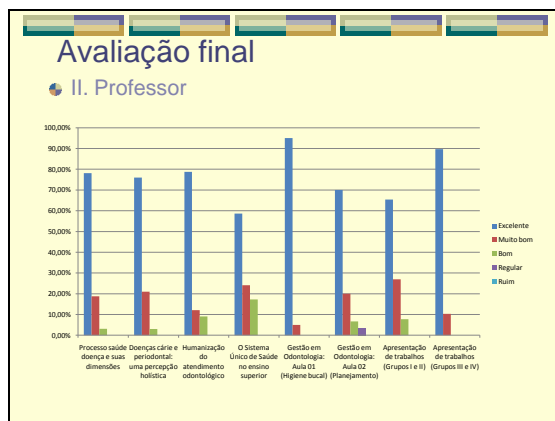
“O “teacher” mais simpático! = D”

“Carol e Talitinha, vs são as paixões da minha vida! Querem casar comigo? OBS.: A aula foi proveitosa.”

“Stephany s2 Maxwell. Prêmio turma excelência 2009! É NOIS =)”

“Apresentações deliciosas. Professor nota 1000!”

“AHH Carlos, vai te catar!”



# Apresentação

## Avaliação

Descrição	Idéia (10,0 pts)	Aplicabilidade (10,0 pts)	Apresentação (5,0 pts)	Total (25 pts)
Trabalho final				
Total				

## Apresentação

### Grupo I

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Alice Banni Alevato; Aline Abdou Obeid Alves; Andrei Moreira Sutana; Elisa Gomes de Albuquerque; Luiz Gustavo de A. Larcher; Paula Oliveira Fernandes; Rafael de Almeida Fonseca; Raphaela Ferreira Marques; Simone Silva Evangelista; Thayane Coelho G. Poubel.

## Relatório



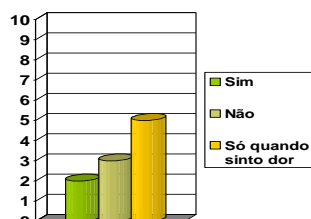
### Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária

## Perfil dos Entrevistados

- 10 pessoas responderam ao questionário
- 7 pessoas eram do sexo masculino
- 3 pessoas eram do sexo feminino

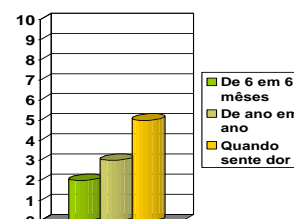
### 1) Você visita seu dentista regularmente?

- Apenas 20% das pessoas que responderam afirmaram que visitam o dentista regularmente.
- 30% responderam que não visitam o dentista regularmente
- A grande maioria admitiu só procurar o dentista quando sente dor.



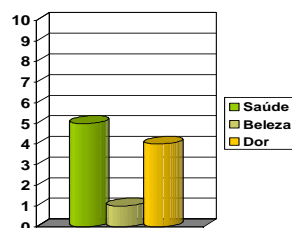
### 2) Com qual regularidade sua família vai ao dentista?

- Os resultados mostraram os hábitos de cada paciente refletem os hábitos de seus familiares, podendo-se deduzir que as carências são as mesmas.



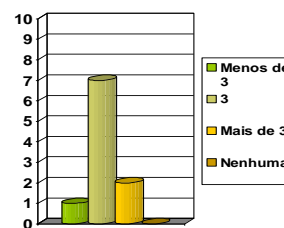
### 3) Qual é o principal motivo que te leva a procurar o dentista?

- Apenas 10% dos pacientes demonstraram alguma preocupação estética, em contraste com a preocupação com a saúde (50%) e com a dor (40%).



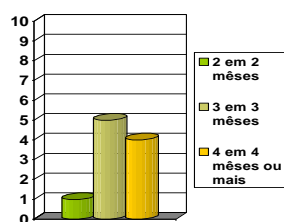
### 4) Quantas vezes você escova os dentes por dia?

- 70% dos entrevistados afirmaram que escovam os dentes 3 vezes por dia.
- Apenas 10% admitiram que escovam os dentes menos de 3 vezes por dia.
- A quantidade de pessoas que escovam os dentes mais de 3 vezes por dia também foi pequena, apenas 20%.
- Ninguém deixa de escovar os dentes pelo menos uma vez por dia.



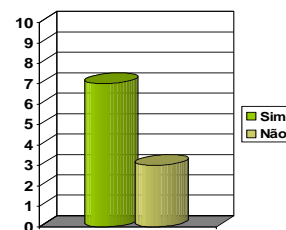
### 5) Com que frequência você troca sua escova de dentes?

- Apesar do tempo adequado de troca da escova variar de pessoa para pessoa, podemos perceber que uma boa porcentagem das pessoas (40%) esperam mais do que o conveniente.
- 10% trocam a escova de 2 em 2 meses.
- 50% trocam a escova de 3 em 3 meses.



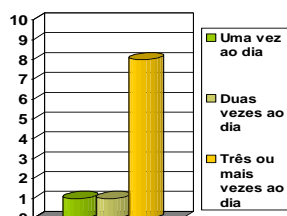
### 6) Você faz a higienização da língua regularmente?

- O maior número de pessoas que responderam ao questionário (70%), afirmaram que higienizam a língua regularmente, em contraste com apenas 30% que afirmaram não higienizar a língua.



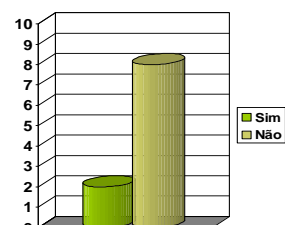
### 7) Você utiliza o fio dental com qual regularidade?

- O fio dental se mostrou a área mais falha da higiene bucal, onde 80% dos entrevistados responderam que só usam o fio dental uma vez por dia.
- 10% usam duas vezes por dia.
- 10% usam três ou mais vezes por dia.



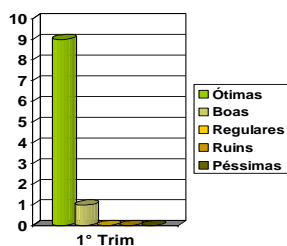
### 8) Você faz uso de alguma prótese?

- 20% dos pacientes disseram que fazem uso de prótese.
- 80% não faziam uso de prótese.



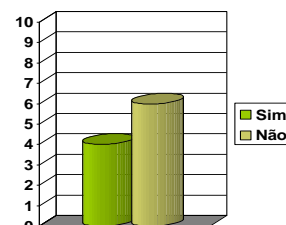
### 9) Como você avaliaria as informações passadas pelo grupo?

- 90% dos participantes avaliaram as informações passadas pelo grupo como ótimas.
- 10% avaliaram como boas.



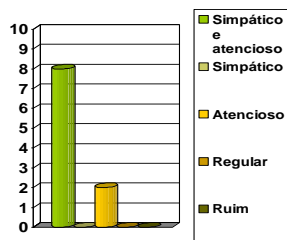
### 10) Sua família tem ou já teve acesso a esse tipo de informação?

- Menos da metade das famílias do entrevistados (40%) já tiveram acesso a esse tipo de informação.
- 60% afirmaram que a família nunca teve acesso a esse tipo de informação.



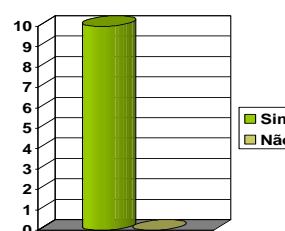
### 11) O que você achou do dentista que te atendeu?

- 80% dos estudantes foram avaliados como simpáticos e atenciosos.
- 20% foram avaliados como somente atenciosos.
- Ninguém foi avaliado como regular ou ruim.



### 12) Você gostou do atendimento?

- 100% dos pacientes afirmaram ter gostado do atendimento.



13) Nesse atendimento ou em atendimentos anteriores o dentista falou com você sobre uma higienização bucal correta?

30% dos dentistas avaliados não orientaram seus pacientes sobre uma higienização bucal correta.

Resposta	Quantidade
Sim	7
Não	3

14) O que você acha do atendimento odontológico da UFJF?

80% das pessoas que responderam questionário avaliaram atendimento odontológico da UFJF como ótimo.

20% avaliaram como bom.

Ninguém avaliou como regular ruim ou médio.

Avaliação	Quantidade
Ótimo	8
Bom	2
Regular	0
Ruim	0
Médio	0

15) A UFJF é o único acesso que você tem ao dentista?

A UFJF é o único acesso que 70% dos pacientes tem ao dentista, enquanto outros 30% tem outras formas de ir ao dentista.

Resposta	Quantidade
Sim	7
Não	3

16) Você se considera uma pessoa feliz?

90% dos entrevistados se consideram pessoas felizes e apenas 10% se consideram só um pouco felizes.

Resposta	Quantidade
Sim	9
Um pouco	1
Não	0

17) Em que bairro você mora?

A maior parte da população que frequenta a clínica da Faculdade de Odontologia da UFJF mora próxima ao campus da universidade (80%).

Bairro	Quantidade
São Pedro	8
Nossa Senhora Aparecida	2
Adolfo Vireque	0

18) Você gosta de ir ao dentista? Porque?

Sim, porque é bom se cuidar.

Sim.

Não, não gosto do motorzinho.

Sim, para cuidar da saúde.

Sim.

Sim, problema financeiro.

Sim.

Sim, para prevenção e saúde.

Quando há oportunidade sim, porque os dentes são uma das coisas mais importantes do nosso corpo.

Não gosto, mas vou quando tenho que ir.

Discussão...

### Apresentação

Grupo II

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Aline Maria do Couto; Ana Carla Campos; Ana Claudia de Oliveira Machado; Camila Souza de Oliveira; Carlos Roberto Machado Neto; Clarisse Aparecida da Silva; Isiz Queiroz Sabir; Paloma Aparecida Lores; Rachel Rodrigues Silva; Thiago Ferreira Rocha; Thiago Abrantes de Oliveira.



## Seminário em enfoque humanizado

Grupo 2

Ana Claudia, Ana Carla, Clarisse, Camila Oliveira, Thiago Abrantes, Thiago Ferreira, Paloma, Rachel, Isiz, Aline do Couto, Carlos Machado

## Clínica de Propedêutica

12  
pacientes

- 10 adultos
- 2 crianças



## Execução do seminário

- Após uma abertura realizada pela aluna Isiz, foi aplicado um questionário no qual a aluna Ana Claudia explicou que as respostas seriam anônimas e todo o conteúdo seria usado pela faculdade pela melhoria do atendimento realizado.



- Logo após, a aluna Clarisse explicou sobre a arcada dentária, a disposição dos dentes e como eles aparentam quando então saudáveis.



- Após a demonstração dos dentes, o aluno Thiago Abrantes explicou sobre placa bacteriana, cárie e doença periodontal com a utilização de macro modelos e figuras ampliadas, auxiliado pela aluna Paloma.



- A seguir, a aluna Rachel explicou a correta forma de escovação com o auxílio de figuras ampliadas e demonstração em macro modelo com o auxílio dos alunos Carlos, Camila e Paloma, e encaminhou os pacientes ao escovódromo.



- Após o seminário os pacientes foram encaminhados para a clínica e nos tivemos a oportunidade de presenciar o atendimento.



- Após o atendimento os pacientes foram encaminhados a radiologia e lá foi aplicado o segundo questionário.



## 1º questionário

Apenas 11 dos pacientes responderam aos questionários, pois uma das crianças não respondeu.

- 1ª questão: O que você entende por placa bacteriana?

63,63% dos pacientes não sabem e não responderam

36,36% dos pacientes responderam as seguintes respostas

- “Agente biológico”
- “É uma forma de não cuidar melhor dos dentes”
- “Organismo vivo que tem ação patológica sobre a arcada dentária”
- “Acúmulo de resíduos que ficam grudados nos dentes, prejudicando o esmalte, deixando-os com uma sensação crespa”

## 1º questionário

- 2ª questão: O que você entende por cárie?

27,27% dos pacientes não sabem

72,72% das pacientes deram respostas distorcidas

- “Falta de cálcio”
- “Falta de escovação, carência de vitaminas”
- “Algo que obstrui o dente”
- “Patologia”
- “Falta de cuidado”
- “Eu acho que carie e germes que estalam-se no dente por falta de higiene”
- “A patologia propriamente dita”
- “Um organismo que gradativamente corrói os dentes, que se dá por 1 pré-disposição (uso contínuo de antibióticos, por exemplo) e mal cuidado”
- Também não sei, sei que existe mas não sei o que é”

- Um dos pacientes não respondeu ao questionário apenas escreveu assim ao lado: “Não entendi. Senti dor e vou ao dentista”

## 2º questionário

- Você tem facilidade de acesso a uma Unidade Básica de Saúde?

36,36% responderam que sim

54,54% responderam que não

18,18% não responderam

- Você possui condições de manter um tratamento odontológico adequado?

18,18% responderam que sim

63,63% responderam que não

9,09% respondeu mais ou menos

- Você possui escova de dentes na sua casa para todas as pessoas?

100% respondeu que sim

- Você está satisfeito com seu sorriso?

27,27% responderam que sim

63,63% responderam que não

- Com que frequência você escova os dentes?

9,09% dos pacientes responderam que 2 vezes ao dia

90,90% dos pacientes responderam que 3 vezes ou mais ao dia

- O que você achou da nossa atividade?

90,90% dos pacientes responderam excelente

9,09% dos pacientes responderam regular

- Você acha que nossa atividade vai fazer com que a sua saúde bucal e da sua família tenha melhorias?

90,90% dos pacientes responderam que sim

09,09% dos pacientes responderam que não

- O atendimento oferecido na clínica foi:

72,72% dos pacientes responderam excelente

09,09% dos pacientes responderam bom

09,09% dos pacientes não responderam

- Comentários, críticas e sugestões:

"Cheguei primeiro e fui a última, demorou muito"

"Gostei do atendimento, é como falei na outra folha, aprendi a cuidar mais dos dentes com a palestra do alunos"

"Os alunos foram bastante atenciosos e a infra-estrutura é muito boa. Deve ser ampliado o número de pessoas atendidas"

"Fui muito bem atendido"

Muito obrigado pela atenção. Estão de parabéns"

"Eu achei o atendimento excelente"

"Até agora o que foi feito foi excelente. Obrigada"

## Conclusões

- Satisfação X Higiene X Escova
- UBS X Tratamento adequado
- Carreamento

## Curiosidades !!!!!



## Escolhemos a profissão certa!!!



## Discussão...

## Apresentação

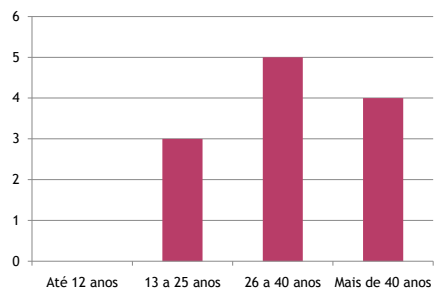
- Grupo III
  - 20 minutos;
  - Integrantes:
    - Camila de Paula Dias; Dayanne Netto dos Santos; Juliane Valote Espíndola; Marcos Munck Silva; Otávio Alves Rocha; Rafael de Araújo Silva; Ricardo Toledo Abreu; Tiago de Arruda Martins; Victor Cunha da Matta; Yuri de Paula Moreira.



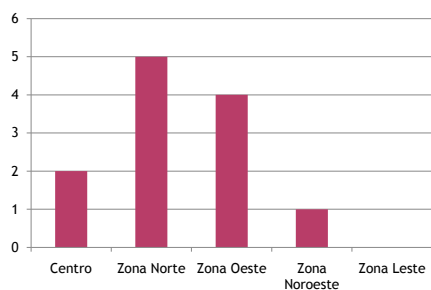
## ESTÁGIO DE CLÍNICA INTEGRADA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Camilla de Paula, Dayanne dos Santos, Juliane Valote, Marcos Muniz, Otávio Rocha, Rafael de Araújo, Ricardo Toledo, Tiago Martins, Victor Cunha, Yuri de Paula

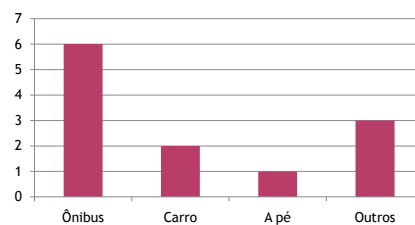
### 1- QUAL SUA IDADE?



### 2- EM QUE BAIRRO VOCÊ MORA?

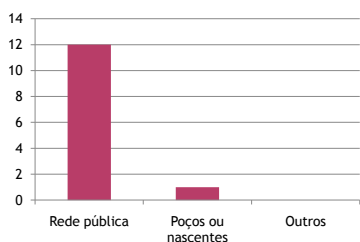


### 3- QUAL MEIO DE TRANSPORTE UTILIZOU PARA CHEGAR AQUI?

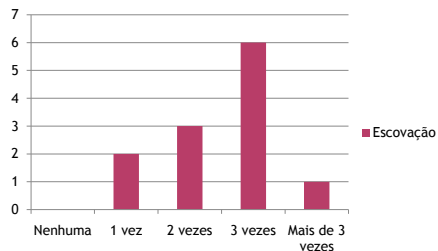


\*Outros: Táxi

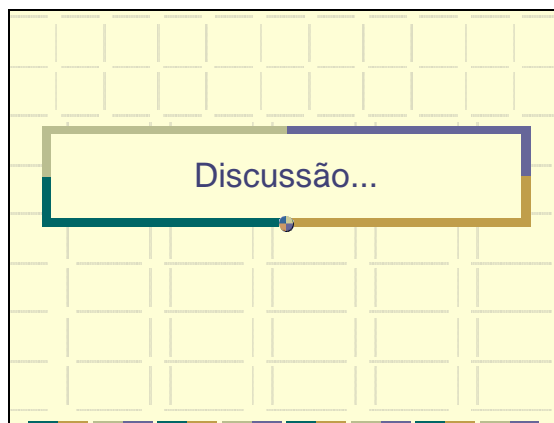
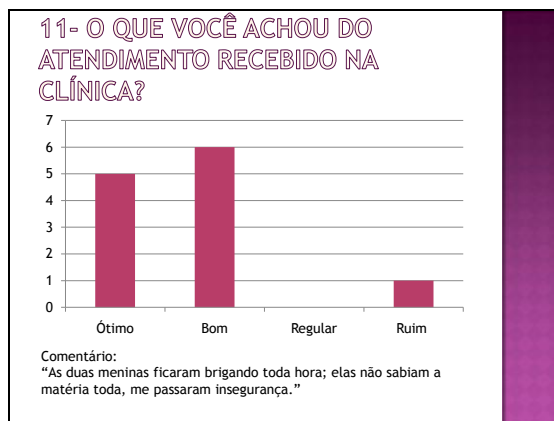
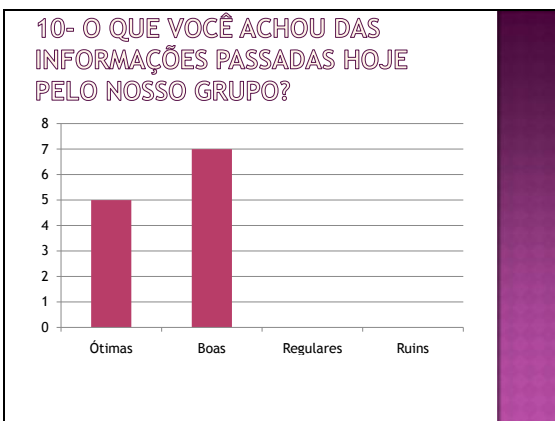
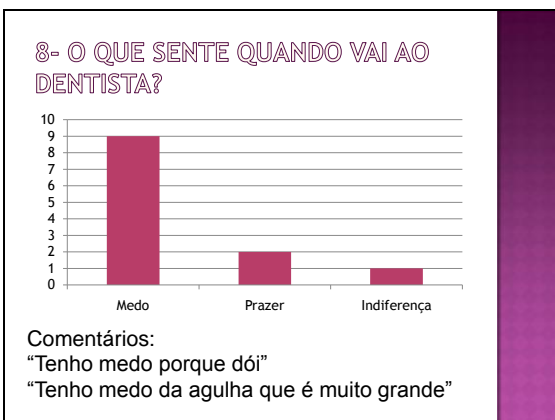
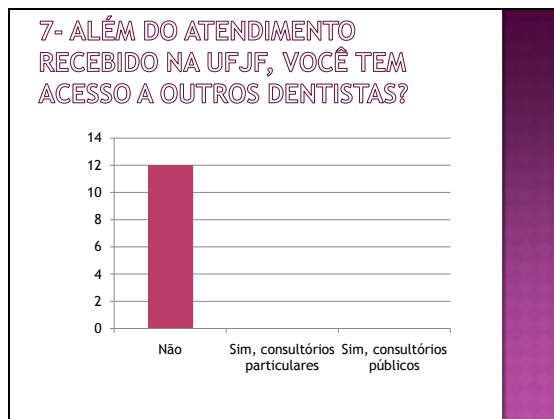
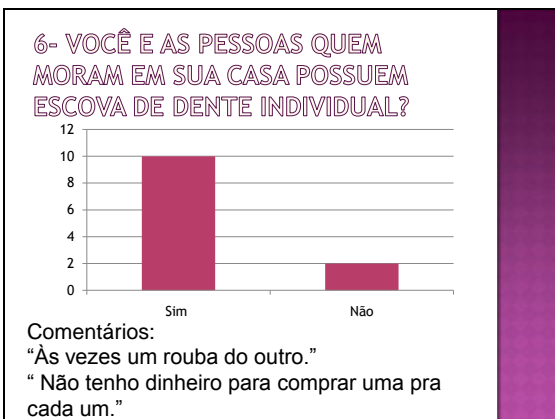
### 4- A ÁGUA UTILIZADA EM SUA CASA VEM:



### 5- QUANTAS VEZES VOCÊ ESCOVA OS DENTES AO DIA?



Comentários: "Só quando eu lembro."



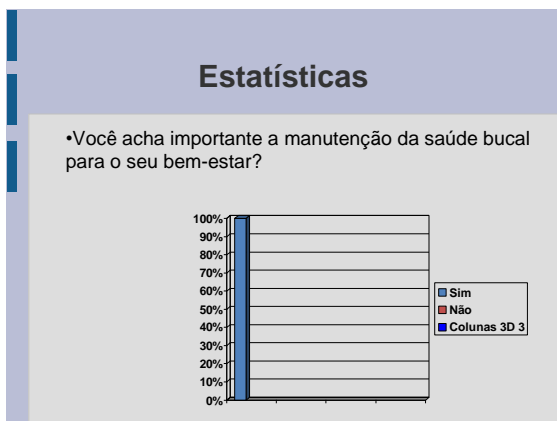
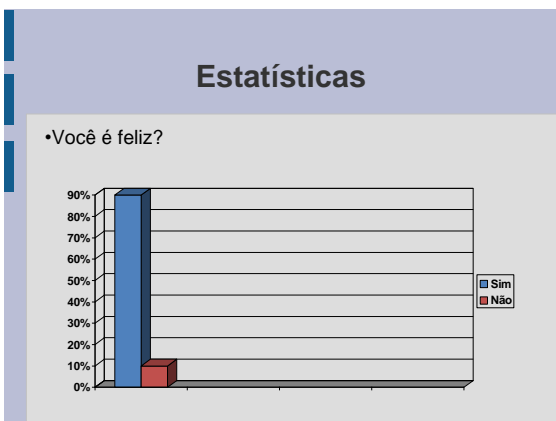
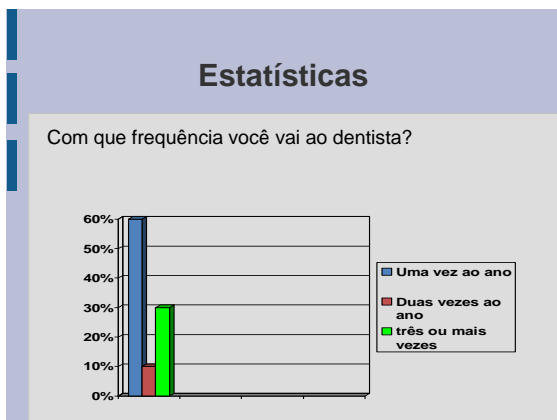
## Apresentação

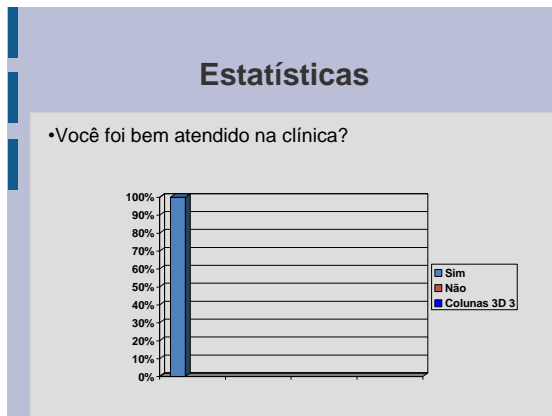
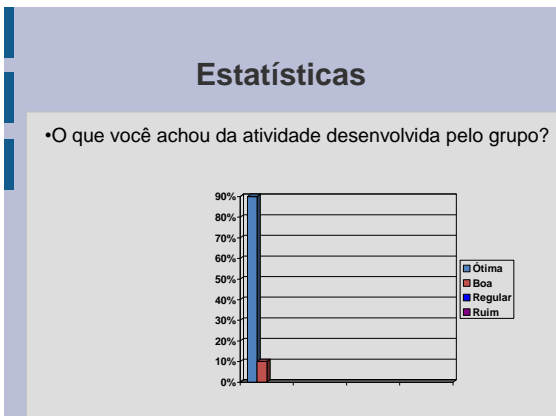
**Grupo IV**

- 20 minutos;
- Integrantes:
  - Camila Furtado de Souza; Carolina Oliveira de Lima; Carolina Piccinini Silva; Cristiana Pereira Malta; Francielle Oliveira Gonçalves; Isabela Roza Ricon de Freitas; Letícia de Souza Renhe; Michelly Rocha Duarte; Talita Ramos Oliveira; Talita Ribeiro de Almeida.

## Estágio de atenção primária

• Resultados encontrados no Questionário de acolhimento e satisfação:



### Conclusão

- Apesar da maioria dos pacientes afirmarem que escovam os dentes três ou mais vezes ao dia, eles não conheciam bem as técnicas de escovação, principalmente o uso do fio dental.
- A maior parte dos entrevistados procura o dentista por motivo de dor, justificando o fato de irem poucas vezes ao consultório.

### Conclusão

- Há UBS perto da residência de 90% dos pacientes, entretanto eles relataram demora no atendimento.
- Felicidade x Saúde bucal
- O objetivo da atividade apresentada foi atingido porque todos os entrevistados pretendem continuar utilizando os métodos ensinados. O atendimento na clínica da UFJF foi aprovado pelos pacientes.

### Comentários dos Pacientes

"Minha filha foi muito bem atendida."

"Ninguém nunca me ensinou a escovar o dente. Agora eu aprendi e vou cuidar dos dentes que sobraram"

### Comentários dos Pacientes

"Achei muito legal o Kit."

"Fui muito bem atendido e agradeço a oportunidade por não poder pagar consulta particular."





## Discussão...

## Dúvidas?

## Pensamento do dia...

### “NEM TUDO É FÁCIL”

É difícil fazer alguém feliz,  
assim como é fácil fazer triste.

É difícil dizer eu te amo,  
assim como é fácil não dizer nada.

É difícil valorizar um amor,  
assim como é fácil perdê-lo para sempre.

É difícil agradecer pelo dia de hoje,  
assim como é fácil viver mais um dia.

É difícil enxergar o que a vida traz de bom,  
assim como é fácil fechar os olhos e atravessar a rua.

É difícil se convencer de que se é feliz,  
assim como é fácil achar que sempre falta algo.

É difícil fazer alguém sorrir,  
assim como é fácil fazer chorar.

É difícil colocar-se no lugar de alguém,  
assim como é fácil olhar para o próprio umbigo.

Se você errou, peça desculpas...

É difícil pedir perdão?  
Mas quem disse que é fácil ser perdoado?

Se alguém errou com você, perdoa-o...

É difícil perdoar?  
Mas quem disse que é fácil se arrepender?

Se você sente algo, diga...

É difícil se abrir?  
Mas quem disse que é fácil encontrar alguém que queira escutar?

Se alguém reclama de você, ouça...

É difícil ouvir certas coisas?  
Mas quem disse que é fácil ouvir você?

Se alguém te ama, ame-o...

É difícil entregar-se?  
Mas quem disse que é fácil ser feliz?

Nem tudo é fácil na vida...  
Mas, com certeza, nada é impossível...

Precisamos acreditar, ter fé e luta para que não apenas  
sonhemos, mas também tornemos todos esses desejos...

REALIDADE...

Cecília Meireles.

## Avaliação da disciplina

Para garantirmos uma melhora constante na disciplina, precisamos de sua opinião:

I. O que achou do conteúdo ministrado no dia?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

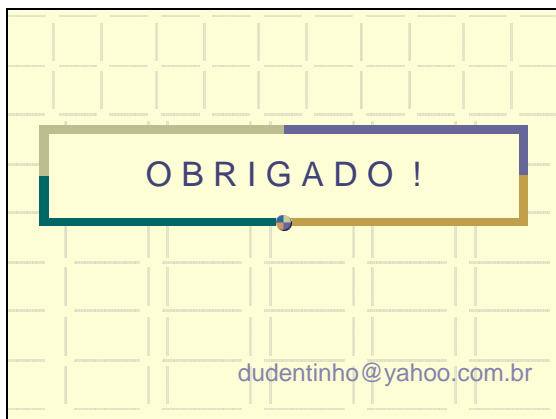
II. Quanto ao professor, como você classificaria seu desenvolvimento frente ao assunto ministrado?

- Excelente (9 ou 10)
- Muito bom (7 ou 8)
- Bom (5 ou 6)
- Regular (3 ou 4)
- Ruim (1 ou 2)

III. Comentários:







O conteúdo:

Cabe neste momento dissertativo explicar os questionamentos que movimentaram a presente temática: como introduzir a acadêmicos do 2º período de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora uma prática humanizadora? O que podiam desenvolver dentro de suas limitações prático-pedagógicas? Como capacitá-los a desenvolver suas atividades? Mediante a estes questionamentos capacitou-os a desenvolver atividades educativo-preventivas em caráter coletivo, além de focar a importância da gestão nestas atividades.

Segundo Valença (1998), o trabalho educativo, baseado na participação deve superar a formação academicista que o cirurgião-dentista traz da Universidade, caminhando na direção de uma compreensão mais totalizadora da realidade - sob essa perspectiva que devem ser formados os odontólogos: capacitados a agentes promotores de saúde (ALMEIDA, 2009).

De acordo com Barata (1997), Cangussu et al.(2001) e Saliba (2003), promove-se saúde: assegurando-se aos cidadãos condições dignas para a vida, por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços

de saúde. A grande maioria das causas de doenças e deficiências poderiam ser evitadas por meio de ações preventivas, desde que estas atividades passassem a ser valorizadas e vinculadas à população. Quanto às medidas curativas e assistenciais, voltadas para a recuperação da saúde individual, deveriam apenas complementar a atenção integral à saúde (ROUQUAYROL, 1993). É neste cenário que a educação para a saúde poderá cumprir papel destacado: favorecendo o processo de conscientização quanto ao direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde/doença (BRASIL, 1998).

Para Brasil (1998), Aquilante (2003), Garcia (2003), Saliba (2003), Ferreira (2004) e Batista (2005), educação e saúde estão intimamente relacionadas e, em especial, a educação para a saúde que é a resultante da confluência desses dois fenômenos. Na verdade, a ação educativa não poderia ser desvinculada da ação de saúde, pois a primeira está implícita na segunda e possui objetivos e metas fundamentados na situação de saúde de uma população, que por sua vez reflete suas condições de vida. A educação e a saúde deveriam se fortalecer mutuamente (OMS, 1998; AQUILANTE, 2003; GARCIA, 2003; SALIBA, 2003; FERREIRA, 2004; BATISTA, 2005), uma vez que limitações em qualquer uma delas são obstáculos à plena realização das potencialidades humanas (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Contudo, a prática educativa do cirurgião-dentista, compreendida como um dos componentes das ações básicas de saúde é oportunizar o desenvolvimento da consciência crítica nas pessoas, capacitando-as para assumir a solução dos seus problemas de saúde (ROCHA, 1989; VALENÇA, 1998): não é dizer o que é importante para elas, mas facilitar as condições para que as mesmas vejam a

importância das coisas (PILON, 1986; VENTURA, 1989; OMS, 1998; AQUILANTE, 2003; GARCIA, 2003; SALIBA, 2003; FERREIRA, 2004; BATISTA, 2005).

Valença (1998), Aquilante (2003), Garcia (2003), Saliba (2003), Ferreira (2004) e Batista (2005), afirmaram que a educação em saúde tradicional, dentro de uma concepção higienista, chega a ser uma linguagem estranha, alienante, pois tende a ser direcionada a este ou aquele comportamento, esquecendo do seu significado no contexto de vida do sujeito. Quando ela deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de educação, ela passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade. Nesse processo, deve ser buscada a participação real dos sujeitos envolvidos, incluindo-se aí a população e os profissionais de saúde (ROCHA, 1989; OMS, 1998; AQUILANTE, 2003; GARCIA, 2003; SALIBA, 2003; FERREIRA, 2004; BATISTA, 2005).

A educação em saúde representa uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos que promovam e mantenham a saúde, pois, através da mesma é possível transformar atitudes e comportamentos formando hábitos na população em benefício de sua própria saúde. A educação em saúde bucal deve ser efetiva para melhorar o conhecimento dos indivíduos e, conseqüentemente, modificar seu comportamento (OMS, 1998; AQUILANTE, 2003; GARCIA, 2003; SALIBA, 2003; FERREIRA, 2004; BATISTA, 2005).

Educar para saúde constitui um dos pilares da promoção de saúde, que visa capacitar e dar oportunidade às pessoas para que exerçam controle e melhoria sobre sua saúde, e as ações educativas devem ser associadas às políticas públicas de saúde, às ações clínicas e ao desenvolvimento comunitário (PORTILLO, 2000).

Entretanto, para que as atividades educativo-preventivas atinjam seus objetivos, é fundamental uma estratégia lógica para desenvolvê-las. Corroborando, Almeida (2009) relata a importância de se planejar em saúde – não bastam apenas boas idéias, torna-se fundamental saber desenvolver meios para viabilizá-las. Senão, possíveis desafios e ameaças, que são comuns, poderão comprometer ou, até mesmo, inviabilizar a execução de grandes ações. Ao contrário, uma equipe preparada poderá, nestas situações, gerar estratégias e soluções para contornar possíveis obstáculos – retratando-se a importância da gestão da condição de saúde (ALMEIDA, 2009).

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações. A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gestão de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junta com a implantação das redes de atenção à saúde e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que está iniciando, é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde, onde a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura e reabilitação (MENDES, 2009; COUCH, 1998; ZITTER, 1996).

Assim, Mendes (2009), definiu gestão da condição de saúde como o processo de gerenciamento de uma determinada condição de saúde, já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

O mesmo autor complementa que a premissa da gestão é a melhoria da atenção à saúde em toda a rede de atenção à saúde, ou seja, no contínuo de pontos de atenção e começa com uma correta compreensão de toda história dessa condição, expressa em um mapa de condição de saúde (MENDES, 2009).

Afirmou também que a gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde e tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de trabalho individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, onde as condições de saúde são enfrentadas por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população (MENDES, 2009).

Assim, para o desenvolvimento deste conteúdo foram necessários 05 encontros:

- 16/10/2009:
  - Buscou-se neste momento, como pode ser visto na aula expositiva (p.141-153), a capacitação acadêmica para o desenvolvimento de uma adequada higiene bucal. Entretanto, sabe-se que o simples fato de adquirir um conhecimento não é

suficiente para praticá-lo, o mesmo acontece com a escovação (ALMEIDA e PEREIRA, 2010). Assim se fez necessário um segundo encontro que evidenciasse a importância do papel de educador do cirurgião-dentista.

- 23/10/2009:
  - Rossetti, 1999, p.65, explanou:  
*“... imaginei uma escova no ar. Uma escova no ar nada faz. Atrás da escova tem que haver uma mão; atrás dessa mão tem que haver uma mente; atrás dessa mente tem que haver outras mentes que a estimulem e estas têm que ter conceitos humanísticos, conceitos de criação, de estímulo para a vida, não conceitos para a extração, para a eliminação, para a doença, para a guerra, para a destruição”.*
  - Neste momento da disciplina desenvolveu-se a aula expositiva (p.153-167) (Anexo XV) que abordou educação em saúde e como planejar atividades educativo-preventivas.
- 30/10/2009 e 06/11/2009
  - Como pode ser visto no material didático aplicado (p.167-178) nestes encontros permitiu-se que cada grupo apresentasse seus respectivos planos de ação, antes de serem aplicados – ressaltando a importância do planejamento na eficiência e eficácia de ações coletivas de cunho preventivo (ALMEIDA, 2009).
- 04/12/2009:
  - No último encontro cada grupo apresentou seu relatório final (p.179-192), abordando a experiência vivenciada, enfocando facilidades, dificuldades, importância, além da conclusão da

experiência prática que vivenciaram nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Destaca-se ainda que foi produzido um material didático de apoio, “Conhecendo e higienizando a minha boca”, cujo objetivo foi o de facilitar a atuação dos acadêmicos no desenrolar de suas atividades práticas (ALMEIDA e PEREIRA, 2010).

## **5.2 ORIENTAÇÃO DE PRÁTICA**

### **5.2.1 A reflexão**

Após todo o processo de teorização dos conceitos de humanização junto aos alunos do 2º período do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora se chegou o momento de ofertar aos acadêmicos a vivência e a aplicabilidade destes conceitos, para isso, desenvolveu-se o “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária” (Anexo I). Neste trabalho delinear-se os princípios que norteiam uma proposta de Estágio Curricular Supervisionado, baseado em metas educacionais específicas aos conteúdos de cunho humanístico junto à prática odontológica.

Neste sentido, Carvalho e Kriger (2006), afirmaram que o Estágio Supervisionado corresponde à atividade acadêmica constante da estrutura curricular de um curso, desenvolvida segundo os parâmetros das demandas institucionais, legais e pedagógicas. É o instrumento de integração do aluno com a realidade

socioeconômica e cultural da região a partir do referencial da atividade profissional que ele irá exercer. O estagiário entra em contato com as diferentes realidades sociais, refletindo as práticas e políticas de saúde pública, a realidade do mercado de trabalho e sua própria formação como agente transformador dessas realidades.

A partir da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO, 2002) recomendou diretrizes norteadoras do estágio supervisionado nos Cursos de Odontologia. No referido relatório, além do reconhecimento do estágio como instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área, também foi indicado que esta atividade deve ser entendida como atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta para a comunidade, intra e extramuros (ABENO, 2002).

Almeida (2009), complementa dizendo que as práticas educativas, aquelas que constituem o fazer pedagógico no cotidiano da vida escolar, necessitam de instrumentos que possam significar a concretização dos objetivos educacionais que devem ter sido desenvolvidos e articulados à filosofia da instituição. Um dos importantes instrumentos concretizadores de tais práticas é o estágio supervisionado – uma oportunidade prática de os acadêmicos vivenciarem e aplicarem seus conhecimentos, dentro de uma contextualização lógica e real de funcionamento da prática odontológica.

Ao chegar à Universidade o aluno se depara com o conhecimento teórico, ou seja, a explicação da realidade por meio de pesquisadores renomados. Muitas vezes, é confuso para o estudante relacionar teoria e prática se não vivenciar momentos reais em que será preciso analisar o cotidiano frente às informações assimiladas (BRASIL, 2007; CARVALHO e KRIGER, 2006; ALMEIDA, 2009).



Dessa forma, é fundamental considerar que o conhecimento vai sendo construído paulatinamente e implica um movimento constante de ação-reflexão-ação por parte dos educadores, para que ocorra uma formação integral (CARVALHO e KRIGER, 2006).

E essa formação se dá por meio da relação que se estabelece entre teoria e prática, a partir do que o aluno é capaz de construir analisando a realidade por intermédio de suas fundamentações teóricas estudadas durante o curso. Neste caso, o aluno é o grande construtor do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades necessárias para tomada de decisão frente às questões que nos são colocadas no dia-a-dia (CARVALHO e KRIGER, 2006).

*“Esta mudança de percepção, que se dá na problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de “dentro” e, desse “interior”, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, ganhando assim, uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona” (FREIRE, 1983, p.60).*

Assim, o estágio é um momento privilegiado em que o aluno se coloca como cientista e pesquisador da realidade; a ele cabe indagar e questionar a realidade discordando dela, caso esta se mostre em oposição às questões fundamentais para efetivação da educação (CARVALHO e KRIGER, 2006).

A necessidade de aprimoramento na formação leva a pesquisar mais, analisar com cautela os conflitos e leva a refletir que, enquanto estagiários, ainda existe a possibilidade de não saber explicar com clareza a competência que ainda não se tem e que se precisará obter até o final do curso, pois, ao terminar o curso o mundo do trabalho olhará o aluno como um profissional e vai exigir dele uma formação eficiente. Suas atitudes serão cobradas frente à sua formação (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Nota-se assim, a necessidade do aluno, que em breve será um gestor-educador, de assumir um compromisso com sua formação integral, participando das aulas, das orientações e elaborando as leituras necessárias. Ou seja, compreender o conhecimento como um valor para o enobrecimento do ser humano (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Portanto, o estágio é um momento de aprendizagem em que se pode errar na tentativa de acertar, pode-se indagar e questionar para uma melhor formação, uma vez que, como profissionais da área escolhida, escolhas e decisões adequadas deverão ser tomadas (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009). Assim, não basta ensinar ao homem uma especialidade porque se tornará uma máquina utilizável, mas não uma personalidade; é necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale à pena ser empreendido, do que é moralmente correto (EINSTEIN, 1953).

### **5.2.2 A experiência**

#### **a. Estágio Clínica Integrada em Atenção Primária: 09/11/2009, 16/11/2009, 23/11/2009 e 30/11/2009**

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia preconizam que o egresso da graduação esteja em condição de desenvolver uma prática generalista da profissão em coerência com as necessidades do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2002).

Entretanto, é evidente a descontextualização entre a prática desenvolvida nas clínicas de ensino das faculdades de Odontologia com a realidade dos serviços

públicos, reflexo de uma frágil articulação ensino-serviço, que sempre dependeu de uma adesão ideológica de docentes e estudantes. As atividades de ensino aprendizagem, extramuros, sempre dependeram mais da voluntariedade dos professores que as coordenavam do que do apoio institucional e da participação do quadro de professores como um todo (BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Em caráter curricular, desenvolveu-se o “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária” (Anexo I), que visou ofertar aos acadêmicos do 2º período do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, que cumpriram os créditos teóricos abordados no “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, uma vivência prática dos conceitos de humanização - afinal, o melhor instrumento para se aprender é vivenciando a prática (ALMEIDA, 2009). Para tanto, os acadêmicos foram divididos em 04 grupos, onde cada um desenvolveu um plano de ação – exigido durante o módulo teórico do SSIAEH – que foi desenvolvido em datas previamente agendadas:

- Grupo I: 09/11/2009;
- Grupo II: 16/11/2009;
- Grupo III: 23/11/2009;
- Grupo IV: 30/11/2009.

Foi adotada como estratégia no presente estágio o “Quadrilátero da formação em Saúde”, que conforme descrito em Brasil (2007b) trata-se:

*“noção explicativa dos fatores a se considerar no processo de educação permanente em saúde: práticas de ensino, práticas de atenção, práticas de gestão e práticas de controle social no âmbito da saúde”.*

Para uma melhor compreensão, em caráter didático, dividiram-se as atividades desenvolvidas pelos estagiários em quatro partes, ressaltando que as mesmas são co-existentes:

- Práticas de ensino:

Como explanado, grande parte das instituições de ensino superior ainda contam com o modelo educacional flexneriano e, por conseguinte, acabam formando profissionais com perfil inadequado para atuar no modelo do SUS, que pressupõe a Atenção Básica como a porta de entrada ao sistema de saúde, onde se conta com a perspectiva de resolução de cerca de 80% das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006b; CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007).

Assim, coube aos estagiários ofertar aos pacientes triados pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora atividades de cunho educativo-preventivo, dando ênfase à escovação supervisionada e, conseqüentemente ao controle da placa bacteriana – atuando desta forma na prevenção, paralisação, controle e até mesmo regressão dos danos causados pelas doenças cárie e periodontal.

A metodologia utilizada para a introdução dos conteúdos foi a Pedagogia da Problematização que pode ser assim caracterizada: inicia-se com a observação da realidade, permitindo aos acadêmicos expressarem suas percepções, neste momento os alunos selecionam as informações identificando os pontos-chave do problema. Cumprida esta fase, inicia-se a teorização, que consiste no levantamento das causas do problema observado (CARVALHO e KRIGER, 2006). Aqui os conhecimentos científicos auxiliam no raciocínio para a compreensão da situação abordada. Confrontando a realidade com sua teorização, o indivíduo se vê, naturalmente, movido a formular hipóteses para solucionar o problema – permitindo

a utilização de um juízo duplo entre a realidade e a teoria (BRASIL, 2007). Segundo Piaget, 1973, a aquisição não está restrita apenas ao imaginar ou reproduzir uma cópia da realidade, na verdade conhecer algo se faz através da capacidade de atuarmos sobre ela.

- Práticas de atenção:

Grande parte da prática odontológica dentro das instituições de ensino superior é voltada à execução de procedimentos de média e alta complexidade. Muitas vezes a avaliação dos alunos é feita mediante a capacidade de execução destes procedimentos. Contrapondo a tudo isto, a atenção básica, que chega a oferecer a resolutividade de 80% dos problemas de saúde bucal, é pouco, ou até mesmo não abordada durante a formação destes futuros profissionais (BRASIL, 2006b). Assim, pensa-se ser de suma importância oferecer novos cenários de práticas, agregando-se ao processo de ensino, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007).

Assim, com a introdução do “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária” criou-se uma unidade de atendimento básico, onde o acadêmico desenvolveu atividades de atenção tanto individuais quanto coletivas. Estas ações foram norteadas pelos seguintes princípios: gestão participativa, acesso, acolhimento, vínculo, ética e responsabilidade profissional. Quanto ao processo de trabalho enfocou-se a interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e condições de trabalho. Quanto às ações, incluiu-se atividades de Promoção e Proteção de Saúde (Educação em Saúde e Prevenção em Saúde) – garantindo desta forma uma atenção básica ampliada e qualificada às necessidades do SUS. Não houve apenas

um atendimento dentro da instituição, e sim a criação de linhas de cuidado aos usuários dos serviços a serem prestados. Neste cenário, o acadêmico passou a ser responsável pelo acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento (referência e contrarreferência). Diante desta atuação, a fragmentação da Odontologia deixará sua longa história porque as disciplinas passarão a ser entendidas como uma forma de se fornecer um tratamento integral aos pacientes, melhorando a qualidade e a humanização das práticas da Instituição (BRASIL, 2004b).

- Práticas de gestão:

As Universidades ainda formam odontólogos apenas para exercerem a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos – uma preparação quase que restrita ao mercado privado. Portanto, se faz necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacional. E para isso, articulações intersetoriais precisam ser apoiadas e providenciadas, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação de ações em saúde. Assim, os serviços serão prestados a partir de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, constituir uma prática efetivamente resolutive (BRASIL, 2007).

Neste momento, objetivou-se capacitar os universitários a planejar ações, tanto no âmbito individual, quanto coletivo, em saúde bucal. Afinal, de acordo com Tagliaferro et al. (2005), o passo inicial de qualquer caminhada em direção a um futuro diferente do presente deve ser o planejamento. E planejar inclui desde a elaboração até a consecução de projetos que identificam metas, objetivos e

mecanismos para a tomada de decisão e a implementação de ações. Abandonando uma metodologia normativa, que costuma ignorar os aspectos sociocomportamentais, e se dedicando ao planejamento estratégico situacional, onde vários atores planificam dentro da realidade. Desta forma, acredita-se ampliar os horizontes profissionais do acadêmico, que deixa de ser apenas executor de procedimentos clínicos e passar a ter uma outra vivência: a de participar como gestor em saúde (TAGLIAFERRO et al., 2005).

- Práticas de controle social:

O controle social é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei 8142/90 (BRASIL, 1990). O presente estudo tem uma profunda identidade com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população. Na verdade o que se almejou foi o despertar dos futuros profissionais de saúde do seu papel como facilitadores e estimuladores junto à população para que a mesma exerça o seu direito de participar na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das ações, tanto individuais, quanto coletivas, em saúde, tirando-os de uma concepção passiva para outra ativa, ou seja, tornando-os agentes da própria saúde.

## **5.3 ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA**

### **5.3.1 A reflexão**

A realidade do descompasso entre o que as instituições de ensino superior vêm formando e o tipo de profissional que se precisa, impõe mudanças na formação

e no trabalho do cirurgião-dentista brasileiro, já que o trabalho é a categoria central onde se encontram diferentes atores, provenientes de distintos espaços. As necessárias mudanças devem começar na formação profissional e na visão de mundo reproduzida dentro das academias, pois certamente nestes espaços também começa a formação das possibilidades para a atuação futura do cirurgião-dentista em sintonia com as necessidades brasileiras (BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Assim, no tocante às questões pedagógicas referentes aos conceitos de humanização, ressalta-se que a formação do educador passa a ser peça chave, pois não é possível esperar do docente uma postura humanizada, na medida em que foi preparado para exercer sua profissão apenas do ponto de vista técnico, de repassador de conhecimento (CARVALHO e KRIGER, 2006).

Masetto e Prado (2004) afirmam que o papel do educador é o de intervir no processo de aprendizagem com responsabilidade e comprometimento; é ajudar o aluno a apropriar-se do conhecimento construído, de lhe dar significado e de gerir diferenças, de problematizar, de motivar, de provocar, enfim, de dar condições ao indivíduo de desenvolver um pensamento e um discurso próprio.

Almeida (2009) afirma que mais do que em qualquer posição do ensino universitário, o docente nas áreas de saúde necessita acreditar no mérito de sua atividade e no sentido em que ela encerra para sua valorização da vida. Desta maneira, o professor transmite aos seus alunos, de maneira direta, no trato com os pacientes durante os procedimentos clínicos. Exemplificando as atitudes de respeito para com o ser humano, o docente é capaz de motivar os estudantes para as responsabilidades coletivas no campo da saúde, e aumentar o seu interesse pelas disciplinas sociais e humanas.



A partir destes argumentos pode-se dizer que o professor não pode ser mais visto como um monopolizador do saber e transmissor de conhecimento, conforme o modelo tradicional, mas adquire nova importância, especialmente quanto à competência, pela interação que promova entre as instituições educacionais por um lado e a sociedade em seu conjunto, por outro (CARVALHO e KRIGER, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA, 2009).

Corroborando, Fernández (2002) afirma que a inovação é essencial em toda mudança educacional, entretanto, envolve e tem sempre, como referência, o professor. Como fenômeno de mudança, a inovação está sujeita a modificações produzidas pela influência dos mediadores, entre eles o professor, cuja importância é fundamental. Assim, o professor não pode limitar-se a atuar em sala de aula, mas também buscar a interação com o ambiente social mais próximo e com o contexto social geral. Deve estar predisposto a assumir as mudanças como uma constante em sua atuação docente, na certeza de que essa atitude é fundamental para o êxito da inovação. Não será demais insistir que os processos de inovação exigem o trabalho em equipe, tanto no planejamento, quanto no seu desenvolvimento, oportunidade em que são despertadas as habilidades sociais necessárias ao sucesso em projetos dessa natureza. Finalmente, o professor deve sentir-se comprometido, ética e profissionalmente, com o processo de mudança, uma vez que esse processo exige o mais completo envolvimento docente (CARVALHO e KRIGER, 2006).

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção do conhecimento, participando da análise do próprio processo

assistencial em que são inseridos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2007).

### **5.3.2 A experiência**

A partir do vivenciado pela disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, articulada ao “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”, pode-se afirmar que o presente estudo atingiu seu êxito pedagógico, como instrumento cognitivo, no tocante à sensibilização dos alunos do 2º período da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora frente aos conceitos humanísticos na prática odontológica.

Enfim, as experiências adquiridas neste trabalho ofereceram subsídios importantes frente à importância dos conceitos ético-humanísticos para a formação do acadêmico, por proporcionar a troca de experiências e pela vivência, propiciando o surgimento de novas idéias, novos conceitos, novas direções que contribuem com o aprendizado.

## **5.4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: “PEDE-SE LICENÇA À ESTATÍSTICA”.**

Surgiram aqui algumas questões: como avaliar um projeto desenvolvido e embasado em uma metodologia qualitativa? Que procedimentos adotarem para se avaliar a arte de pensar, o amor ou ainda a felicidade? Afinal seria impossível, senão

ridículo, concluir aqui que alguém está 23,46% desumanizado e 76,54% humanizado – infelizmente, ainda não há avaliações de múltipla escolha e muito menos a possibilidade de mensurações para a humanização da prática odontológica. Aliás, Rossetti (1999) complementa afirmando que os índices que se têm utilizado até agora são exclusivos para se medir enfermidades, desconsiderando as questões sociais e psicoafetivas. Caberia aqui construir índices que avaliassem o que realmente foi aprendido. De acordo com Alves (2005, p.72-74):

*“O que foi realmente aprendido é aquilo que sobreviveu à ação purificadora do esquecimento. O aprendido é aquilo que fica depois que o esquecimento faz o seu trabalho... Só sobrarão os conhecimentos que fazem sentido... A memória guarda o que deu prazer... A memória é inteligente esquece o que não faz sentido”.*

Conforme citado pela OMS (1998, p.11):

*“Na verdade o processo de ensino-aprendizagem deveria ser avaliado de forma constante com a participação não apenas dos integrantes executores do projeto, mas também dos professores, dos pais, dos alunos e, se possível, de representantes da comunidade”.*

Assim, não será aqui descrito valores e fórmulas matemáticas - aliás, pede-se licença à tão importante estatística. Optaram-se aqui pela busca de argumentos que corroborassem com o desenvolvimento e aplicabilidade da presente metodologia como instrumento carreador dos conceitos humanísticos para a prática odontológica. Espera-se que o presente estudo seja um veículo na reorientação da formação profissional do odontólogo, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Encerra-se dizendo que o presente estudo não se trata de uma metodologia, ou ainda “uma receita”, para humanizar a prática odontológica, afinal, trata-se de algo a ser vivenciado e não ensinado.

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“ Não para concluir, mas para desafiar..” (ALMEIDA, 2009).*

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **6.1 NÃO PARA CONCLUIR, MAS PARA DESAFIAR...**

Este estudo teve como ponto de partida o questionamento sobre como introduzir conceitos de cunho humanísticos - a alunos do 2º período de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, através da articulação entre as disciplinas “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” e “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária” – como instrumento auxiliar na construção de uma postura humanizada na formação do cirurgião-dentista.

Aspectos do relacionamento humano que refletem no comportamento, bem como nas atitudes consideradas relevantes para a postura profissional e situações que representem a humanização na formação do profissional em saúde foram levantados e abordados junto aos acadêmicos, através de uma abordagem teórica e uma contextualização prática dos conceitos humanísticos aplicados. Apesar de o presente estudo não quantificar o potencial humanístico dos acadêmicos, foi possível perceber, por meio desta investigação, uma nova postura holística e progressista, que poderá auxiliar o discente a refletir sobre a importância da prática humanizada, favorecendo assim a relação interpessoal profissional/paciente – afinal, a partir de todas as considerações abordadas no presente estudo, pode-se caracterizar humanização pela capacidade da interação, ou melhor, da troca na relação entre o profissional de saúde e seu paciente.

Espera-se que o presente estudo seja um veículo na reorientação da formação profissional do odontólogo, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população, o que exige uma prática pedagógica direcionada aos paradigmas emergentes da educação, os quais conduzem o processo ensino-aprendizagem, de forma mais abrangente, ou seja, visualizando o aluno como um ser completo, capaz de produzir conhecimento, transformar a realidade e ao entrar no mundo do trabalho perceber o seu paciente com um ser humano portador de necessidades biológicas, sociais e psicoafetivas, que precisam ser atendidas de forma holística.

Por isso, o que se buscou com o presente trabalho científico foi a intervenção no processo formativo: deslocar o eixo da formação, ainda centrada no enfoque biológico, para uma capacitação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais no processo saúde/doença. O estudo teve como eixo central a integração estudante-população, com a conseqüente inserção dos acadêmicos no cenário real de práticas, com ênfase na introdução dos conceitos humanísticos na prática odontológica - levando-se em conta a formação de um profissional qualificado para o exercício da odontologia social, com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, com espírito empreendedor e inovador, capaz de atuar multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinarmente, com produtividade nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde com base no rigor técnico-científico, conhecendo e compreendendo a realidade social de modo a intervir nos problemas de saúde bucal da população, pautando-se em princípios éticos e legais da profissão.

Assim, não para concluir, e sim para desafiar, galga-se para este estudo sirva de estímulo, para futuros trabalhos que também vêem na humanização conceitos fundamentais para a formação clínica de excelência para futuros profissionais de saúde. Assim, pode-se ainda afirmar que a disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, articulada ao “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”, que integram o projeto pedagógico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, serviu como um importante passo no tocante à valorização do cunho social na Odontologia, inserido em grande parte nas disciplinas que integram o currículo e, quem sabe, no futuro, se alcance a estruturação do Departamento de Odontologia Social e Coletiva, dinâmico e atuante, com disciplinas teóricas e práticas ao longo do curso, reorientando o currículo atual.

---

## 6 CONCLUSÃO



## 6 CONCLUSÃO

A partir da experiência vivenciada pelo presente estudo, cujo enfoque foi a introdução dos conceitos humanísticos junto à prática odontológica, através da disciplina “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado”, pode-se concluir que o presente estudo atingiu seus referidos objetivos:

- Atuou de forma ativa e presente, como instrumento didático no processo de reorientação da formação dos futuros cirurgiões-dentistas, de modo a ofertar à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- Apresentou, analisou e discutiu todo o conteúdo teórico e prático da disciplina SSIAEH;
- Por ser disciplina do ciclo básico, segundo período do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, introduziu, o mais precocemente possível, os acadêmicos a uma prática de cunho social e humanístico;
- Serviu como veículo carreador para a incorporação, no processo de formação, a abordagem integral do processo saúde-doença.

---

## **8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4 ed.. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 1232p.

ABENO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. Análise sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia. **Rev ABENO**. v.1, n.2, p.: 35-38. 2002.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Rev. Goiânia/GO: AB, 2000, p. 27-38.

ADEA - AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for The New Dentist. **Journal Dent. Educ.** v.68, n.7, p.:742-744. 2004

ALMEIDA, L.E. **Saúde bucal: uma questão de educação**. Monografia (Graduação). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

ALMEIDA, L.E.; BARA, E.F. **Projeto de Extensão Sabiá: a introdução de uma prática integralizadora no ensino odontológico**. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

ALMEIDA, L.E. **PRÓ-SAÚDE: Ensino, Pesquisa e Extensão**. Juiz de Fora: Editar Editora Associada Ltda, 2009. 256p.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; CARMO, A.M.R.; CHAVES, M.G.A.M.; CHAVES-FILHO, H.D.M.; DEVITO, K.L Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: uma disciplina, um novo olhar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO). 2009.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N. **Conhecendo e higienizando minha boca**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2010. 40p.

ALONSO, M. E. A. **Situação atual do ensino de odontologia social em três instituições de formação superior selecionadas no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em odontologia social). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 79 p. 1990.

ALVES, R. **Educação dos sentidos e mais...** Campinas, SP: Verus Editora, 2005. 126 p.

AMARAL, M. C. P. **Perfil de cirurgião: dentista do serviço público do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Odontologia social). Universidade Federal Fluminense, 1991.

AQUILANTE, A. G. A importância da Educação em Saúde bucal para pré-escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**. v.32, n.1, p.: 39-45. 2003.

ARAUJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**. v.11, n.01. 2006.

BARATA, R. B. Condições de vida e situação de saúde. Saúde Movimento, 4. Abrasco. Rio de Janeiro, Baussel R. B. Quality-of-life assessment in outcomes research. **Evaluation & The Health Professions**. v.21, n.2, p.:139-140. 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1970. 225p.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Rev. **Ciência & Saúde**. v.1, n.1, p.: 05-17. 1996.

**BATISTA, R. M.** Educação em saúde para os profissionais da odontologia e para a população, um caminho para a participação e melhora da saúde. **Medcenter: Odontologia Social e preventiva**. Artigo. Publicado 7 de dezembro de 2005. Acessado em 21 de janeiro de 2006. Disponível em <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=597&idesp=12&ler=s>>. 2005.

BELL, J. **Projeto de Pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

BENETTON, Luiz Geraldo. **Temas de psicologia em saúde: a relação profissional-paciente**. São Paulo: L. G. Benetton, 2002. 335 p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública dos políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.:561-571. 2005a.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo?. **Comunicação, Saúde, Educação**. v.09, n.17, p.:389-394. 2005b.

BEZERRA, A.C.B.; PAULA, L.M. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. **Rev ABENO**. v.1, n.3, pp.: 7-14. 2003.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994. 336p.

BORDENAVE, J.D. Alguns Fatores pedagógicos. In: Brasil. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde**. Brasília, 1986, p. 19-26.

BORDENAVE, J.D. In: BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos para o SUS. Capacitação Pedagógica – Área de Saúde. Reimpressão da 1 ed.. Brasília: MS.,1994,.60p.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF.1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1986b.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Leis nº8080 e 8142**. Brasília: Diário Oficial da União. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF.1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em seres humanos**. Brasília. Seção v.1. p.:21-82. 1996.

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais / Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF. p-247-265. 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES 1300/01**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise**. (Org) André Falcão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanizasus – Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNH - Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.88p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2007b.

BUSATO, A.L.S.; FERNANDES, C.; GONZALES, P.A.H.; MACEDO, R.P. **O ensino, a pesquisa e a extensão na odontologia**. In: Estrela, C. Metodologia científica ensino e pesquisa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas. 2001. p. 327-45.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde**. v.5, n.1, p.: 163-77. 2000.

CAMPOS, R.O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**. v.27, n.64, p.:123-130. 2003.

CAMPOS, G.W.D.S. Humanização na saúde: Um Projeto em Defesa da Vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.:398-400. 2005.

CANGUSSU, M. C. T.; MAGNAVITA, R.; ROCHA, M. C. B. S. Educação e construção da cidadania em um programa de saúde bucal em Salvador – BA. **Revista Aboprev – Viver em saúde**. Salvador, v.4, n.1, p.:15-20. 2001.

CARLI, G. **Formação docente e educação odontológica: uma perspectiva em construção**. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Odontologia). Universidade Luterana do Brasil, 2007.

CARVALHO, A.C.P.; KRIGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. 264p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. 165p.

COLLARES, C. A. L.; MOISÉS M. A. A. Educação , Saúde e Formação da Cidadania. **Educação e Sociedade**. São Paulo. 10 (32). 1989.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**. v.13, n.3. 1997.

COUCH, J.B. **Desease management: na overview** – In: COUCH, J.B. (Editor) – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21<sup>st</sup> century. Gaithersburgh, Aspen Publication, 1998.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed.. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248p.

CRUZ, E.A. **Práticas Profissionais dos Trabalhadores em Central de Maternidade e Esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem.** Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará-Brasil, 2003.

DELEUZE, G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle.** In: Deleuze G. Conversações, p.:1972-1990. Rio de Janeiro: Editora. p.34. 1992.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** 3.ed.. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.

DESLANDES, S.F. O Projeto Ético-Político da Humanização: Conceitos, Métodos e Identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v.9, n.17, p.: 401-403. 2005.

DUMONT, L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna.** Rio de Janeiro: Rocco. 1985.

EINSTEIN, A. **Como vejo o mundo.** São Paulo: Nova Fronteira. 1953.

EKSTRAND, K. Diagnóstico da cárie. In: BUISCH, I. P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, p.125-147. 2002.

FERNÁNDEZ, J.T. **O docente inovador.** In: De La torre S, Barrios O. Curso de formação para Educadores. São Paulo: Madras Editora. 2002.

FERREIRA, A.B. H. **Novo Aurélio século XXI. O dicionário da língua portuguesa.** 3 Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, N.S.C. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na “cultura globalizada”. **Educ Soc.** v.25, n.89, p.:1227-1249. 2004.

FERRER, J.J.; ALVAREZ, J.C. **Para fundamentar a bioética.** São Paulo: Loyola; 2005.

FOULQUIÉ, P. **Dicionário da língua pedagógica.** Portugal: Livros Horizonte, 1971.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1983.

FREITAS, S.F.T. **História Social da Cárie Dentária.** Bauru: EDUSC. 2001.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire.** São Paulo: Scipione, 1989. 175p.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S.. **Pedagogia: Diálogo e Conflito.** 4º ed., São Paulo: Cortez, 2000. 127p.

GANDIN, D. **Planejamento: como prática educativa.** São Paulo: Ed. Loyola, 1999. 111p.

GARCIA, P. P. N. S. Conhecimento de Saúde Bucal em Escolares: Efeito de um Método de Auto-Instrução. **Revista de Odontologia da UNESP**. V.33, n.1, p.: 41-46. 2003.

GASTALDO, D. Humanização como Processo Conflitivo, Coletivo e Contextual. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.:395-397. 2005

GODOY, A.S. **Didática para o ensino superior**. São Paulo: Editora Iglu. 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1988.

GONZAGA, A.A.. **Manual Popular em Saúde: do permitido da doença às ações coletivas e dialógicas em saúde**. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

GRANT, Valerie. Making room for medical humanities. **Méd. Humanit.** v. 28, n. 1, p.: 45-48. 2002.

GUERREIRO, L. **A educação e o sagrado: a ação terapêutica do educador**. Rio de Janeiro: Lucena, 2003. 96p.

HADDAD, A.E.; LAGANÁ, D.C.; ASSIS, E.Q.; MORITA, M.C.; TOLEDO, O.A.; RODE, S.M.; FERREIRA, S.H.; FERREIRA, S.L.M. **Contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos projetos pedagógicos do curso de graduação em odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: INEP/EC. P.:119-152. 2006.

HARRISON, R.L.; WONG, T. An oral health promotion program for a urban minority population of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.** v.31, n.5: p.392-399. 2003.

HEIDEGGER, M. **Conferência e escritos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1979. IBAMA, **Histórico do Meio Ambiente**. 2006. Consultado em <http://www.ibama.gov.br/institucional/historia/index.htm>. Acessado em 09/11/2006.

HORR, L. Construindo o Arco da Problematização. In: **Educação, trabalho e enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. p.124-137.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss de lexicografia**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IYDA, M. **Saúde Bucal: uma prática social**. In: Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas (C. Botazzo & S.F.T de Freitas org.). Bauru, São Paulo: EDUSC/UNESP. p.127-139. 1998.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In JODELET, D. (org). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.



KOTTOW, M. **Introducción a la Bioética**. Santiago: Universitária; 1995.

KRIGER L. **As mudanças na formação profissional: os esforços em curso**.

Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/>. Acesso em: 06 Jun 2005.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3 ed.. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 1336p.

LÉVITAS, E. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis. Editora Vozes, 1993.

LIBÂNEO, J.C. **Didática**. 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 1998.

LUCAS, S.D. **Formação profissional de cirurgiões-dentistas egressos de dois cursos superiores com orientações distintas**. Dissertação - Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 1995.

LUCIETTO, D.A. **Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de Odontologia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

LUZURIAGA, L. **Diccionario de Pedagogia**. Buenos Aires: Editorial Losada S.A. 1960.

MAGALHAES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n. 3. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out 2007.

MARANHAO, D.G.O cuidado com o elo entre saúde e educação. **Cad. Pesqui.** [online]. 2000, no. 111 [citado 2006-11-27], pp. 115-133. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742000000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000300006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-1574. doi: 10.1590/S0100-15742000000300006. 2000.

MARCOS, B. **Pontos de epidemiologia**. Belo Horizonte: ABOMG. 1984.

MASETTO, M.T.; PRADO, A.S. Processo de avaliação da aprendizagem em curso de Odontologia. **Rev. ABENO**. V.4, n.1, p.:48-56. 2004.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.6, p.: 1-11. 2005.

MATOS, M.S. **Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de Odontologia da Bahia**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2006.

MELO, J.J.P. **O estado romano e a formação do cidadão, Teoria e prática da educação**. 2005. <http://www.dtp.uem.br/rtp/volumes/v8n3/completos/008.pdf>. Acesso em 15/07/2007.

MENDES, E.V. **A produção de conhecimentos para a prática odontológica na América Latina**. Trabalho apresentado na I conferência de faculdades e escolas de odontologia da América Latina, faculdade de ciências médicas da universidade autônoma de santo domingo, 12-16 de out. 1980. mimeogr. Apud PRETO, S.M. A odontologia no SUS: o desafio da prática integral. 1991. Dissertação (Mestrado em odontologia social). Universidade Federal Fluminense, 1992.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG. 2009.

MENEZES, J. D. V.; LORETTO, N. R. M. **Abeno: 50 anos de contribuição ao ensino odontológico brasileiro**. Maringá: Dental Press. 2006. p.: 27-40.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Pública**. v. 9, n. 3, p. 237-48. 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. 2000, vol. 5, no. 1 [cited 2006-11-28], pp. 7-18. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002. 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed.. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 80p.

MOLINA, A. **Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas**. (2002). [http://www.crmmt.cfm.org.br/jornal/jonais2002/Dezembro/pag\\_8.htm](http://www.crmmt.cfm.org.br/jornal/jonais2002/Dezembro/pag_8.htm). Acesso em 15/07/2007.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. **Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out 2007.

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

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2003.

MOYSÉS, S.J. A humanização da educação em Odontologia. **Pro-Posições**. v. 14, n. 1, p.: 87-106. 2003.

MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J.; KRIGER, L. Humanizando a Educação em Odontologia. **Rev. Abeno**. v.3, n. 1, p.:58-64. 2003.

MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Rev ABENO**. V.1, n.4, p.: 30-37. 2004.

NARVAI, P.C. **Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal**. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger org.). São Paulo: Editora Artes Médicas. 1999. pp.448-463.

NORONHA, A B. Graduação: é preciso mudar - transformações dependem de políticas de educação e de saúde. **Radis Comunicação em Saúde**. v.5, p.:9-16. 2002.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. **Prevenção e tratamento das doenças periodontais**. In: KRIGER, L. (Org.). ABOPREV: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, p.255-281.1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O. M. S. Escola promotora de saúde: Entorno saudável e melhor saúde para as gerações futuras. Comunicação para a saúde n. 13. **Departamento Sanitário Panamericano, Departamento Regional da O. M. S.** Tradução: Renata Ferreira e Ferreira. Washington, D.C. Versão impressa. p. 1-19. 1998.

PAIM, J. S. **Atenção à saúde no Brasil**. In: Brasil, Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, DF. 2004. p:15-44.

PEARCE, W. B. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao constuticionismo social e da representação. In: SHNITMIAN, D.F. (org). **Novos paradigmas, cutura e subjetividade**. Tradução de Jussara Lambert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 172-183.

PEREIRA, M.N. **Efetividade da aprendizagem centrada na pessoa para formação do profissional odontólogo**. Dissertação de mestrado. Juiz de Fora: Centro de Ensino Superior; 2000.

PEREIRA, M.N.; ALMEIDA, L.E.; CARMO, A.M.R.; DEVITO, K.L.; SANTOS, A.P.M.; OLIVEIRA, M. Seminar to the sensibilization of the importance of sheltering and humanized services: a subject, a new look. **Brazilian Journal of Oral Sciences**. v.-, n-, p.:50-51. 2009a.

PEREIRA, M.N.; ALMEIDA, L.E.; CHAVES, M.G.A.M.; CHAVES-FILHO, H.D.M.; DEVITO, K.L.; SOUZA, T.S.; REIS, W.C.F.B.; RODRIGUES, C.M. Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: uma disciplina, um novo olhar. **Brazilian Oral Research**. v.3, s.1, p.:329. 2009b.

PÉRET, A.C.A. **As políticas públicas em educação superior e saúde e a formação do professor de odontologia numa dimensão crítica**. Tese de doutorado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

PERRENOUD, P. **Construir as Competências desde a Escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L.; SILVA, M.J.P. Humanização em saúde: o resgate do ser competência científica. **Mundo Saúde**. v.27, n.2, p.: 203-205. 2003.

PESSOTTI, I. A formação humanista do médico. **Medicina**. v.-, n. 29, p.: 440-448. 1996.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento na criança**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. 110p. 1973.

PILON, A. F. The development of health education: an updating of concepts. **Rev. Saúde Pública**. [online]. 1986, vol. 20, no. 5 [citado 2006-11-28], pp. 391-396. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101986000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000500009&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101986000500009. 1986.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos. 2000.

PIZZATTO, E.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.Í.; SALIBA, N.A. O papel do professor no ensino odontológico. **Rev Saúde Debate**. v.28, n.66, p.: 52-57. 2004.

PLASSCHAERT, A.J.M.; HOLBROOK, W.P.; DELAP, E.; MARTINEZ, C.; WALMSLEY, A.D. Profile and Competences for the European Dentist. **Eur. J. Dent. Educ**. v.9, p.:98-107. 2005.

PORTILLO, J. A. C.; PAES, A M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev Bras. de Odont. em Saúde Coletiva**. V.1, n.1, p.: 75-88. 2000.

POTTER, V.R. Bioethics, science of survival. **Biol Med**. v.14, p.:173-153. 1970.

PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.8, n.2, p.:168-175. 1992

PUCCINI, P.D.T.; CECÍLIO, L.C.D.O. A humanização dos serviços e o Direito à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.5, p.:1342-1353. 2004.

REGO, S.T.A.; PALÁCIOS, M.; SCHRAMM, F.R. **O ensino da Bioética nos Cursos de Graduação em Saúde**. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

REIBNITZ, K.S. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. In: SAUPE, R. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: EDUFSC, 1998, p.187-218.

REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do saber**. São Paulo: Carez, 1986. 160p.

RIZZOTTO, M.L.F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.55, n.2, p.:196-199. 2002.

ROCHA, C.M.V. **Educação em saúde: breve histórico e perspectivas**. In: BRASIL. Ministério da saúde. Coletânea educação, saúde e educação em saúde. Brasília, DF, 1989.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Achiamé; 1979.

ROGERS, C. R. **Terapia Centrada no Cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.13, n.6, p.: 1027-34. 2005.

ROSSETTI, H. **Saúde para a Odontologia**. 2 ed.. São Paulo: Editora Santos, 1999. 146 p.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: Rouquayrol, M. Z. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI. p. 7-22. 1993.

SALIBA, N. A. Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba –UNESP. **Rev. Odontologia Clín.-Científ.**. Recife, V.2, n.3, p.:197-200. 2003.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176p.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez. 2003.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.9, n3, p.:795-806. 2004.

SANTOS, J. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Rev. Estudos Avançados**. v.13, n.35, p.: 71-87. 1999.

SAUPE, R. (Org.). **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 101p.

SCHAFF, Adam. **A sociedade informática: as conseqüências sociais da segunda revolução industrial**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. 157p.

SCHRAMM, F.R. **As diferentes abordagens da bioética**. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes. p.28-45. 2001.

SECCO, L.G.; PEREIRA, M.L.T. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de odontologia do Estado de São Paulo. **Interface - Comum Saúde Educ.** v.8, n.15, p.: 313-330. 2004.

SEGRE, M; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública.* V.31, n.5, p.:538-42. 1997.

SILVA FILHO, H.P. **O Empresariado e a Educação.** In: Ferreti CJ et al. (org.). *Novas tecnologias, trabalho e educação. Um Debate multidisciplinar.* Petrópolis: Vozes; 1994.

SILVA, L.M.V.; PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Rev Saúde Pública.** v.33, n.2, p.:187-197. 1999.

SOUSA, M.F. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde.** v.16, n.2, p.393-405. 2009.

STRUCHINER, M.; GIANELLA, T.R.; RICCIARDI, R.M.V. **Novas Tecnologias de Informação e Educação em Saúde diante da Revolução Comunicacional e Informacional.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA (org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 257-272. 2005.

STRUCHINER, M.; VIEIRA, A.R.; RICCIARDI, R.M.V. Análise de conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. **Cad. Saúde Pública.** v.15, n.2, p.:1-15. 2005.

TAGLIAFERRO, E. P. S.; TENGAN, C.; KASSAWARA, A. B. C.; FONSECA, D. A. V.; PEREIRA, A. C.; MENEGHIM, M. C. **Planejamento estratégico em Saúde Bucal na cidade de Piracicaba, SP: Estudo de caso.** *Arquivos em Odontologia:* 41(4): 273-368. 2005

TOLEDO, L.C.M. **Humanização do edifício hospitalar, um tema em aberto.** (2007). [http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO\\_%20EDIFICIO\\_HOSPITALAR.pdf](http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf). Acesso em 15/07/2007.

VALENÇA, A. M. G. **A Educação em Saúde na Formação do Cirurgião-Dentista: da necessidade à prática participativa.** Niterói: Editora UFF, 1998.

VALLA, V.V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cadernos de saúde Pública.** Rio de Janeiro. V.1, n.8, p.:30-40. 1982.

VENTURA D. V. R. **Ação participativa como prática educativa no controle da Hanseníase.** In: Brasil. Ministério da saúde. *Coletânea educação, saúde e educação em saúde.* Brasília, DF, 1989.

VÍCTORA C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

WATT, R.G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of The World Health Organization**. v.83, n.9, p.:711-718. 2005.

WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D. Estágio supervisionado: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. **Arq.Cent. Est. Curs. Odont.** V. 32, n. 22, 1996.

WEYNE, S. C. **A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para as Novas Gerações**. In: ABOPREV: promoção de saúde bucal/coordenação de Léo Kriger. 2ª edição. São Paulo: Artes Médicas. 1999. p. 01-26.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. v.52, p.:307-15. 1998.

ZANETTI, C.H.G. **Odontologia: habilidades e escolhas**. 2001. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acessado em: junho de 2004.

ZITTER, M. **A new paradigm in health care delivery: disease management**. In: TODD, W.E.; NASH, D. (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Co. 1996.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.6, p.:1690-1699. 2004.

---

**ANEXOS**



## **ANEXOS**

### **Anexo I**

- **Ementa das disciplinas “Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado” e “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária”.**

## **PLANO SEMESTRAL DE ATIVIDADES**

### **2º SEMESTRE LETIVO DE 2009**

- Seminário para Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado – Preparação para o ingresso ao Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária (ORE 030T).**
- Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária (STG 010A e STG 010B).**

#### **1- IDENTIFICAÇÃO**

Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Odontologia:

- Departamentos:
  - o Odontologia Social e Infantil (OSI);
  - o Odontologia Restauradora (ORE).
- Disciplinas:
  - o Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado – Preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária (ORE 030T);
  - o Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária (STG 010-A e STG 010B).
- Responsável:
  - o Orientadora: Professora Doutora Marília Nalon Pereira;
  - o Mestrando: Luiz Eduardo de Almeida.
- População-alvo: alunos matriculados no 2º período de Odontologia.
- Carga-horária: 50 min h/aula
- Horário:
  - o STG 010-A e STG 010-B – segundas-feiras, das 14 às 18 horas (Conteúdo prático);
  - o ORE 030-T – sextas-feiras, das 12 às 13 horas (Conteúdo teórico).

## 2- EMENTA

Em parceria com o Programa Nacional de Reorientação do Profissional da Saúde (PRÓ-SAÚDE), as disciplinas “Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado - preparação para o ingresso ao estágio em clínica integrada em Atenção Primária” (turma ORE030, T) e “Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária” (turmas STG010-A e STG010-B) foram propostas a fim de proporcionar ao acadêmico-estagiário uma abordagem teórica e prática das ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento ao usuário em nível primário, no serviço de atenção em saúde bucal.

## 3- OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo geral:

- Reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS.

### 3.2. Objetivos específicos:

- Incorporar, no processo de formação da área de saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde;

- Oferecer ao acadêmico uma compreensão mais totalizadora da realidade;

- Introduzir o estudante o mais precocemente possível ao universo prático de sua profissão.

## 4- ATIVIDADES PROGRAMADAS

**I) Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado – Preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária.**

### a. Estratégia:

- Práticas de ensino – Disciplina obrigatória

Apresentar para os acadêmicos um conteúdo teórico pouco ou até mesmo não trabalhado durante a graduação: PRÓ-SAÚDE; Processo Saúde-doença e suas dimensões; Técnicas de higienização e do auto-cuidado da boca; O SUS (Sistema Único de Saúde) é problema de todos; A humanização do atendimento odontológico;

Criação de um questionário para se medir a satisfação dos atendidos pelas clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia/UFJF.

Ressalta-se que a metodologia a ser utilizada para se introduzir os conteúdos acima descritos será a Pedagogia da Problematização que pode ser assim caracterizada: inicia-se com a observação da realidade, permitindo aos acadêmicos expressarem suas percepções - neste momento os alunos selecionam as informações identificando os pontos-chave do problema. Cumprida esta fase, inicia-se a teorização, que consiste no levantamento das causas do problema observado. Aqui os conhecimentos científicos auxiliam no raciocínio para a compreensão em seus princípios teóricos. Confrontando a realidade com sua teorização, o indivíduo se vê, naturalmente, movido a formular hipóteses para solucionar o problema – permitindo a utilização de um juízo duplo entre a realidade e a teoria. Afinal, a aquisição não está restrita apenas ao imaginar ou reproduzir uma cópia da realidade, na verdade conhecer algo se faz através da capacidade de atuarmos sobre ele.

#### b. Desenvolvimento:

A disciplina possui carga horária de 16 horas, distribuídas em encontros:

- 1º encontro (28/08/2009): Apresentação da disciplina;
- 2º encontro (04/09/2009): Processo saúde-doença e suas dimensões;
- 3º encontro (18/09/2009): Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística;
- 4º encontro (25/09/2009): Humanização do atendimento odontológico;
- 5º encontro (02/10/2009): O SUS no ensino superior (PRÓ-SAÚDE);
- 6º encontro (09/10/2009): Noções de Bioética;
- 7º encontro (16/10/2009): Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 1);
- 8º encontro (23/10/2009): Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 2);
- 9º encontro (30/10/2009): Apresentação de trabalhos teóricos – Grupos I e II;
- 10º encontro (06/11/2009): Apresentação de trabalhos teóricos – Grupos III e IV;
- 11º encontro (04/12/2009): Apresentação de trabalhos práticos – Grupos I, II, III e IV (IIª Minimostra) e encerramento.

## **II) Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária.**

### **a. Estratégia:**

#### **- Práticas de atenção:**

Grande parte da prática odontológica dentro das instituições de ensino superior é voltada à execução de procedimentos de média e alta complexidade, aliás, muitas das vezes a avaliação dos alunos é feita mediante a capacidade de execução daqueles. Contrapondo a tudo isto, a atenção básica, que chega a oferecer a resolutividade de 80% dos problemas de saúde bucal, é pouco, ou até mesmo não abordada durante a formação destes futuros profissionais. Assim, trata-se de suma importância oferecer ao aluno novos cenários de práticas, agregando-se ao processo de ensino, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários.

Quanto às ações, incluirão atividades de Promoção e Proteção de Saúde (Educação em Saúde e Higiene Bucal Supervisionada).

#### **- Práticas de controle social:**

O controle social é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei 8142/90. O presente estudo tem uma profunda identidade com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população. Na verdade o que se almeja é a capacitação de profissionais de saúde como facilitadores e estimuladores junto à população para que a mesma exerça o seu direito de participar na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das ações, tanto individuais quanto coletivas, em saúde, tirando-os de uma concepção passiva para outra ativa, ou seja, tornando-os agentes da própria saúde.

### **b. Desenvolvimento:**

Os acadêmicos serão divididos em 04 grupos, onde caberá a cada um assistir a uma clínica, através das seguintes ações:

- Criação e realização de uma palestra sobre saúde bucal a ser realizada na sala de espera para os pacientes a serem assistidos pelas clínicas da Faculdade de Odontologia/UFJF;
- Escovação supervisionada no escovódromo;
- Aplicação de um questionário, criado pelo grupo, que vise avaliar a satisfação dos atendidos quanto ao atendimento oferecido pela instituição;

- Apresentação de trabalhos referentes aos conteúdos aplicados.

## 5- ESTRATÉGIA

### - Educação empreendedora.

Pode-se afirmar que educação e empreendedorismo fundem-se em uma experiência singular em sua execução, mais ampla e integradora. Em sua concepção o empreendedor é alguém que provê, de forma independente, o próprio sustento. É alguém que oferece valor positivo para a comunidade.

Na verdade, nas metodologias educacionais ativas/empreendedoras o aluno é entendido como uma pessoa que tem uma bagagem cognitivo-afetiva importante, além de uma cultura subjacente que o identifica com uma realidade contextualizada. O papel do professor é de apontar caminhos em que o aluno pode seguir para sua formação, agindo na postura de mediador, problematizando as situações vividas no cotidiano e espaços de formação. A instituição de ensino superior, nesta metodologia, não se encerra em seu espaço físico, havendo diversificação das possibilidades de cenários educacionais, bem como de seus atores.

## 6- PROCESSO DE AVALIAÇÃO

### **I) Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado – Preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em atenção primária.**

- Presença: 10 pontos.
- Avaliação dos encontros: 90 pontos
  - Processo Saúde-doença e suas dimensões: 10 pontos;
  - A humanização do atendimento odontológico: 10 pontos;
  - O SUS é problema de todos: 10 pontos;
  - Noções de Bioética: 10 pontos;
  - Desenvolvimento e aplicabilidade do Questionário: 15 pontos;
  - Desenvolvimento e aplicabilidade de uma atividade coletiva: 15 pontos.
  - Apresentação do trabalho final (Minimostra): 20 pontos.
- Total: 100 pontos.

## II) Estágio de Clínica Integrada em Atenção Primária.

- Presença: obrigatória;
- Avaliação de conduta dentro da clínica:
- Total: 100 pontos.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. E. **Seminário para sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: preparação para o ingresso ao estágio de clínica integrada em Atenção Primária.** PRÓ-SAÚDE: Projeto da Faculdade de Odontologia/UFJF. Juiz de Fora: 2007. 46p.

## 8- CRONOGRAMA

DATA	HORÁRIO	PROFESSOR	CONTEÚDO
28/08/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Apresentação.
04/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Processo saúde-doença e suas dimensões.
18/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Doenças cárie e periodontal: uma percepção holística.
25/09/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Humanização no atendimento odontológico. - Filme
02/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - O Sistema Único de Saúde no ensino superior (PRÓ-SAÚDE).
09/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Aline Spagnol	<b>Teórico:</b> - Noções de Bioética.
16/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 1).
23/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Gestão em Odontologia: como planejar, desenvolver e avaliar uma atividade educativo-preventiva (aula 2)
30/10/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Apresentação do questionário e das atividades a serem desenvolvidas – Grupos I e II.
06/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Apresentação do questionário e das atividades a serem desenvolvidas – Grupos III e IV.
09/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Estágio:</b> Grupo I (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
16/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Estágio:</b> Grupo II (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.

23/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Estágio:</b> Grupo III (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
30/11/2009	13:00 às 17:00	Luiz Eduardo Aline Spagnol Karina L. Devito	<b>Estágio:</b> Grupo IV (10 acadêmicos) - Técnicas de higienização; - Aplicação do questionário de satisfação.
04/12/2009	13:00 às 17:00	Aline Spagnol Karina L. Devito Luiz Eduardo	<b>Teórico:</b> - Apresentação do Trabalho final – Grupos I, II, III e IV.