

Faces e disfarces da formação em Odontologia: revelando e conceituando o ensino da odontologia *in vitro*

Faces and disguises of Dentistry graduation: revealing and conceptualizing the teaching of dentistry *in vitro*

Carasycontracarasde la formación en Odontología: revelando y conceptualizando la enseñanza de la odontología *in vitro*

Graciela Soares Fonseca¹

Simone Rennó Junqueira²

Carlos Botazzo³

RESUMO: Pretende-se descortinar aspectos relacionados ao ensino clínico em uma escola de odontologia pública do estado de São Paulo. Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, cujos participantes foram estudantes de graduação em odontologia da referida instituição. As categorias de análise emergiram em um grupo focal com a participação de 06 estudantes (n=06), conformado de modo heterogêneo para o ano de matrícula e modalidade de curso. O material audiogravado foi transcrito e analisado pela Hermenêutica-Dialética. O centramento dentário permanece em uma posição de destaque no currículo, o que ocasiona a substituição do sujeito pelo elemento dentário. As clínicas tornam-se não resolutivas ao valorizar procedimentos em detrimento do paciente na sua complexidade e integralidade. Emerge a existência do ensino de uma odontologia despida de realidade, elaborada de acordo com a conveniência e necessidades das disciplinas, de modo fragmentado, fechado, sem espaço para a entrada das inúmeras variáveis que acompanham o sujeito em sua complexidade psíquica, biológica e social: o “ensino da odontologia *in vitro*”. É urgente a necessidade de se reorientar as práticas desenvolvidas na intimidade das clínicas das escolas de odontologia, rompendo seus disfarces e iniciando um processo de formação mais

¹ Professora Adjunta, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, Curso de Medicina

² Professora Associada, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Odontologia Social

³ Professor Associado Sênior, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Política, Gestão e Saúde.

coerente com a realidade do trabalho e as demandas da sociedade.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Competência Clínica; Clínicas Odontológicas; Educação Superior; Odontologia.

ABSTRACT: This work intends on unveiling aspects related to clinical teaching in a public odontology school of the state of São Paulo. We developed an exploratory study, of qualitative approach, whose participants were dentistry graduation students of the referred university. The analysis' categories emerged in a focal group of six participating students (n=06), resigned heterogeneously regarding enrollment year and course modality. The audio-recorded material was transcribed and analyzed based upon hermeneutics-dialectic. Dental centering remains in a highlight position inside the curriculum, which entails the subject's substitution by the dental element and compromises the integrality idea. Clinical subjects have become non-when valuing procedures in detriment of a patient in it's complexity and integrality. Starting the existence of an odontology teaching striped from reality emerges, elaborated according to the discipline's convenience and necessity, in a form that is fragmented, closed and spaceless for the uncountable variables that accompany the subject in it's psychic, biological and social complexity: the "In Vitro Dentistry teaching". The necessity to rethink and overhaul the practices developed in the intimacy of the clinical subjects in dentistry is urgent, rupturing it's disguises and initiating a graduation process more consistent with the profession's reality and society's requirements.

Keywords: Oral Health; Clinical Competence; Dental Clinics; Education, Higher; Dentistry.

RESUMEN: Se pretende revelar aspectos relacionados con la docencia clínica en una escuela pública de odontología del estado de São Paulo. Estudio exploratorio, con abordaje cualitativo, cuyos participantes fueron estudiantes de licenciatura en Odontología de la institución referida. Las categorías de análisis surgieron en un grupo focal con la participación de 06 alumnos (n = 06), conformados de forma heterogénea por año de matrícula y modalidad de curso. El material grabado en audio fue transcrito y analizado por Hermenéutica-Dialéctica. El centramiento dentario permanece en un lugar destacado en el plan de estudios, lo que provoca la sustitución de la persona por el elemento dental. Las clínicas quedan no resolutivas al valorar los procedimientos en detrimento del paciente en su complejidad y amplitud. Emerge la existencia de la enseñanza de la odontología sin realidad, elaborada según la conveniencia y necesidades de las disciplinas, de manera fragmentada, cerrada, sin espacio para el ingreso de las innumerables variables que acompañan al sujeto en su vertiente psicológica, biológica y social. complejidad: la enseñanza de la odontología "in vitro". Urge reorientar las prácticas desarrolladas en la intimidad de las clínicas de las facultades de odontología, rompiendo sus contracaras e iniciando un proceso formativo más acorde con la realidad del trabajo y las demandas de la sociedad.

Palabras clave: Salud Bucal; Competencia Clínica; Clínicas Odontológicas; Educación Superior; Odontología.

INTRODUÇÃO

A clínica dita tradicional estrutura-se pelos princípios e fundamentos da biologia, compreendida como a triangulação entre anatomia, fisiologia e patologia. O quadro patológico é caracterizado pela modificação anatômica que, conseqüentemente, leva à alteração da função realizada pelo órgão acometido (alteração fisiológica). O conceito de norma e de normalidade, fortemente imbricado no raciocínio clínico, define o que é normal e o que não é¹.

Transpondo essa conceituação para a clínica odontológica, entende-se que o seu objeto de atuação – a boca humana – enquadra-se no tripé anatomia, fisiologia e patologia, o que quer dizer que existe uma base racional para a elaboração dessa clínica². A boca humana pode ser, ainda, descrita nos moldes da normalidade proposta por Canguilhem¹.

No entanto, a clínica odontológica – de modo diverso da clínica médica que se volta para “órgãos” – atua em um “território” ou um “lugar”: a boca humana, caracterizada por um conjunto de vísceras que compõem a parte superior do sistema digestivo. Mesmo que não seja um “órgão”, a boca humana é dotada de identidade anatômica e possui funções específicas, os “trabalhos bucais”, distribuídos em três vertentes: manducação, erótica e linguagem, caracterizando-se como realização biológica, social e psíquica. Esse raciocínio caracteriza a bucalidade³.

Os trabalhos bucais podem ser entendidos como a “produção social da boca humana”, visto que expressam três dimensões da vida do homem em sociedade. Dessa forma, entende-se que a saúde bucal não pode ser restrita às manifestações clínicas e reforça-se a insuficiência da teoria odontológica para trazer o ser humano em sua integralidade, frisando a influência dos determinantes sociais no adoecimento bucal³.

Existe, entretanto, uma desconexão no discurso e na clínica odontológica que não conseguem incorporar a compreensão da fisiologia do território bucal. A conformação da “ciência” odontológica foi baseada em técnicas voltadas para o tratamento de sintomas, exodontias e restaurações dentárias, além de inserção de dentes artificiais (próteses), compreendendo os elementos dentários como apêndices do corpo humano³.

Por conta desse raciocínio, predominam práticas odontológicas organizadas a partir do elemento dentário para o qual são direcionados o olhar semiótico que busca anormalidades passíveis de intervenção².

A partir dessas constatações, pensando na integralidade do cuidado em saúde, é possível compreender a cavidade bucal, clinicamente, de outra forma. Trata-se de uma ultrapasse difícil que exige outra teoria sobre o adoecimento bucal e uma concepção de clínica odontológica diferente, ampliada, que envolve consulta odontológica por inteiro, incluindo os passos que a tarefa do diagnóstico exige e não mais procedimentos técnicos isolados².

Diante dessa breve contextualização, surgiram as seguintes indagações: Como é a formação dos cirurgiões-dentistas no que se refere à clínica odontológica? O discurso que norteia essa formação engloba a fisiologia bucal, propiciando o desenvolvimento de uma clínica ampliada, ou se conforma de modo odontocentrado, em uma clínica reduzida e fragmentada?

De maneira geral, a formação dos cirurgiões-dentistas prioriza os aspectos técnico-biológicos da odontologia, mantendo-se distante das demandas sociais e da saúde bucal, propriamente dita. Esse modelo vem sendo, sobretudo ao longo dos últimos trinta anos, veementemente questionado, sendo ressaltadas críticas aos seguintes aspectos: preparo pedagógico deficiente dos docentes, produção de conhecimentos pouco significativa, currículos antiquados, dissociação entre teoria e prática, desarticulação entre os ciclos básico e clínico, supervalorização de tecnologias duras e práticas profissionais descontextualizadas⁴.

A crise do modelo tecnoassistencial e de ensino em saúde, que efervesceu durante a década de 1970, impulsionou um movimento para transformar o ensino em saúde no Brasil, o que estimulou a elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os cursos de graduação em saúde, no início dos anos 2000. No caso da odontologia, as DCN foram publicadas em 2002, sinalizando uma mudança paradigmática na formação, buscando materializar um profissional crítico, com perfil generalista e sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, formando profissionais com competências para desenvolver um trabalho em equipe, levando em conta a realidade social⁵, atributos que só podem ser alcançados se o modelo de ensino clínico seguir uma lógica ampliada.

Assim, o trabalho objetiva descortinar aspectos relacionados ao ensino clínico em uma escola de odontologia pública do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujos participantes foram estudantes de graduação em odontologia de uma Instituição de Educação Superior (IES) pública do estado de São Paulo.

A instituição, cenário do estudo, vem implementando, desde 2005, mudanças curriculares – fomentadas por estratégias ministeriais como o Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – com o intuito de formar cirurgiões-dentistas críticos, reflexivos e éticos, capazes de atuar de modo coerente às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). O curso está organizado em dois formatos, integral e noturno, totalizando 715 estudantes matriculados por ano.

O recorte apresentado nesse estudo integra um trabalho maior que visou elaborar um modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia. Todos os estudantes de graduação da referida instituição, regularmente matriculados no segundo semestre de 2015 foram convidados, via e-mail e redes sociais, para participar do estudo, sendo que 21 deles aceitaram o

convite e discutiram com outros colegas em três (03) grupos focais.

Para o recorte apresentado nesse manuscrito, as categorias de análise – centramento dentário e resolubilidade/satisfação – emergiram em um dos grupos focais com a participação de 06 estudantes (n=06), conformado de modo heterogêneo para a ano de matrícula e modalidade de curso – integral ou noturno.

O grupo focal ocorreu em outubro de 2015 nas dependências da IES, em sala reservada e restrita aos participantes do estudo, com duração de 90 minutos. A discussão foi conduzida por um dos pesquisadores, utilizando um roteiro orientador que versava sobre questões diversas relacionadas à formação em odontologia na referida instituição. Um segundo pesquisador realizou anotações no diário de campo para auxiliar na análise dos dados.

O grupo foi iniciado com a apresentação dos participantes e um breve relato da trajetória de formação percorrida por eles até ali. Na sequência, começaram a ser estimulados a discutir os itens presentes no roteiro.

O material audiogravado foi transcrito e analisado com base na Hermenêutica-Dialética, unindo os conceitos de Gadamer⁶ e Habermas⁷, e as possibilidades de junção das duas abordagens apresentadas por Minayo⁸.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), aprovado por meio do parecer 428.731 de 18/10/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mudanças almejadas pela reforma curricular da IES ocorreram – ou deveriam ocorrer – no âmbito das disciplinas, sejam elas das ciências biológicas e da saúde, das ciências humanas ou das ciências odontológicas, tanto nas abordagens teóricas quanto práticas⁵.

No entanto, a narrativa dos alunos sobre suas experiências nas clínicas da Faculdade revela os impasses ainda encontrados para favorecer a formação humanística, reflexiva e ética desses profissionais.

Dos discursos, emergiram as seguintes categorias de análise: o centramento dentário como eixo estruturante do currículo e a (não)Resolubilidade e (in)Satisfação nas clínicas da escola analisada.

O centramento dentário como eixo estruturante do currículo

Respondendo a uma das indagações propostas pelo estudo, observou-se que o centramento dentário permanece em uma posição de destaque no currículo da escola analisada, o que ocasiona a substituição do sujeito pelo elemento dentário⁹⁻¹¹:

[...] *infelizmente, quando a gente vai fazer uma restauração, a professora fala: “olha, faz a restauração do elemento 36 em amálgama”. Ela não tá dando um paciente pra você, ela tá dando um elemento, “vai e restaura” [...] é tudo elemento não é o humano ali, o paciente, ou uma pessoa com todos aqueles outros problemas de saúde. (Estudante 03)*

[...] *É bem assim mesmo: “trata aquele dente, naquele quadrante, ponto” [...]. (Estudante 01)*

Explicando o centramento dentário pela história, Botazzo³ acredita que a conformação da odontologia se furtou da compreensão do homem, focando saberes e técnicas nos elementos dentários.

O paciente, no processo de aprendizagem nas clínicas da escola estudada, ocupa um patamar secundário, enquanto seus dentes, com necessidades fragmentadas pelas disciplinas, aparecem em primeiro plano. Os fragmentos expostos anteriormente reforçam isso. A frase: “Ela não tá dando um paciente pra você, ela tá dando um elemento” revela a contradição e os conflitos existentes entre os interesses dos formadores e dos formandos.

Esses achados reforçam que o discurso odontológico não abarca a compreensão da fisiologia bucal, conforme apontado por Botazzo⁴. Por conta disso, os elementos mecânicos da prática odontológica aparecem em destaque, justificando a ênfase nas técnicas e no adestramento da mão na formação em odontologia.

A formação e as práticas em odontologia, mesmo na contemporaneidade, aparecerem focadas nas técnicas dentárias, mantendo o centramento dentário na essência dos currículos¹¹. A substituição da pessoa pelo elemento dentário deriva de um modelo de formação que, desde o início do curso de graduação, estimula a ‘dentarização’ ou ‘odontologização’ do estudante². Ao iniciar a prática profissional, o cirurgião-dentista tenderá a centrar os elementos dentários e suas patologias – leia-se cárie, predominantemente – de maneira descontextualizada da boca, do corpo e da história das pessoas que os carregam^{10,12}.

A definição do diagnóstico deriva de concepções *a priori*, antecedendo e até “dispensando” a construção da história clínica e a coleta de sinais e sintomas. Na anamnese, o sujeito deveria aparecer com a sua doença, favorecendo a elaboração de um quadro de possibilidades diagnósticas¹². O fazer clínico no ensino da odontologia direciona-se à contagem de lesões dentárias e à realização de procedimentos restauradores e/ou procedimentos cirúrgicos e profiláticos².

Tais achados contrapõem-se à integralidade, entendida como o cuidado à pessoas, grupos e coletividades que percebe o sujeito como ser histórico, social e político, imbricado e articulado com seu meio familiar e com a sociedade à qual pertence¹³. Além de ser um dos princípios do SUS, a integralidade pode incentivar a transformação de serviços e do próprio ensino centrado em procedimentos, em que o usuário é visto como ‘saco de órgãos’ e o enfrentamento dos seus problemas ocorre apenas pela esfera biológica¹⁴.

Apesar da definição abrangente do perfil do profissional descrita nas DCN, a formação em odontologia, como em outros cursos da área da saúde, é constituída por disciplinas como anatomia, histologia e fisiologia e organiza-se na dimensão do corpo morto, despido de subjetividade e afetos¹⁵. As DCN, ao descrever os “conteúdos essenciais” para a graduação, divide-os da seguinte forma:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde - doença.

III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas⁵.

Nota-se, na divisão apresentada pelas DCN, além de uma separação expressa entre ciências humanas e sociais e as ciências odontológicas, uma dicotomia entre propedêutica clínica e clínica odontológica. Ora, a propedêutica não é parte imprescindível da clínica? Essa separação legitima o ensino dissociado e fragmentado encontrado na escola estudada, que representa apenas um exemplo em um universo maior onde isso se repete. Ampliando a reflexão, indaga-se: Há espaço e/ou oportunidade para interação das clínicas no interior das IES? Como organizar o espaço e as pessoas para que o encontro das três dimensões das ciências aconteça?

Essa descrição presente nas DCN oferece indícios de uma organização curricular disciplinar que, em geral, se traduz por conteúdos temáticos desarticulados entre si¹⁶.

Somando-se a isso, o ensino de odontologia – de modo generalizado –, pode ser analisado da seguinte forma:

A despeito de que o currículo odontológico tenda a incorporar novas perspectivas pedagógicas e a formar um profissional mais comprometido com as demandas sociais, o núcleo ‘duro’ da graduação odontológica mantém-se intocado e por dentro dele funciona o ‘currículo oculto’ que tende a contrapor-se, ideologicamente, ao Sistema Único de Saúde e à Reforma Sanitária, porque mantém o centramento dentário da formação do dentista, com ênfase no adestramento técnico e no consumo tecnológico, e a um só tempo faz o proselitismo do consultório particular [...]. Resulta, desse modo, muito fragmentada a formação do aluno, pois à fragmentação das disciplinas e áreas do conhecimento junta-se à impossibilidade – por pressão dos departamentos ‘clínicos’ – de que saúde coletiva possa conduzir processos pedagógicos integrais, devendo antes registrar-se aos aspectos ‘sociais’ que lhe seriam inerentes [...]. Assim, torna-se tarefa complicada colocar o aluno diante da possibilidade da produção do cuidado íntegro em saúde bucal^{10, p. 268}.

(Não) resolubilidade e (in)satisfação nas clínicas da escola analisada

Ao valorizar procedimentos, em detrimento do paciente na sua integralidade e complexidade, as clínicas da Faculdade de odontologia analisada tornam-se não resolutivas e distantes da realidade. Os discursos a seguir trazem exemplos dessa inferência:

É, ele é um fantochinho nosso. Vai “praqui”, depois vai pra lá, aí volta pra cá e não resolve nada pro paciente. Eu fico [sinais de indignação], porque é tanto aluno, é muito aluno. (Estudante 02)

Os pacientes são antigos. Alguns são muito antigos aqui. Tem paciente desde 2008 e aí o cara chega e quer ensinar o que eu vou fazer, sabe tudo, manja tudo e eu viro pra esse cara que já tem um prontuário desse tamanho [gesto com os dedos mostrando a largura do prontuário] e eu perguntando: “endereço”. (Estudante 03)

Aí você olha e pensa: “isso aqui poderia ter sido feito hoje”. Ah, mas encaminha, encaminha pra dentística. Você sabe que a pessoa não vai semana que vem e a restauração vai cair. (Estudante 01)

Você vê que é muita burocracia. Eu tava com um paciente e ele tinha que fazer uma extração, só que ele tinha ainda alguns dentes que estavam com perio, que precisavam fazer tratamento de perio mas, aí, eu falei pra ele: “então, eu vou ter que encaminhar o senhor”. E eu sei que até ele chegar na perio, aqueles dentes vão cair; não vai ter jeito. E aí, você fica com o coração super apertado, querendo ajudar uma pessoas mas, você não pode fazer nada porque você vai ter que passar ele pra uma lista de espera de não sei quanto tempo e você sabe que, semana que vem, vai faltar paciente pra você de novo, aí, você poderia chamar mas, não pode, porque tem toda uma lista de espera. (Estudante 06)

Uma ação resolutiva em saúde requer responsabilização, vínculo e acolhimento¹⁷, ambos ausentes no processo de trabalho conformado nas clínicas da IES estudada.

O baixo potencial resolutivo afeta os estudantes, gerando sentimentos como inconformidade e descontentamento com o trabalho desenvolvido nas clínicas da Faculdade. Nota-se a existência de um conflito entre a identidade pessoal de alguns estudantes, aliado à consequente representação profissional da odontologia, e a organização das clínicas que eles vivenciam. Essas constatações podem ser exemplificadas pelas narrativas que seguem:

[...] e isso, na minha história de vida que sempre quis medicina, foi um choque, assim, quando eu me deparei com essa realidade da odontologia de chegar e falar: “não, cê vai fazer um amálgama, cê vai fazer uma endo” mas, é tudo elemento não é o humano ali, o paciente, ou uma pessoa com todos aqueles outros problemas de saúde. (Estudante 03)

E até o estranho, esses dias a gente estava fazendo uma triagem das pessoas que vão fazer cirurgia, e aí, a gente conversa bastante com os pacientes até, assim, eu sempre vivi numa classe média-baixa, então, eu sempre fui muito simples, muito humilde, então, eu não tenho nenhum problema de conversar e, nenhum problema em relação a isso, então, como eu tava conversando bastante com a paciente e ouvindo os problemas dela, às vezes, elas querem contar, às vezes, não tem nem pra quem contar e aí, a gente explica as coisas, o tipo de remédio que usa e tudo mais, mas, às vezes, só pra constar mesmo, pras pessoas saberem alguma interação que pode dá, mas, acho que por a gente ter essa visão de fora da Faculdade, a gente acaba se abrindo um pouco mais para o paciente, eles sentem mais à vontade de se abrir pra gente e foi muito engraçado, aí quando a gente foi se despedir dele, foi encaminhar ele e tudo mais, nossa, ele quase chorou. Ele ficou muito emocionando e ele falou: “nossa, obrigada, por me ouvir!”. Aí eu falei: “não, mas, a gente tá aqui pra te ouvir!”. Aí, depois, eu fui dormir até um pouco assustada, assim, sei lá, será que daqui pra frente eu vou tá assim também, só quero saber do seu dente, só quero saber como tá o seu dente e você..., separado da sua boca. E ele: “nossa, muito obrigado por me ouvir, eu nunca fui tão bem tratado assim”, não sei o quê, aí eu falei: “não, imagina, a gente tá aqui pra isso, pra te ouvir e tal”, daí eu não sei se, de repente, ele foi tratado assim até aqui dentro mesmo. (Estudante 01)

A competência de escuta, presente antes da entrada dos estudantes na universidade, parece não ser aprimorada durante o curso, o que prejudica a atuação ampliada no futuro, capaz de contribuir com a resolução dos problemas de saúde da população que será assistida por eles.

Os alunos compreendem a importância de ouvir os pacientes para estabelecer um melhor projeto terapêutico. Além disso, demonstram vontade de fazê-lo, como pode ser percebido a partir da leitura dos seguintes fragmentos:

E, às vezes, ele tá queixando de uma dor, alguma coisa, e é uma simples conversa que ele tá precisando. Aí, a gente conversa e: “ah, não tinha nada”, radiografia, às vezes, e não tem nada. (Estudantes 05)

[...] um atendimento mais humano, de um atendimento melhor, tem que saber ouvir

[...]. (Estudante 03)

[...] Eu acho que a gente perde muito nisso, nessa parte, porque se a gente cria esse vínculo com o paciente, nossa, eu acho que o tratamento foi muito melhor. O paciente confia em você, ele vai mais tranquilo, não falta à consulta. (Estudante 04)

Se os estudantes apresentam essa sensibilidade para escutar e estão convictos de que podem atuar para além do dente ou da boca, por que o perfil encontrado nos serviços de saúde bucal, muitas vezes, é tão distante dessa realidade? O processo de formação clínica, muitas vezes, acaba podando os anseios de ampliar a escuta e a percepção do processo saúde-doença, visto que nele o indispensável é a produtividade em termos de procedimentos dentários aliada à excelência técnica.

Os graduandos deixam claro as dificuldades enfrentadas para escutar os pacientes de forma ampliada e qualificada, no interior das clínicas da Faculdade, visto que estão limitados pelas cobranças feitas pelos docentes e pelas fichas de anamnese utilizadas pelas disciplinas:

Ontem até, eu tive uma experiência que me deixou bem incomodada que foi da anamnese. Na pediatria, eles têm uma anamnese que deve ter uma 20 páginas. É uma coisa absurda porque, lógico, a anamnese é uma coisa muito importante mas, é isso, é você conversar com o paciente, não é você ficar perguntando. Gente, são umas letras, assim, minúsculas [...] aí, tem umas opções sim ou não, sim ou não. [...] E a criança começou a ficar inquieta, a criança querendo subir e a minha dupla lá perguntando coisa, coisa. Ai meu Deus, é muito importante isso mas, esse tipo de abordagem, eu acho que esse tipo de abordagem da anamnese, não dá [...]. Eu acho que a gente pode conversar com o paciente, descobrir, falar sobre os problemas dele, tudo, sem precisar ser essa chatice porque se ficar sempre nesse sim ou não, você também acaba não conversando com o paciente, você ficar sim e não, sim e não, pronto, acabou. Você não precisa absolutamente nada, você não sabe mais o que você tá perguntando, o que você tá lendo, eu fiquei incomodada. (Estudante 02)

O trabalho em saúde é orientado pela junção de conhecimentos técnicos, protocolares, disciplinares. Ele se traduz por um trabalho capturado pelo gerenciamento, pela corporativização, pela protocolização ou pelas racionalidades em que se inscreve¹⁸. No interior das clínicas de odontologia da referida IES, observa-se que os estudantes são capturados pelos protocolos e, conseqüentemente, perdem a oportunidade de experienciar o trabalho em saúde verdadeiramente conformado.

O diálogo profissional-paciente orientado por fichas fechadas, que visam ‘enquadrar’ os sujeitos em determinadas características, torna-se apenas uma tarefa a ser cumprida de forma maquinal e automática, perdendo o sentido pedagógico e cuidador. O encontro terapêutico é empobrecido e reduzido, ao passo que as informações não são ressignificadas e, na maioria dos casos, elas nem emergem no que seria o diálogo clínico:

Ontem, a gente tava fazendo uma triagem lá na paciente daí, tava perguntando aquele monte de coisa, doença cardiovascular, doença nos rins, doença não sei o quê, não, não, não. Aí, eu perguntei: “ah, mas a senhora tem algum tipo de doença, toma remédio pra alguma coisa?”, “ah não, eu não tenho nada não, eu só tomo remédio mas, é só pra diabetes, tal”, “ah, então a senhora tem diabetes?”, “Tenho, tenho”. Nisso que eu fui ver que ela tinha diabetes, foi passando assim, aí a pessoas, às vezes, nem percebem o que eu perguntei. [...] Então, tá bom, eu marquei que sim lá. E, às vezes, também, a pessoa nem escuta, vai no automático. Tem? Não, não, não, não. (Estudante 01)

O outro é reduzido a um caso que tem sua intervenção mediada pela aplicação de tecnologias duras ou leve-duras, protocoladas, das quais o profissional – nesse caso, o estudante, sob orientação docente – aporta o saber e o poder. O ideal seria buscar a vivência da atenção ao ‘outro’ de modo ampliado, centralizado e singular, reduzindo a importância de fatores externos ao encontro como técnica, rotina, protocolo, profissão, instituição ou razão, gerando a compreensão da produção de saúde e não da prestação de assistência¹⁸. O cuidado centrado na pessoa, conceito discutido a nível mundial, representa um dispositivo para o alcance de qualidade e satisfação relacionados à abordagem clínica oferecida¹⁹⁻²¹.

A clínica odontológica precisa avançar em direção ao cuidado e a clínica ampliada, tornando-se pautada pelas tecnologias leve-relacionais, ancoradas na escuta qualificada e produção de diálogos, vínculos e subjetividades pela produção de projetos terapêuticos compartilhados²²⁻²³.

A postura do professor pode contribuir no sentido de desconstruir as habilidades relacionadas à escuta que o estudante possa demonstrar. A preocupação docente, nesse caso, é garantir que seu aprendiz tenha a oportunidade de executar a técnica, com espaço para corrigi-la e aperfeiçoá-la. Nota-se que, no decorrer do curso, as habilidades técnicas vão assumindo cada vez mais importância no processo formativo do futuros cirurgiões-dentistas. Aos poucos, ele assumindo o perfil do especialista, que busca a excelência técnica e que é, assim, considerado um profissional de destaque.

No interior das clínicas da Faculdade, se relacionam três grupos principais de pessoas: o de estudantes, o de docentes e o de pacientes. O objetivo final dos grupos de estudantes e docentes é comum: a formação dos graduandos.

No caso do grupo dos pacientes, o é ter seus problemas bucais solucionados, destoando dos outros dois grupos mencionados. No entanto, eles acabam sendo classificados de modo a responder às necessidades das disciplinas em termos de procedimentos técnicos para o adestramento manual dos alunos. Apesar de terem ciência e aceitarem esse tipo de abordagem, por vezes, os pacientes se mostram insatisfeitos e transferem esse sentimento para os estudantes, uma vez que estabelecem um convívio mais próximo com eles.

Os pacientes das clínicas das faculdades de odontologia se mostram satisfeitos com a abordagem clínica quando eles encontram, no estudante, habilidades técnicas, cognitivas e psicomotoras, de modo articulado à dimensão afetiva que envolve demonstração de implicação, receptividade, preocupação com o outro, etc. Além disso, a satisfação está ligada ao menor tempo de espera por atendimento e à maior resolubilidade^{24,25}. Como já demonstrado, a centralidade da técnica durante o atendimento impede esse tipo de abordagem.

O professor, na maioria das vezes, enxerga o paciente como uma oportunidade de aprendizagem técnica. Muitas vezes, ele é visto como um dente, um espécime a ser experimentado pelo aluno. O estudante, por sua vez, percebe o paciente como ser humano e é sensibilizado, despertado para outras questões que não a demanda por procedimentos técnicos. A origem dos conflitos aparece a partir dessas diferenças de percepção e da insatisfação dos sujeitos das clínicas da escola estudada.

Não se pretende, a partir dessa conclusão, culpabilizar o professor pelo modelo de formação. Ele exerce grande influência nesse processo, porém, sabe-se que ele é fruto de um processo histórico-social que marca a própria origem da odontologia³.

Deseja-se que o professor de odontologia, para que seja considerado adequado, seja um bom técnico-especialista. No entanto, a maioria dos processos seletivos e concursos para docentes de nível superior valoriza experiências relacionadas à pesquisa, em detrimento da formação pedagógica e da vivência no magistério, o que explica a predominância daquele perfil nos cursos de graduação em odontologia. Contrariamente, ensinar não é adestrar e não pode ser reduzido ao desenvolvimento de habilidades técnicas mas, refere-se à um compartilhamento criativo, sensível e afetivo que permite a construção de conhecimentos pelos alunos e por eles próprios^{26,27}.

Assim, a formação dos docentes de odontologia também necessita ser repensada. Os programas de pós-graduação *stricto sensu* devem ser reorientados com vistas à formação de professores críticos e reflexivos, afinados com a técnica odontológica de excelência mas, também com a sociedade, com as políticas públicas, com o cuidado em saúde e, por fim, com a formação pedagógica adequada para o desempenho de duas funções²⁹.

O ensino da odontologia ‘in vitro’

A partir dos dados levantados e discutidos neste estudo, emerge a existência do ensino de uma odontologia despida de realidade, elaborada de acordo com a conveniência e necessidades das disciplinas – necessidades essas baseadas quase que restritamente em procedimentos técnicos – de modo fragmentado, fechado, sem espaço para a entrada das inúmeras variáveis que acompanham o sujeito em sua complexidade psíquica, biológica e social.

Por ser tão cerrada, também não permite o ingresso do novo, do inesperado. A clínica aparece configurada como um espaço de reprodução dos procedimentos laboratoriais nos elementos dentários que trazem com eles um sujeito secundário, caracterizado como o “dono do dente” mas,

quase sempre não mais que isso.

Traduzindo em outras palavras, os manequins utilizados no laboratório, com o objetivo de oportunizar o adestramento manual, são substituídos por modelos com constituições teciduais reais vistos, entretanto, sob a mesma lógica da intervenção laboratorial. O sujeito ocupa um patamar pouco relevante, enquanto seus dentes, com necessidades fragmentadas pelas disciplinas, vistos de modo desvinculado da complexidade da pessoa que os carrega, aparecem em primeiro plano, contrapondo-se à integralidade.

Esse modelo de ensino clínico foi denominado, pelos autores do estudo, de “ensino da odontologia *in vitro*”:

A Odontologia precisa rever suas técnicas e visitar os referenciais teórico-metodológicos da saúde bucal coletiva, no sentido de fomentar uma abordagem ampliada e holística dos problemas de saúde, além de propiciar um cuidado com caráter menos medicalizante. Nesse sentido, o ser humano não pode ser visto de forma isolada; é fundamental diagnosticar a partir de uma análise detalhada do que o indivíduo diz, além de dar a devida importância à sua história e ao seu contexto, muitas vezes de sofrimento, de pobreza, de fome, de morte, dentre outros^{29, p.71}.

Aponta-se, como limitações do estudo, o pequeno número de participantes do grupo focal e a emergência do tema apenas no último encontro, o que inviabilizou maior aprofundamento das categorias ligadas ao “ensino da odontologia *in vitro*”. Recomenda-se a realização de novos estudos para aprofundar essa compreensão e aprimorar o conceito apresentado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esgotamento do modelo de formação clínica em odontologia aparece em destaque na visão dos estudantes que participaram do estudo. Os limites encontrados pelo que se denominou, neste trabalho, de ensino da odontologia *in vitro* vão do ‘tecnicismo odontocentrado’, passando por limitações pedagógicas, chegando ao pouco estímulo para o exercício da reflexão e a insatisfação dos usuários das clínicas.

Tais achados demonstram a urgência de se repensar e reorientar as práticas desenvolvidas na intimidade das clínicas das faculdades de odontologia, rompendo seus disfarces e iniciando um processo de formação mais coerente com a realidade de trabalho e as demandas da sociedade.

É tempo de travessia, de mudança, de abandonar velhos conceitos e práticas em prol da inovação, coerente com a exigência do mundo contemporâneo. Não são exigências restritas ao campo da formação em odontologia ou, até mesmo, das práticas em saúde bucal. São mudanças que devem acompanhar o mundo, o contexto atual, da globalização, da disseminação de informação e conhecimento, das novas práticas em saúde, das condutas pedagógicas coerentes com esse mundo, enfim. Há que se pensar de modo contextualizado para que a formação em odontologia se torne

coerente e adequada às necessidades desse tempo

REFERÊNCIAS

1. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
2. Botazzo C. et al. *Inovação na produção do cuidado em saúde bucal*. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório Técnico. São Paulo; 2015.
3. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.
4. Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Mar; 11(1):179-82.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES Nº 3*, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília; 2002. [citado 3 jan 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>
6. Gadamer GH. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. São Paulo: Vozes editora, 1998. 731p.
7. Habermans J. *Dialética e Hermenêutica*. São Paulo: L&PM; 1987.
8. Minayo MC. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: Minayo MC, Deslandes SF. (orgs). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 83-107.
9. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 Jan/Mar; 11(1):7-17.
10. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.
11. Botazzo C. O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*. 2017; 17(4):2-19.
12. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4337-48.
13. Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.

14. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UFRJ: ABRASCO;2011. p.13-35.
15. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 69-92.
16. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1183-95.
17. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2008 June; 42(3): 464-470.
18. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2009; 13(1): 531-42.
19. Mills I, Frost J, Cooper C, Moles DR, Kay E. Patient-centred care in general dental practice-a systematic review of the literature. *BMC Oral Health*. 2014 Jun; 5(5):2-13.
20. Park SE, Howell TH. Implementation of a patient-centered approach to clinical dental education: a five-year reflection. *J Dent Educ*. 2015 May; 79(5):523-29.
21. Walji MF, Karimbux NY, Spielman AI. Person-Centered Care: Opportunities and Challenges for Academic Dental Institutions and Programs. *J Dent Educ*. 2017 Nov; 81(11):1265-72.
22. Graff VA, Toassi RFC. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Revista da ABENO*. 2017;17(4): 63-72.
23. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saude soc*. 2018 Out; 27(4):1174-85.
24. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):43-9.
25. Pompeu JGF, Carvalho ILM, Pereira JA, Neto RGC, Prado VLG, Silva CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da

Faculdade Novafapi em Teresina (PI). *Odontol Clín Cient.* 2012;11(1):31-36.

26. Masetto MT. *Competência pedagógica do professor universitário.* São Paulo: Summus; 2003.

27. Reis SMAS, Gonçalves LC, Tolentino AB, Machado AC, Gonçalves AP, Ferreira GT. O professor de odontologia da perspectiva de seus discentes. *Revista Encontro de Pesquisa em Educação.* 2013; 1(1)169-86.

28. Carvalho RB, Costa TBC, Gomes MJ, Santos KT, Guerra SMG. Formação docente em odontologia no Brasil: sugestões de mudanças após as diretrizes curriculares nacionais. *Revi Bras de Pesq Saúde.* 2010;12(4):39-44.

29. Bortoli FR, Kovaleski DF, Moretti-Pires RO. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. *Cad. saúde colet.* 2019 Mar; 27(1): 67-72.

Artigo submetido em novembro de 2019

Artigo aprovado em junho de 2021

Artigo publicado em agosto de 2021