

VITÓRIO BONACIN FILHO

**RELACIONAMENTO PROFISSIONAL/PACIENTE,
ESTAGIÁRIO/PACIENTE DE ODONTOLOGIA:
SUBSÍDIOS PARA ESTRUTURA CURRICULAR**

Tese aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação-Currículo no Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, pela Comissão formada pelos professores:

Orientador: Prof. Dr. Alvino Moser
Doutor em Filosofia pela Universidade Católica de Louvain/Bélgica

Prof. Dr. José Joaquim de Oliveira Monte
Professor Titular de Anatomia Humana
Curso Médico da Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Sérgio Roberto Vieira
Professor Titular de Dentística Restauradora
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Curitiba,

Aos meus pais,
Vitório Bonacin
e
Maria Carmen Bonacin
Esperança

À minha esposa,
Sônia Regina Ferreira Bonacin
Compreensão

Aos meus filhos,
Rodrigo Bonacin
Daniele Ferreira Bonacin
Marcele Ferreira Bonacin
Motivação

Todo trabalho envolve diretamente e indiretamente inúmeras pessoas que colaboram das formas mais variadas e possíveis por isso fica aqui o reconhecimento e agradecimento a todas as colaborações indiretas e pela direta e efetiva colaboração a:

- Ao professor Alvino Moser pela oportunidade de refletirmos juntos o seu vasto conhecimento filosófico.
- Às Instituições, Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Federal do Paraná, o motivo deste trabalho e por primarem pelo aperfeiçoamento do docente.
- Aos alunos e profissionais pela motivação e entusiasmo com que colaboraram.
- Aos pacientes o motivo de nossa existência profissional.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
RESUMO	ix
SUMARY	x
1.0 INTRODUÇÃO	1
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	7
1.1.1 PROBLEMA	7
1.1.2 POPULAÇÃO ALVO (OU UNIVERSO)	7
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.2.1 JUSTIFICATIVA DA VALIDADE DO PONTO DE VISTA DO PACIENTE FRENTE AO PROFISSIONAL.....	10
1.3 OBJETIVOS	12
2.0 O PACIENTE E O PROFISSIONAL/ESTAGIÁRIO COMO PESSOA E RELAÇÃO	13
2.1 PERFIL DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA BRASILEIRO ATUAL	13
2.2 BREVE ANÁLISE HISTÓRICA DO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA	17
2.2.1 A CONCEPÇÃO DE CURRÍCULO.....	17
2.3 ANÁLISE HISTÓRICA DA FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA.....	24
2.3.1 PERÍODOS HISTÓRICOS	24
2.3.1.1 Período de Artesanato ou Vocacional e a Legislação Odontológica ...	25
2.3.1.2 Período Acadêmico	29
2.3.1.3 Período Humanístico	31

2.3.2 A ODONTOLOGIA ATUAL	33
2.3.2.1 A Técnica (1960)	34
2.3.2.2 A Catequese (1970)	34
2.3.2.3 A Adaptação (1980)	35
2.3.2.4 Independência (1990).....	36
2.3.2.5 A Tendência da odontologia no Mundo:	
A Universalização (2000).....	38
2.3 O PACIENTE E O PROFISSIONAL ESTAGIÁRIO COMO PESSOA E	
RELAÇÃO	41
2.4 CONCEITUAÇÃO DE PESSOA	41
2.5 PESSOA COMO INTERSUBJETIVIDADE	46
2.6 PESSOA COMO RELAÇÃO	47
2.6.1 PAPEL E STATUS.....	48
2.6.2 EMPATIA, A PESSOA HUMANA COMO CENTRO	50
2.6.2.1 Empatia e a relação sem contato verbal – não verbal	55
2.6.2.2 Empatia e a relação na variação do tempo	56
2.6.3 PODER RESPONSÁVEL E A RELAÇÃO DE AJUDA COM O OUTRO... 57	
3.0 HIPÓTESES	61
4.0 COLETA DE DADOS	62
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	62
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA DE TRABALHO	63
4.2.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	63
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E SELEÇÃO	
DA AMOSTRAGEM	64

4.3.1 ESTUDO PILOTO	64
4.4 TABULAÇÃO DOS DADOS	66
5.0 INTERPRETAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
5.1 PODER RESPONSÁVEL	68
5.2 EMPATIA:	83
5.3 POLISSÊMICOS	97
6.0 CONCLUSÕES	106
6.1 PODER RESPONSÁVEL	106
6.2 A EMPATIA	108
6.3 POLISSÊMICOS (VÁRIAS INTERPRETAÇÕES)	110
6.4 CONCLUSÃO FINAL	111
ANEXOS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

LISTA DE TABELAS

1	TABELA DOS RESULTADOS I - ESTAGIÁRIOS.....	121
2	TABELA DOS RESULTADOS II - PACIENTES	122
3	TABELA DOS RESULTADOS III - PROFISSIONAIS.....	123
4	TABELA DOS RESULTADOS IV - ESTAGIÁRIOS.....	124
5	TABELA DOS RESULTADOS V - PACIENTES	125
6	TABELA DOS RESULTADOS VI - PROFISSIONAIS.....	126

RESUMO

A formação profissional do cirurgião-dentista enfatiza o tecnicismo e não apresenta conteúdos didáticos para a capacitação no relacionamento interpessoal. Este trabalho busca apresentar em que nível de entendimento e informação se processa o relacionamento do estagiário com o paciente; compará-lo com o relacionamento do profissional em exercício há mais de cinco anos, com o intuito de verificar as mudanças do relacionamento interpessoal que ocorreram após um período de tempo no exercício da profissão. Ficaram demonstradas as diferenças existentes nas três populações envolvidas na pesquisa. O universo de entendimento frente a uma mesma ação odontológica varia segundo o entendimento dos pacientes, profissionais e estagiários. Os itens mais significativos são indicados como subsídios para a reforma do currículo de Odontologia, ficando explícita a necessidade de um currículo com conteúdos formadores ou centrados no relacionamento interpessoal. Desta forma, ficará compensada a diferença excessiva da carga horária de disciplinas essencialmente técnicas, em relação à carga horária das disciplinas humanísticas. Trata-se de qualificar o profissional como técnico e como ser de relações empáticas.

SUMMARY

A dentist professional formation gives emphasis to the technician elements, while its contents related to the process of learning, are kept away. This dissertation tries to put up the relationship of an intern-dentist with his patient, to compare it with a five years dentist experience in order to check up the changes during his professional practice. Some differences were found among the responding populations to the research, as the following: one same dentistry action received varied responses; coming from the professional dentists, coming from the patients and coming from the dentists holding practice. Those responses are being indicated significantly as elements for a possible reformulation of their curriculum centred onwards on their interpersonal relationship. In this way the exceeding hours in the technic matters will be exchanged with those fulfilling empathic relationship standards.

1.0 INTRODUÇÃO

O exercício da odontologia é regido pela lei 5081 de 24 de agosto de 1966 (10) e é exigida dos profissionais que nela atuam a formação em nível superior, além de seus direitos e deveres serem regulamentados pela resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 179 de 19 de dezembro de 1991.

Portanto, é difícil fazer qualquer análise da Odontologia se não analisarmos a qualificadora desses profissionais. Qualificadora esta, a Universidade, que fundamenta suas atividades segundo a Lei 5.540/68 (10): “... a Universidade possui três funções básicas: o Ensino; a Pesquisa; e a Extensão...” com isto fica claro serem as mesmas competentes a formar profissionais qualificados ao mercado de trabalho.

Pelo ensino forma-se o profissional, que adquire os conhecimentos e habilidades básicas de sua profissão. Os objetivos do ensino são cognitivos, afetivos e motores.

Há um fato a ser considerado: o profissional é antes de tudo um ser humano. Não é apenas razão; é sobretudo coração ou paixão (**cupiditas** diriam os latinos).

Na realidade, a concepção que a Universidade possui é a essencialista, isto é, considera o homem como **animal racional**, a racionalidade sendo uma característica distintiva.

Há de se considerar a Universidade como bem indiscutível do intelecto humano, que isola-se da realidade, não produz tudo que deveria e custa

muito mais do que produz, evita a autocrítica e não cumpre com o seu papel: preparar pessoas para melhorar o mundo (DEMO, 1941) (18).

Mas o homem é pessoa na medida em que promove o outro, na medida em que é com-o-outro: *“a vida que não é útil para os outros não é digna de ser vivida”*, afirmou Descartes (19).

As riquezas de um país devem ser mensuradas não por seus depósitos naturais mas pela capacidade de seus recursos humanos de transformá-los.

É a capacidade que qualifica o povo tecnicamente e a formação ética e de solidariedade são fatores responsáveis pelo progresso em qualquer ação. Por isso, os órgãos de educação são os provedores desta riqueza.

A dúvida é, no caso da Odontologia, se estes profissionais qualificados chegam ao mercado de trabalho aptos a atender os seus pacientes, no que tange ao relacionamento profissional/paciente, de forma satisfatória.

É notório que a odontologia brasileira é altamente técnica, ao ponto de ser considerada uma das melhores do mundo. Isto ocorre sob o ponto de vista das técnicas e dos materiais empregados pois, até pouco tempo, eram importados todas estas técnicas e materiais, sendo imediatamente inseridos nos conteúdos dos currículos com intuito de aperfeiçoar os mecanismos de formação profissional.

Estas mudanças sempre foram executadas pelos especialistas da própria odontologia, buscando acomodar nas disciplinas as mudanças e aprimoramento de técnicas.

Mas o dilema é que a estrutura organizacional do país é de terceiro mundo. O paciente e o profissional vivem em terceiro mundo. Apenas 20 % da

população é beneficiada por esta odontologia de primeiro mundo (Gonçalves (24). Mesmo porque apenas 20% da população se enquadra dentro dos padrões ideais de subsistência.

O ideal seria termos condições de acomodar as técnicas dentro da realidade do país, porém, mais à frente, iremos notar a dificuldade que há neste procedimento, além dos complicadores que são a cultura e a falta de disposição política para tal.

Com isto, estas mudanças de currículo ao longo do tempo propiciaram uma variação muito grande na carga horária dos currículos, quando comparados entre si, de algumas das 77 faculdades de odontologia existentes no Brasil.

Gonçalves (24) observou algumas distorções no que tange à carga horária total dos curso de odontologia:

Comparando cinco cursos (A, B, C, D, E), observou que a diferença entre a maior carga horária (curso E=4.875 h) e a menor (curso A=3.464 h) foi de 1470 horas.

Esta diferença parece ser bastante significativa, uma vez que aproxima-se da metade da carga horária do curso C (3.405 h) e a quase um terço da carga horária do curso E.

A variação também é acentuada ao analisarmos os currículos de dezenas de faculdades da América Latina, América Central e América do Norte.

As distorções aumentam na distribuição da carga horária nas disciplinas, pois em todos os cursos existem professores pressionando para aumentar as horas de suas disciplinas, (Mann) (34) *"ficando prejudicadas as disciplinas de formação humanística as quais também parecem ter sido eleitas aleatoriamente sem levar em consideração critérios mais adequados"*.

É verdade que não se pode exigir, num curso de odontologia de 3º

grau, uma formação humanística e intelectual completa, pois nem mesmo na área humanística se consegue. Porém, não se deve continuar com o erro conceitual de ensino odontológico, que promove o desenvolvimento da habilidade manual, com marcante desestímulo das faculdades e dos conhecimentos científicos na área humanística e, em particular, a do comportamento humano.

Hoje em dia há um movimento pela **Qualidade Total** (18, 22, 37), inclusive na Universidade, o que exige consideração especial para o elemento humano. As bases técnicas para a Qualidade Total são fornecidas por Deming (17), ao passo que as bases ou fundamentos humanos são inspirados em Maslow (39) (**Psychology of Being**): **Psicologia do Ser**.

Na Qualidade Total o rei é o cliente. E se pede também pela satisfação de todos.

Ora, a formação dos cirurgiões-dentistas no Brasil é eminentemente técnica (como já dissemos, uma das melhores do mundo).

Contudo, faz-se necessário salientarmos aquilo que diz Maslow sobre a Natureza Humana:

... a filosofia da Natureza Humana se baseia em dois pontos:

- 1) O homem tem a natureza superior que é intuitiva;
- 2) A Natureza Humana tem característica profundamente holística. Portanto deve se considerar o homem como um todo atendendo a todas as suas necessidades que são:
 - 1º) Fisiologia - sobrevivência;
 - 2º) Segurança - estabilidade, emprego, família;
 - 3º) Sociais - amizade, companheirismo, associação;
 - 4º) Ego ou estima - autoestima, reputação, independência;
 - 5º) Autorealização - criatividade, desenvolvimento.

O homem, ao colocar em ação estas cinco necessidades, terá a fonte de seu dinamismo. São estas cinco necessidades as bases da motivação do comportamento humano e são fundamentais para o relacionamento.

E nós todos estamos, de uma forma ou de outra, inseridos no processo de relacionamento; porém, não colocamos aos nossos alunos de forma explícita as necessidades dele e de seu paciente.

Na realidade, os docentes que foram formados sem a concepção humanística, ao repassarem os seus conhecimentos aos seus alunos, ensinam-os dentro da visão puramente tecnicista. Sendo os professores os espelhos de seus alunos, acabam involuntariamente mantendo esta situação.

Merjane (1993) (44) em sua pesquisa sobre o Perfil do Professor de Odontologia.... (*) observa que os docentes elegem como características culturais principais de um docente de odontologia:

Ter didática	- 72,3%
Formação intelectual	- 9,09%
Capacidade de expressão	- 6,06%
Formação pedagógica	- 3,03%
Ter cultura geral	- 3,03%
Conhecer outros idiomas	- 3,03%
Ter metodologia Científica	- 3,03%

Uma demonstração clara de estarem condicionados à formação tecnicista ao invés de formadores da personalidade do cirurgião dentista. Tendo o profissional recém formado um ótimo conhecimento técnico, porém, sem saber muito do relacionamento e comportamento humano e sem ter visão sócio-política de seu papel.

A questão do ensino odontológico que se apresenta é: estarão no mercado de trabalho com formação profissional e intelectual no mesmo nível das técnicas que aprenderão? Saberão abordar seus pacientes e conseguirão tratá-los, ou só saberão tratar seus dentes e periodonto?

Estaremos neste trabalho pesquisando exatamente as facetas do re-

lacionamento profissional/paciente, com ênfase no estudante formando de odontologia (estagiário), com a clara intenção de saber se o mesmo, ao concluir o curso de odontologia, tem as condições necessárias para conhecer o seu paciente e como o entende. Se este paciente aceita todo o ritual que as técnicas exigem. Nesta pesquisa ainda estaremos simultaneamente comparando os aos profissionais formados a mais de cinco anos para detectar possíveis mudanças após este tempo de exercício profissional.

Faremos pois, uma pesquisa de campo em que os pontos acima serão verificados. Continuaremos a seguir com a delimitação do problema, justificativa e objetivos do trabalho.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

1.1.1 PROBLEMA

Como é representado o atendimento odontológico pelos pacientes; estagiários de clínica integrada da U.F.Pr. e P.U.C; e cirurgiões dentistas já graduados.

1.1.2 POPULAÇÃO ALVO (OU UNIVERSO)

Os estudantes FORMANDOS de odontologia e os PROFISSIONAIS egressos da faculdade de odontologia com mais cinco (05) anos de formado apresentam graus divergentes frente à ótica dos PACIENTES.

Na formação acadêmica, as técnicas são tantas que, para serem transmitidas de forma adequada ou satisfatória, o tempo curricular, considerado mínimo, sempre torna-se pouco para a efetivação prática do estudante. Primeiro, por considerar o tempo mínimo de formação como o máximo, não há avaliação do aluno em relação ao tempo necessário para se graduar. Segundo, pelo fato do aluno não deixar de enxergar apenas uma boca doente; mesmo tendo a visão de toda a boca, a mesma é vista apenas como doente e, se possível, igual àquela vista através de um projetor de slides ou a ilustração de um livro (7,57).

Ele, **o paciente**, com seus anseios, fobias e necessidades, resguardadas as limitações próprias de cada acadêmico de odontologia, não é preparado e conduzido a aceitar melhor o seu tratamento (5, 40, 41).

Por outro lado, os profissionais, quando em pleno exercício da odontologia, enfrentam os problemas de conhecer seus pacientes de uma forma ampla e profunda e apresentam-se a estes com vários mecanismos de sociabilidade, por depender disto a sua aceitação, e sua própria subsistência diária (1, 26, 28, 56, 60, 63).

A principal deficiência, de não se conhecer o paciente e o mesmo não entender ao profissional, deve-se em grande parte às falhas curriculares ou ao modo de implementá-lo.

A **formação curricular** deve ter 03 dimensões:

- a) **formação pessoal humana;**
- b) **formação técnica profissional;**
- c) **relações humanas**, mormente com o paciente.

A estrutura curricular que pretende atender a 03 tipos de objetivos (cognitivo, afetivo e motor), na prática, esquece a dimensão afetiva. Esta dimensão afetiva subdivide-se em:

- a) empatia;
- b) determinação do poder responsável;
- c) colaboração com o outro.

São estas três dimensões que demonstram não serem suficientemente trabalhadas no currículo. Em geral existe uma tendência dos docentes em se

aterem a passar a técnica. Mas esquecem o paciente enquanto parte integrante do meio, como elemento que sofre as consequências de um país subdesenvolvido, por conseguinte, o próprio cidadão subdesenvolvido em tudo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Reavaliar ao final da graduação se a formação acadêmica orienta satisfatoriamente no que tange ao relacionamento do estudante com o paciente.

1.2.1 JUSTIFICATIVA DA VALIDADE DO PONTO DE VISTA DO PACIENTE FRENTE AO PROFISSIONAL

Segundo Feyerabend (23) é irresponsável, hoje em dia, a atitude de aceitar os ditames dos cientistas e médicos sem nenhuma ulterior análise. É necessário se fazer uma revisão em todas as decisões científicas já baseadas no princípio de incerteza e na incompetência científica em seu conjunto. Ciência não é **dogma**, mas um saber fundamentalmente revisivo.

Assim, pois, todo paciente deve ser supervisor do seu tratamento; é necessário utilizar especialistas, mas não confiar neles por completo, o extremo da confiança é tão nefasto quanto o ceticismo. A própria lei exige que os testemunhos dos especialistas sejam submetidos aos ditames de um jurado. Eruditos amedrontados, cobertos de títulos honoríficos, lotados em cátedras das Universidades, são derrotados por advogados com o talento suficiente para a descoberta da incerteza, da dubiedade e ignorância do homem de ciência.

Enfim, a Ciência não está fora do alcance das luzes naturais da raça humana. Donde se conclui que, também na odontologia, é permitido ouvir os

pacientes que se utilizam dos seus serviços e inspirado neste argumento é que o nosso trabalho leva em confronto os dados corretos, colhidos das posições dos pacientes frente aos profissionais/estudantes, sobre tudo no que tange às suas interrelações de comportamento.

Dentro de nosso propósito não será incluído o exame dos conhecimentos científicos e técnicas (embora pudesse sê-lo feito), mas **o aspecto de relações humanas**, pois, em geral, os profissionais se pautam por um processo constante, árduo e sem fim, por aprimoramento de técnicas, até mesmo considerando irrelevante a relação, no que diz respeito à ciência do comportamento, com o seu propósito final, ou seja, o paciente.

Característica esta, contrapondo aquilo que Ralph W. Tyler (69) define como *"A grande Evolução do Século: o avanço da ciência do comportamento humano no cotidiano"*.

Embora no currículo de Odontologia constem as disciplinas de Sociologia e Psicologia, as mesmas estão compartimentalizadas e distantes do convívio no estágio obrigatório da Clínica Odontológica do último ano de graduação, por serem exclusivamente acadêmicas e com clara solução de continuidade. As ações e interferências são isoladas e desvinculadas do contexto de ensino pelos professores.

1.3 OBJETIVOS

Este trabalho tem a intenção de determinar quais os principais anseios dos pacientes **de odontologia**, relacioná-los com a conduta clínica, tanto do estagiário como também do cirurgião dentista já graduado.

Determinar, através dos resultados obtidos na vivência de um mesmo problema, se existe postura divergente de cada população frente a esta mesma relação.

Comparar os resultados dos pacientes com os estudantes e profissionais e, caso relevante, indicá-los para análise e reflexão na próxima reforma de currículos da Universidade Federal do Paraná, reforma do currículo de odontologia da U.F.Pr. e P.U.C, para o formando melhor se relacionar com o seu futuro paciente e também para a comunidade conhecer melhor o profissional.

2.0 O PACIENTE E O PROFISSIONAL/ESTAGIÁRIO COMO PESSOA E RELAÇÃO

O relacionamento profissional/paciente pode ser encarado tecnicamente e, nesse caso, fazemos uma análise em terceira pessoa, na qual o profissional/paciente são considerados como **eles**, isto é, como objeto, tratados como simples suporte de estrutura para a realização de funções.

A abordagem desta pesquisa procura determinar a carência e, conseqüentemente, a necessidade de uma formação humanística.

Portanto, a dimensão humanística iluminará tanto o modo segundo o qual elaboraremos o instrumento de coleta de dados, quanto o modo pelo qual serão analisadas as informações colhidas.

2.1 PERFIL DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA BRASILEIRO ATUAL

Antes de falarmos propriamente na pessoa e suas relações, devemos apresentar o profissional, e talvez entendê-lo, para saber como ocorre a relação com o seu paciente.

Os dados a seguir foram coletados junto ao Conselho Regional de Odontologia do Paraná * e pesquisa elaborada pelo Conselho Regional de Odon-

tologia de Minas Gerais (16). Sendo os dados obtidos junto a 21.796 profissionais (representando mais de 10% de todos os profissionais no Brasil). Com isto, acreditamos poder generalizar em termos globais como sendo, os dados abaixo, o espelho dos profissionais no Brasil.

NO BRASIL existem 220.488 cirurgiões dentistas inscritos no Conselho Federal de Odontologia, egressos de 77 faculdades (DADOS FORNECIDOS PELO C.F.O. 23/02/1994)*

A grande maioria dos inscritos no Conselho Federal, em torno de 97%, exercem a profissão.

Destes, 47% estão com idade entre 25 e 35 anos; 66% entre 25 e 40 anos; e 81% apresentam idade de até 50, sendo que 97% atendem à clínica geral.

Apesar dos egressos da faculdade serem, em sua maioria, do sexo feminino, a força de trabalho maior ainda é do sexo masculino. No Paraná temos 6.614 profissionais e, destes, 58% são do sexo masculino e 41% do sexo feminino.

Apenas 17% nunca fizeram qualquer curso de atualização e 21% não participaram de congressos, seminários ou simpósios nos últimos 2 anos, dentre estes predominam os do interior, ficando clara a preocupação em buscar novas técnicas e se atualizar.

A forma principal de exercer a profissão ainda é autônoma ou liberal (com 54%), 7% exclusivamente assalariados e os 39% restantes na forma mista: assalariado/liberal.

* Conselho Federal de Odontologia, Relatório estatístico do Estado do Paraná. 1994. Rio de Janeiro- ofício

Ainda quanto à forma do exercício dos profissionais ativos, 97% possuem consultório próprio, confirmando o perfil de autônomo ou liberal.

Quanto à forma de trabalhar, em grupo ou individualmente, 15% dividem o consultório com outro colega, com a finalidade de diminuir as despesas.

O rendimento bruto mensal do consultório, em 88% dos profissionais, é maior que quinhentos dólares (U\$500,00). E para cerca de 44% dos profissionais autônomos a renda líquida ultrapassa U\$500,00. Em contrapartida, 9% dos profissionais autônomos e 43% dos assalariados percebem menos que U\$500,00 mensais. Sendo clara a grande diferença de rendimento entre assalariado e autônomo.

Os profissionais clínicos do interior tendem a ter uma distribuição de renda maior na faixa do U\$400,00 ou seja 50% dos profissionais do interior ganham mais de U\$400,00 contra 26% dos da capital.

O mesmo não ocorre com os especialistas, tendo um ganho maior na capital, em torno de 68% destes, sobre os do interior que ficam em 45%. Também analisando a faixa de U\$400,00, observa-se que 22% dos especialistas da Capital e 42% do interior ganham menos que U\$400,00.

De maneira geral os profissionais da odontologia trabalham mais que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Quanto à jornada de trabalho, temos 43% dos profissionais trabalhando mais de 40 horas semanais; 25% trabalhando 40 horas e 32%, trabalhando 20 horas semanais.

Isto demonstra que apenas 32% dos profissionais tem a jornada de trabalho ideal.

A área de atividade, no dia a dia da odontologia, tem ênfase para a prevenção; 87% dos profissionais fazem a odontologia preventiva.

Quanto à ação delegada, (ou seja, o profissional dividir suas funções com uma técnica dental) ainda é baixa, apenas 4% dos profissionais dividem o seu trabalho, mas 59% trabalham com atendente, ou seja, a 4 mãos.

Um fato importante, objeto de análise desta pesquisa, é o da biossegurança na prática odontológica.

Observa-se que, de uma maneira geral, a forma de controle de higiene e infecção mudou radicalmente (para melhor):

- uso do ebulidor (esterilização por fervura) 0,69%;
- uso de estufa (e outros meios) * 97,5%.

Até o final da década de sessenta, ocorria o inverso, ou seja, utilizava-se preferentemente o ebulidor como instrumento de esterilização.

Os profissionais têm consciência da importância da biossegurança nos consultórios, visto que as técnicas e aparelhos mais seguros são rapidamente incorporados para uso.

Além do papel fundamental da Saúde Pública, em particular no Paraná, exercendo rigoroso controle, com visitas periódicas de equipes de profissionais de toda a área da saúde.

Outra particularidade que também analisaremos nesta pesquisa é a frequência das visitas dos pacientes ao consultório.

Foi observado em Minas Gerais* que 27% dos pacientes visitam seus dentistas a cada seis meses e 54% a cada ano, sugerindo uma clientela sedimentada.

* Separadamente os meios de esterilização são: Estufa e Químico - 57% ; Estufa Autoclave e Químico - 6% ; Autoclave - 0,3% ; Químico -0,2% ;

Com estes perfis podemos melhor conhecer o profissional da odontologia, não só do Paraná e Minas Gerais, mas de todo o Brasil.

Profissionais que trabalham muito, mas não ganham relativamente aquilo que se imagina, porém, é um profissional altamente tecnicista e preocupado com a segurança de seu paciente.

Mas o perfil do odontólogo responde à formação que recebe na Universidade. Ora, essa formação pode ser medida pelo currículo, donde se faz necessário um breve estudo histórico sobre o currículo de odontologia.

2.2 BREVE ANÁLISE HISTÓRICA DO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA

2.2.1 A CONCEPÇÃO DE CURRÍCULO

A revisão bibliográfica da literatura especializada em teoria e modelos curriculares revela que praticamente todos os autores divergem quanto à fonte de informação, não concordando plenamente com uma única fonte de informação, no que tange às questões da construção de currículos.

Não existe uma teoria de currículos definitiva, mas sim paradigmas que sugerem direções alternativas para o seu desenvolvimento. (9, 24, 33, 34, 44, 45, 68, 69).

Frente a esta diversidade de opiniões, é necessário conceituar currículo.

A seguir, apresentamos uma sequência de definições de currículo.

“É tudo aquilo que realmente ocorre no ambiente educacional isto é, baseia-se mais nas ações que nas intenções” – Bramante (9)

Mas Currículo, em sua origem e abrangência, significa percurso, carreira, corrida, ato de correr... E que inclui o ato de correr, o modo ou a forma de fazê-lo (a pista, Hipódromo...) o que ocorre no curso ou percurso efetuado.. até o término da execução do ato. Portanto, há um todo completo que se compreende no ato e tudo o que ocorre durante a sua execução até o seu completar.

Porém, é Dewey (1907)(20), juntamente com seus colaboradores Kilpatrick (1935) e Bobbit (1924 e 1941)(29), que se aproxima do conceito abrangente, e ao mesmo tempo simples, ao apresentar o “currículo por experiência”

... mostrar ao mestre os caminhos abertos a crianças para o verdadeiro, o belo e o bom (John Dewey)

Currículo é uma sucessão de experiências escolares adequadas a produzir de forma satisfatória, a contínua construção da experiência (Kilpatrick)

... um todo vivo, dinâmico, composto de experiências reais. Seu conteúdo é idêntico ao conteúdo das experiências do aluno. É um plano para ajudar a aprender. (Hilda Taba, 1987) (68)

Portanto, ao concluirmos a conceituação de currículo, além do citado acima, devemos sempre propiciar o aprendizado de forma adequada à realidade, útil ao que se propõe, e de formação duradoura, ou seja, ao pretendermos elaborar um currículo devemos questionar: **O que é mais importante conhecer? Por quê e Como?**

Para a elaboração de um modelo de currículo, e respondendo a estas 03 questões que devemos formular, Bramante (9) cita Schubert (1986) ao propor as seguintes respostas:

1- a dos intelectuais, que comungam a idéia de que existem alguns postulados básicos que devem ser aprendidos e perpetuados através dos tempos (os gregos denominavam essa versão de **arete**); 02- a dos comportamentalistas sociais, que foram os precursores a enfatizar a evolução das ciências e ultimamente o papel da tecnologia; e 03- a dos experimentalistas, cuja premissa está na idéia de que não há substituto do mundo real e seus problemas. (Bramante, A. C.)

Porém, a teoria de modelos de currículos iniciou rumo mais claro e objetivo a partir da proposta de Tyler (1949)(69), ao indicar quatro questões básicas a serem respondidas no momento de desenvolver um currículo:

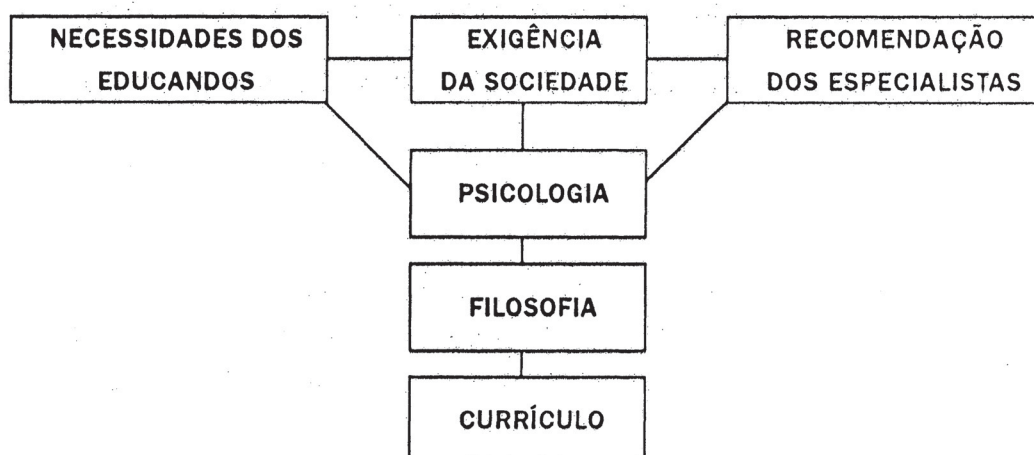
QUAIS OS OBJETIVOS EDUCACIONAIS A SEREM ATINGIDOS ?

QUAIS AS EXPERIÊNCIAS EDUCACIONAIS NECESSÁRIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS ?

COMO SERÃO ORGANIZADAS AS EXPERIÊNCIAS EDUCACIONAIS ?

QUEM AVALIARÁ O PROCESSO ?

Creemos que, na prática, os currículos de odontologia seguem o paradigma técnico linear de Tyler em sua implantação



Há, então, de se considerar as cinco fases na implantação e implementação do currículo:

- a) definição dos objetivos, cujas fontes são os Educandos, a Sociedade, e as Recomendações dos especialistas;
- b) seleção dos conteúdos;
- c) execução do currículo mediante metodologias apropriadas;
- d) avaliação diagnóstico-formalista.

Sem dúvida, a avaliação é um dos instrumentos cruciais que determinam a qualidade da formação.

O currículo será efetivamente valorizado quando atingir plenamente os seus objetivos, não importando as concepções que se tenham do mesmo, seja de cunho essencialista ou existencialista, seja de cunho tradicional ou não, seja de cunho liberal ou socializante.

Ora, a efetividade de um currículo será feita pela avaliação, sobre a qual não podemos deixar de discorrer, aliás, esta pesquisa também é uma forma de avaliação do docente, pois os estudantes são os seus espelhos.

Para avaliar o currículo devemos abordar primeiro: **Qual o objetivo da instituição?**

É claro que o objetivo principal é formar um profissional altamente técnico, primando pela elevação da sofisticação dos procedimentos técnicos; porém, a comunidade, com as suas necessidades e anseios, não é considerada como relevante.

Qual o critério na seleção dos conteúdos?

É executada pelos especialistas, ou melhor, pelo corpo docente, a partir do ponto de vista das lideranças do próprio corpo docente.

A aprendizagem altamente tecnicista conduz o aluno a se preocupar com o aprendizado das técnicas e o desenvolvimento psicomotor específico. Falha por dar a falsa idéia de ser o paciente apenas material didático, sendo este tratado pelo aluno como um manequim, sem a valorização das relações humanas.

O currículo é considerado um ato neutro, não existe comprometimento com as filosofias. Existem disciplinas estruturadas e isoladas. Há solução de continuidade nos conteúdos, técnicas, métodos de avaliação.

Como será executado o currículo e quais as metodologias apropriadas?

O modelo tradicional falha por fazer a aprendizagem apenas com os profissionais da faculdade, sendo os curso de extensão administrados pelas próprias disciplinas.

A carga horária extensa e a falta de políticas apropriadas não possibilitam ao aluno o convívio com os acadêmicos de outros cursos, diferentes da Odontologia.

Encara a prestação de serviços como instrumento de ensino. Os pacientes são, na verdade, material de aprendizagem, sempre com interesse específico para determinado procedimento ou técnica.

Estudos epidemiológicos, análises de custo, avaliações docente/discente, pesquisas como esta, são encarados como dispensáveis. As pesquisas são fundamentalmente biológicas e preferencialmente técnicas, com total desestímulo das pesquisas sociais. Até 1990, apenas 8% das faculdades de medicina no Brasil faziam pesquisas sociais (14).

Como são feitas as avaliações diagnósticas-formalistas ?

As avaliações são baseadas em modelos importados de outros países, com cultura e realidade sócio-econômica diferentes da nossa realidade.

Com isto, encontramos sempre um dilema ao reformularmos o currículo, pois não tendo os técnicos de odontologia uma visão humanística, a reforma se restringe à experiência destes professores ao ocuparem os cargos de coordenadores de curso ou chefes de departamento, quando se lançam em trocas de experiências e visitas a outras escolas.

A busca de alternativas já prontas é muito válida e até oportuna, porém o processo de escolha e de adaptação à realidade específica ocorre muitas vezes de uma forma compartimentalizada, isolada, sem considerar o curso como um todo (integrado).

Mas, façamos um exercício de avaliação segundo o modelo inovado.

Quais os objetivos da instituição?

Os objetivos da instituição são basicamente os mesmos, ou seja, formar profissionais com qualidade técnica, porém a determinância exclusivamente tecnicista é substituída pela visão humanística. As necessidades e anseios da comunidade devem ser a primeira recomendação dos especialistas.

Qual o critério na seleção dos conteúdos?

O ensino se faz de maneira integrada, de tal forma que os avanços da ciência sejam aplicados na maioria da população. Os principais problemas da população tornam-se prioritários até serem resolvidos.

O currículo é dinâmico, não tem disciplinas ou matérias perpétuas.

São ministrados todos os conteúdos mínimos necessários para a formação ideal do profissional para a realidade daquele momento.

Como será executado o currículo e quais as metodologias adequadas?

O currículo será executado através de integração multidisciplinar e interdisciplinar com visão humanística. O estudante tratará o seu paciente como ser humano, com fobias, medos e anseios, e não como um manequim ou um material didático.

A formação será feita pela instituição, integrando outros cursos afins por meio dos programas de extensão.

Terá o profissional visão técnica e humanística, sendo a sua formação multiprofissional, com conhecimentos universais. Estará apto a detectar no paciente indícios de outros distúrbios e doenças, que não sejam exclusivamente odontológicos, e encaminhar aos profissionais ou especialistas específicos.

A prestação de serviços, na verdade, não buscará apenas a sustentação econômica da escola, mas produzirá modelos de ações aplicáveis na comunidade. Será o laboratório dos projetos para resolução dos problemas crônicos existentes na comunidade.

Como será feita a avaliação diagnóstico-formalista?

As avaliações serão feitas a partir da análise de todo o corpo docente e discente, buscando o equilíbrio entre o currículo proclamado e o vivido.

Deve-se considerar as necessidades da comunidade, o desenvolvimento tecnológico, a capacidade organizacional da escola, ou seja: necessidades da comunidade entendidas como aquilo de que a população necessita.

Contudo, persiste ainda a velha questão da dicotomia entre a teoria e a prática. Mas o fato é que o currículo não é um ato neutro, tem que tomar

partido. Tem que se comprometer, filiar-se a uma linha comunitária.

Por isso, nossa pesquisa auxiliará para melhor reajustar e reformular o currículo, pois é uma consulta à comunidade, que está em condições de contribuir com suas sugestões.

A seguir, pela análise histórica, ver-se-á melhor como o currículo de Odontologia foi se concretizando e estruturando.

2.3 ANÁLISE HISTÓRICA DA FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA

A História da Odontologia no Brasil já constitui uma coleta de dados para a avaliação do currículo, pois trata da evolução do mesmo, da maneira que descreve Salles Cunha (1952) (64). Portanto, apresentaremos a evolução da Odontologia transcrevendo partes de seu trabalho baseado nos períodos apresentados por Chaves (1977) (12, 15, 13) e, posteriormente, analisaremos a história recente, a partir da década de sessenta.

Ao analisar retrospectivamente e prospectivamente o ensino odontológico, Chaves classifica três períodos para sua evolução.

2.3.1 PERÍODOS HISTÓRICOS

- a) período de artesanato ou vocacional – caracterizado pelo ensino empírico, pré-acadêmico da odontologia como arte e ofício;

- b) período acadêmico – representado pelo ensino de nível universitário, em Faculdades independentes, de alto grau técnico, embora introvertidas e auto suficientes;
- c) período humanístico – em que o ensino esta orientado para a coletividade, valorizando o homem em todos os seus aspectos.

2.3.1.1 Período de artesanato ou vocacional e a legislação odontológica

Salientamos que a legislação referente à Odontologia teve seu inicio no periodo de artesanato como atesta a **“Carta de Officio de Cirurgião mor destes Reinos”**:

Dom Affonso, por graça de Deos, Rei de Portugal e dos Algarves, Senhor de Ceuta. A quantos esta Carta virem fazemos saber que ante nos forão em Reinos, quantas pessoas assim Christãos como Indios e Mouros se lançãvo a uzar das Artes da Fisica e Cirurgia, não sendo alguns deles pessoas para isto pertencentes, como se disse seguia perda e danno a seos naturacs, e querendo sobre isto prover por Serviço de Deos seu bem e proveito de sua terra, ordenarão e mandarão que pessoa alguma em estes Reinos não podessem usar das ditas ciências sob certa pena, sem primeiro para isto haverem sua autoridade e serem examinados por aquelles Fisicos ou Cirurgiões que seu poder tivessem de os examinar. E por quanto nossa mercê ha de ser a dita ordennação e mandato confiando nos da bondade e descrição de Mestre Gill, nosso Criado e Cirurgião por quanto estendiamos que tal que o fará bem, como cumpre ao nosso Serviço e proveito dos Nossos Povos temos por bem o fazermos nosso Cirurgião mor de nossos Reinos e Senhorios ao qual damos poder e autoridade que possa examinar e dar Cartas a aquelles que achar aptos e pertencentes para a dita Arte de Cirurgia, possa dar Cartas em nosso nome assinadas por elle que livremente possam uzar da dita Arte e por esta Carta mandamos ao nosso Chancellor mor e doutro quem quer que Seu lugar tiver que as Selle sem outra emmenda a quem quer que a dita Arte uzar sem nossa Carta assignada e Sellada por nosso Cirurgião mor. Mandam mais que cada vez que della uzar ou lhe for provado, seja prezo, e da cadea pague o dito Reo dous marcos de prata, hum para o dito Cirurgião mor e outro para quem o acuzar. E por isso mandamos a todos os Corregedores, Alcaldes, Meirinhos, Juizes, Justiças dos nossos reinos e a outros quaesquer Officiaes e Pessoas a que isso pertença que prendão a quaesquer pessoas que da dita Arte uzarem sem a nossa Carta. Cada vez que por o dito Mestre Gill Nosso Cirurgião mor, e os não soltem sem mandato. Outrossim damos licença e lugar ao dito nosso Cirurgião mor que possa trazer trez homens com suas armas quantas e quais lhes aprouver de noite e de dia por onde elle quiser para servirem o Officio e prenderem os que uzarem sem nossa Carta de licença e manda maz, a todas as nossas Justiças que lhas não Contas tomem nem consintão contar nem tomar e outra alguma pessoa sem, embargo de nossa ordenação e defeza sobre isto posta. Outro sim damos poder ao nosso Cirurgião mor que possa constringer quaesquer pessoas que a dita Arte de Cirurgia uzarem, que lhe venha mostrar não quiserem, mandamos que sejam prezos e paguem a pena sobredita e al não façais a esta Carta lhe não guardeis se sellada não for. Dada em Lisboa a vinte e cinco de outubro. Anno do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Christo de mil quatrocentos e quarenta e oito. O qual Mestre Gill jurou em nossa Chancelaria aos Santos Evangellos que bem e verdadeiramente e como deve observar do dito officio e guarde em elle nosso Serviço e proveito de nosso Povo” Real Arquivo da Torre do Tombo. (SALLES CUNHA, 1952)

Na íntegra destes termos, o Universo conheceu as primeiras leis regimentais relativas ao exercício das ciências médicas e de seus múltiplos ramos. O rigor de suas leis permaneciam, demonstrava a **"Carta Regia"**, de 09 de novembro de 1629, referente ao exercício profissional no Brasil-Colônia:

Por intendido que há annos que os Cirurgiões-mores não visitam esse Reino, sendo necessário que seja visitado, pelos inconvenientes que resultam, das curas que fazem sem serem examinados as pessoas que exercitam nella os officios de Cirurgiões ou Barbeiros. (SALLES CUNHA, 1952).

Dois anos depois, a 12 de dezembro de 1631, Pedro Sanches Farinha elabora o **"Officio de Cirurgião-mor"**. Este Regimento, na simplicidade de sua linguagem, também mencionava a ortopedia e a obstetrícia. Salientamos, ainda, que iria vigorar aproximadamente dois séculos em nossa legislação. Assim se expressava este documento de grande importância para a Odontologia brasileira:

E o dito meu Cirurgião-mor com dois Barbeiros, que escolhera, examinara os Sangradores, depois de serem ensinados por seus Mestres, e provarem que depois disso sangraram e fizeram os mais officios de Barbeiro diante de seus Mestres, ou em algum logar, ou Hospital por tempo de dous annos. E assim examinara as Parteiras, sendo presente duas, quaes lhe parecer, e da mesma maneira as pessoas que concertam braços e que tiram dentes, e os mais que pertencem a seu officio e do tal examinado, ou seja approvedo, ou não, levará seiscentos réis e aos taes examinados passara o Cirurgião-mor suas Cartas, sem irem a Chancelaria e levará por taes licenças três cruzados. (SALLES CUNHA, 1952).

A legislação da Coroa referente ao exercício da medicina e de seus múltiplos ramos continuava na vanguarda universal no decorrer de todo o século XVII e somente em 1699, segundo Lemerie, a França criaria uma subdivisão dos cirurgiões, os Experts, correspondentes aos Sangradores ou aos Tira-Dentes da legislação portuguesa, que exerciam a nossa ciência e arte.

Iniciando sua carreira profissional como brilhante cirurgião, devotando-se em seguida integralmente à Odontologia, onde adquiriu incomparável prestígio, Pierre Fauchard coloca a França como pioneira dos conhecimentos científicos odontológicos universais. Publicou notável obra em dois volumes **"Le Chirurgien Dentiste ou Traité Des Dents"**. Enfeixou, em suas

páginas, os conhecimentos científicos da época, de forma primorosa, incluindo observações diversas de casos típicos de infecções focais. Verberou o des-caso dos cirurgiões mais célebres por esta parte da medicina. Propugnou pela regulamentação na França do exercício de nossa ciência e arte, por profissionais mais preparados e devidamente examinados por cirurgiões especializados, chamando a atenção de seu Governo para tal fato. Estava, assim, constituída a Odontologia, como uma profissão autônoma, de grande futuro e de enorme valia para o desenvolvimento geral das ciências médicas. "O Pai da Odontologia" inseriu na literatura médica universal, em 1728, o termo Cirurgião Dentista.

Mesmo sendo ultrapassada pela França, a Coroa não perderia seu rigor e o zelo referente ao exercício profissional em seu Reino. Em 9 de maio de 1743 faria nova manifestação, através do "**Regimento de Gomes Freire de Andrade**", Governador da Capitania das Minas. Por este Regimento permaneceria inalterada a parte relativa aos exames, mas seria modificada a taxa dos examinados. Pagava-se 8/8 de ouro. Convertida em moeda da época, corresponderia a 12,00 réis. Era a maior taxa de todos os Reinos Portugueses.

No contexto histórico e político, a figura de Joaquim José da Silva Xavier (Tiradentes) é notória.

Frei Raimundo de Pennaforte destaca-lhe o senso artístico de protesista e a habilidade de cirurgião dessa forma:

Este homem foi um daqueles indivíduos da espécie humana que põe em espanto a mesma natureza. Entusiasta com afeição de um Ranque, empreendedor com o fogo de um D. Quixote, habilidoso, afoito e destemido, sem prudência as vezes e, outras, temeroso ao ruído da decaída de uma folha, mas o seu coração bem formado, como se deixara ver no decurso desta narração. Tirava com efeito dentes com a mais sutil ligeireza e ornava a boca de novos dentes, feitos por ele mesmo, que pareciam naturais". (SALLES CUNHA, 1952).

Em 22 de maio de 1789, prestando seu primeiro depoimento, dos onze a que fora submetido em seu martírio, refere-se à profissão que abraçara desta maneira: *“Conhecia muita gente pela prenda de por e tirar dentes”*.

Onze anos após este depoimento de Tiradentes, a coroa portuguesa resolveu dar leis mais perfeitas à Real Junta de Proto-Medicato. E assim, em edital de 23 de maio de 1800, o “Príncipe Regente Nosso Senhor” mandou executar o **“Plano de Exames”** para quem pretendesse exercer a arte dental nas terras e colônias lusas, e, portanto, dentre elas, o Brasil.

O Plano de Exames assim se expressava:

Aquelas pessoas (reza o dito Plano), que sem ter feito estudos regulares em Cirurgia, quizeram exercer singularmente alguma das operações da Arte obstetricia, da Lythotomia, ou da Cataracta, serão igualmente (havia anteriormente disposto sobre os exames de cirurgia, etc.) examinados com o maior escriptulo (em hum só dia, sem ponto determinado, e tempo interposto) sobre aquele ramo da Cirurgia a que se propuzeram, inquirindo-se não só sobre a Anatomia parcial e sobre os diferentes methodos de operar, e razoes de preferêcia, como também sobre o methodo therapeutico de prevenir ou curar os diversos symptomas, que algumas vezes costumão sobrevir: da mesma forma (proporção guardada) se procedera com os Cirurgiões Herniarios, Dentistas, (os griphos são nossos) e Sangradores, precedendo Portaria da Real Junta, que não a expedira, sem ser requerida com Certidões de Mestres, ou Cartas de approvaçao de Cirurgia. E devendo ser feitos os exames maiores unicamente nos Hospitaes, que mais commodos forem aos Examinadores, os dos Dentistas e Sangradores se farao na occasiao de visitas ou quando ao Commissario se apresentar Portaria da Real Junta”. (SALLES CUNHA, 1952).

Somente depois desse complicadíssimo mecanismo burocrático é que estaria legalizado o dentista, apto, portanto, a desempenhar a profissão.

Foi no plano de exames supra citado, que, pela primeira vez encontramos escrito o vocábulo dentista, não tendo notícia de sua grafia anteriormente.

Salientamos que no Brasil Imperial, em 28 de setembro de 1851, o decreto nº 828 mandava executar o **“Regulamento da Junta”** e que o artigo 28 do referido decreto estava assim redigido:

Os médicos, Cirurgiões, Boticários, Dentistas e Parteiras apresentarão os seus diplomas na corte e Províncias, as Comissões e aos Provedores de Saúde Publica. Em hum livro destinado para a matricula se inscrevera o nome do individuo, a que pertence o diploma; a profissão a que se refere e a Corporação que o conferido; o que feito o Presidente da Junta Central ou da Comissão ou o Provedor de Saúde Publica lançará nas costas do diploma o - visto - e assinarão. Os formados em Universidades ou

Escolas estrangeiras, cujos diplomas não tenham sido legalizados pela Faculdade de Medicina do Império, ou não estiverem compreendidos nos dous antecedentes Artigos, não serão inscriptos nos livros da matrícula". (SALLES CUNHA, 1952).

Percebe-se no decreto supra citado o acentuado rigor da fiscalização sobre a classe. A criação da primeira Faculdade de Odontologia, ainda no Brasil Império, em 1884, deu início ao período acadêmico.

2.3.1.2 Período acadêmico

Verificamos, em uma retrospectiva histórica, que o período acadêmico de ensino odontológico teve seu início com a criação da primeira faculdade de Odontologia nos Estados Unidos, a Dental School of Baltimore, em 1840, seguindo-se a Inglaterra em 1859, França em 1880 e a Alemanha em 1884.

No Brasil, graças à atuação do Visconde de Sabóia, coadjuvado por Thomaz Gomes dos Santos Filho, resolveu o governo imperial, pelo decreto 9311, de 25 de outubro de 1884, instituir oficialmente o curso de Odontologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e na da Bahia. O curso ficou assim constituído:

art. 8º - O curso de Odontologia constara das seguintes matérias:

- 1º. Física elementar
- 2º. Química mineral elementar
- 3º. Anatomia descritiva e topográfica da cabeça
- 4º. Histologia dentária
- 5º. Fisiologia dentária
- 6º. Patologia dentária e higiene da boca
- 7º. Terapêutica dentária
- 8º. Cirurgia e prótese dentária
- 9º. Das matérias deste curso haverá três séries de exames:

1ª Série:

- Física
- Química mineral

- Anatomia descritiva e topográfica da cabeça
- 2ª Série

- Química mineral
- Fisiologia dentária
- Patologia dentária e higiene da boca

3ª Série

- Terapêutica dentária
- Cirurgia e prótese dentária

Apresentava-se, assim, um curso para formação de dentistas, porém nesta época não se colava grau e outras formalidades.

Nove anos depois ocorreu a 1ª reforma do ensino odontológico, através do decreto 1482, sancionado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores a 24 de julho de 1893:

Art. 32 - O curso de Odontologia compreende as seguintes matérias:

1. Anatomia Descritiva e médico-cirúrgica da cabeça a cargo do substituto da 3. secção
2. Histologia da boca e seus anexos, a cargo do substituto da 4. secção ,
4. Higiene Dentária a cargo do substituto da 5. secção
5. Patologia Dentária
6. Terapêutica Dentária
7. Clínica Odontológica
8. Prótese dentária

Art. 33 - Os cursos a que se refere o artigo anterior efetuar-se-ão:

- #1. O de anatomia no primeiro mês do ano letivo, em preleções que terão lugar em dias alternados acompanhados de demonstrações e exercícios práticos nos dias que não forem de preleção.
- #2. O de histologia

Art. 35 - As matérias do curso de Odontologia serão divididas em duas séries de exames a saber:

1ª série

- Anatomia descritiva e médico-cirúrgica da cabeça
- Histologia da boca e anexos
- Higiene dentária

2ª série

- Patologia dentária
- Terapêutica dentária
- Prótese dentária
- Clínica dentária

Nessa reforma tornou-se optativa a escolha de idiomas estrangeiros e foram transferidas as matérias de física e química do curso de graduação para o preparatório. Mas ainda não se inseriu nenhuma disciplina para melhorar as habilidades no relacionamento interpessoal.

A autonomia e a transformação destes cursos em faculdades de odontologia data de 1919, quando a duração do curso passou para 4 anos, sendo que em 1925, através da reforma João Luiz Alves, foi reduzida para 3 anos. A autonomia propriamente dita só foi conseguida em 1933, como consequência das idéias lançadas pelo professor Chapot Prevost em 1928, por ocasião da fundação do Instituto Brasileiro de Estomatologia, segundo BRITO (1940) (11)..

Em 1962, o Conselho Federal de Educação fixou a duração do Curso de Odontologia em 4 anos e o elenco de matérias, distribuídas em dois ciclos: um básico, integrado de matérias relacionadas com as ciências biológicas, morfológicas e patológicas; outro profissional, visando capacitar o aluno ao exercício de atividades junto ao paciente; sendo sua primeira fase preclínica – ministrava os conhecimentos indispensáveis ao início dessas atividades – e em segunda fase desenvolvia as atividades clínicas propriamente.

2.3.1.3 Período Humanístico

No começo da década de setenta abriu-se a oportunidade de flexibilizar mais o currículo com a criação de um currículo mínimo de 3 anos e um máximo de 5 anos letivos (conforme parecer 840/70 do Conselho Federal de Educação).

Com esta flexibilidade pôde-se fazer um currículo mais voltado para a comunidade, culminando na elaboração do parecer 5.540. (10)

O PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, na forma que dispõe o artigo 26 da Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968 e, tendo em vista as conclusões do parecer n. 370/82, homologado pelo Senhor Ministro da Educação e Cultura RESOLVE:

ART. 1º - O currículo mínimo do curso de graduação em Odontologia compete às seguintes matérias:

a) Matérias básicas:

- Ciências Morfológicas
- Ciências Fisiológicas
- Ciências Patológicas
- Ciências Sociais

b) Matérias Profissionalizantes:

- Clínica Odontológica
- Clínica Odontopediátrica
- Odontologia Social
- Clínica Integrada

ART. 2º - Nas Ciências Morfológicas serão ministrados conhecimentos da genética, evolução, histologia e embriologia, e anatomia.

ART. 3º - Nas Ciências Fisiológicas serão ministrados conhecimentos de bioquímica, fisiologia e farmacologia.

ART. 4º - Nas Ciências Patológicas serão ministrados conhecimentos de patologia geral, microbiologia e imunologia.

ART. 5º - Nas Ciências Sociais, estudar-se-ão fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia.

ART. 6º - Na Propedeutica Clínica serão estudadas patologia bucal, semiologia e radiologia.

ART. 7º - Na Clínica Odontológica estudar-se-ão materiais dentários, dentística, endodontia, cirurgia, traumatologia e prótese, objetivamente o tratamento e a restauração de dentes e dos tecidos vizinhos.

ART. 8º - Na Clínica Odontopediátrica estudar-se-ão os aspectos particulares da patologia e da clinica da infância, bem como medidas preventivas ortodônticas.

ART. 9º - Na Odontologia Social estudar-se-ão os aspectos preventivos sociais, deontológicos legais e os de orientação profissional.

ART. 10. - Serão ministrados conhecimentos fundamentais de escultura dental e de oclusão.

ART. 11. - No ciclo profissionalizante deverão ser ministrados conhecimentos de: planejamento e administração de serviços de saúde, metodologia científica, pessoal auxiliar, bem como técnicas e equipamentos odontológicos simplificados.

ART. 12. - O ensino e treinamento, em termos de necessidades globais dos pacientes, serão realizados em clínica integrada com a duração mínima de um semestre letivo, sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino das diversas matérias profissionalizantes.

ART. 13. - A prevenção constitui-se da orientação do ensino focado nas diferentes disciplinas ou atividades.

ART. 14. - O ensino deverá ser estruturado de tal forma que os programas instituíam atividades do aluno junto ao paciente o mais precocemente gradativamente as atividades de extensão.

ART. 15. - As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado preferencialmente em Sistemas Públicas de saúde.

ART. 16. - O curso de Odontologia terá a duração mínima de 3.600 horas, integralizadas no mínimo de 08 e máximo de 18 semestres letivos.

ART. 17. - As disciplinas Estudo dos Problemas Brasileiros e Educação Física deverão integrar, obrigatoriamente currículos plenos, obedecendo as normas legais vigentes não computada a carga horária das mesmas na duração mínima prevista nesta Resolução.

Com este parecer, pelo menos formalmente, entramos no período humanista com um currículo que prima pelas matérias sociais (Art.5º) e com extensão universitária (Art.14 e 15). Como o currículo sempre foi tecnicista e com organização finalista, fica difícil fomentar o profissional a ter uma visão humanista.

Porém, considerando a Odontologia do ponto de vista mais atual, ficam claras as mudanças havidas da década de sessenta pra cá. Uma Odontologia moderna, a sua implantação, a sua adaptação e a sua independência dos modelos e paradigmas prontos, encaminhando o preparo para a Odontologia Universal, como veremos a seguir.

2.3.2 A ODONTOLOGIA ATUAL, SEGUNDO O AUTOR

A Odontologia mais técnica e moderna entre a década de 60 e a de 70, que, segundo o ponto de vista de Chaves, é o período de transição do período Acadêmico para o Humanístico, tem-se o início da Odontologia como TÉCNICA e suplantando a própria técnica.

2.3.2.1 A Técnica (1960)

A mudança do perfil de um país agrícola que importava produtos manufaturados para país industrial ocorreu de fato anos 60, com o capital estrangeiro aportando no Brasil através das multinacionais. O governo brasileiro e os estrangeiros, numa necessidade estratégica de marcarem os limites de dominação político-filosófica, definidos em blocos social-comunista e capitalista, facilitaram a transferência de técnicas para as indústrias se instalarem em solo brasileiro. A política empresarial era de seguir as matrizes, seguir os seus manuais e regulamentos, principalmente da Alemanha e E.U.A. Com a normatização das regras empresariais dentro das empresas, houve a incorporação na maneira de pensar e em suas necessidades, facilitando a rápida assimilação de técnicas, inclusive na área da odontologia. Isto facilitou e fomentou as condições para que o Brasil se tornasse mais competitivo no mercado externo, aumentando o seu PIB e gerando expectativas de melhoria na qualidade de vida.

2.3.2.2 A Catequese (1970)

O rápido Crescimento econômico brasileiro indiscutivelmente deveu-se ao maciço investimento das multinacionais americanas e européias, produzindo nos jovens profissionais nativos uma necessidade de se especializarem para preencher este mercado novo e rentável, principalmente os profissionais ligados às Universidades brasileiras que fizeram pós-graduação nos países de

origem das multinacionais, pelo próprio interesse e dos acordos de mútua cooperação existente, além das facilidades políticas de transferência de tecnologia. Não havia dificuldade alguma para termos o mesmo preparo das faculdades do exterior. E ocorreu tão rapidamente a transferência do conhecimento, que não houve o tempo suficiente para adaptarmos o conhecimento lá adquirido para a nossa realidade.

2.3.2.3 A Adaptação (1980)

Com a diminuição dos investimentos por parte dos países do norte, a partir da década de 80, por vários motivos que vão desde a instabilidade econômica brasileira até a busca simples de novos mercados, foi diminuído bruscamente o incentivo de se fazer pós-graduação no exterior, limitando-se a pesquisas avançadas (pós-doutorado). As empresas multinacionais continuaram a encaminhar seus funcionários, também em proporção menor, uma vez que já temos condições tecnológicas mais privilegiadas. A Odontologia brasileira acompanha a onda de buscar novas alternativas, importando conhecimentos de outros, trocando experiências, abrindo-se mais aos países então socialistas, como Cuba, uma vez que, politicamente, não representam perigo, e a própria sobrevivência destes países, por um período considerável, foi adaptada às suas realidades, coisa que o Brasil insistiu em ignorar pelas facilidades acima citadas.

2.3.2.4 Independência (1990)

Na década de 90, saturaram-se as imitações simples e puras e buscam-se novas soluções, porém sem muito investimento, apenas com a realidade de um país que de novo não se envergonha de ser sub-desenvolvido. A influência dos enlatados, tanto dos países ditos capitalistas como dos socialistas, não impressiona com o mesmo impacto e euforia. O milagre brasileiro é esquecido e assume-se, de novo, a concepção do aqui e da nossa realidade, porém com grandes avanços em vários setores, tais como tecnologia de ponta e pesquisas de campo, estamos nos libertando dos grilhões que nós mesmos colocamos, apesar das mudanças sociais e políticas, agravados pela grande miséria que assola o país. Estamos nos descobrindo e buscando soluções simples e exequíveis.

A Constituinte abriu a oportunidade da SAÚDE ser posse absoluta do Estado, regionalizando, descentralizando as ações ao nível dos municípios. Neste ato, a odontologia beneficia-se pela contratação maciça de profissionais recém formados e mais acesso da população em mais ações.

Existe uma compartimentalização de níveis de atendimento com envolvimento das prefeituras, Estado, Faculdades de Odontologia. Gasta-se muito dinheiro com a implantação rápida, ficando à beira do processo as instituições de ensino tradicionalmente apropriadas para a formação para este novo modelo de serviço odontológico, e além de muitas vezes sem critério claro e convincente (político eleitoreiro). Porém, não temos modelos próprios, procuram-se criar novos modelos e ao refletirmos, sempre indagamos se teremos o fôlego necessário para criarmos novos modelos.

Estas respostas são praticamente impossíveis de serem respondidas em 1994.

Pouco mudou com respeito à abordagem e qualificação do profissional frente ao paciente, pois tecnicamente a Odontologia Brasileira sem dúvida alguma é de primeiro mundo e, diga-se mais, somos tão bons quanto os E.U.A. e melhores em muitos aspectos. Mas na ótica da realidade brasileira, estamos longe de sairmos dos 20% de atendimento de toda a população.

Precisamos deixar de inovar o discurso e apresentar modismos de currículos feitos a quatro paredes por pessoas que não tem a vivência suficiente e a competência, mas fazem o jogo de confiança de quem detém a posse da caneta. Temos ainda aqueles mesmos técnicos, que por muito tempo insistiram em rotular currículos prontos. As soluções devem ser simples e de baixo custo, a participação deve ser de todos os segmentos representativos, senão continuaremos a mudar de direção sem ter o rumo certo.

No que nos compete, faremos um estudo para detectarmos se os estudantes graduados e os profissionais egressos da faculdade de Odontologia da Universidade do Paraná estão conhecendo os seus pacientes e tratando-os dentro de suas necessidades e aspirações, suas fobias, e com isto saber aquilo a que precisa se dedicar para ter um paciente consciente, cooperador e satisfeito com relação paciente/profissional, isto independente do cirurgião dentista ser profissional liberal ou empregado da rede pública.

2.3.2.5 A Tendência da Odontologia no Mundo: Universalização (2000)

O ensino é universal, não assume nacionalidade cultural. A cárie americana é igual a cárie africana ou européia. O fundamental é dar espaço necessário para que as adaptações sejam feitas conforme as necessidades dos envolvidos no processo; da comunidade, dos especialistas e dos alunos.

A tendência é serem assimiladas as divergências conceituais-culturais do mundo e termos de assumir o papel da mudança com o risco de ficarmos à margem dele. Temos de nos dirigir para onde o mundo caminha sem sermos o mundo, a nossa identidade é imutável.

O Ocidente vive o processo de INOVAÇÃO centrado no CAPITAL e na TECNOLOGIA, o Oriente, por sua vez, vive o processo do DESENVOLVIMENTO e como tal centra-se na pessoa. As suas divergências de posturas basicamente é que o Ocidente acredita na criatividade, no individualismo, na especialização, na confidencialidade de dados, na diferença entre a **linha** e o **staff**.

O oriental, em particular o japonês, sustenta a ADAPTABILIDADE GENERALISTA, o livre acesso de informações, na organização integrada. Procura compensar a falta de recursos naturais com adaptações rápidas às oportunidades de mercado, modifica o mundo com objetividade.

A tendência é uma posição sócio-humanística. O COMUNISMO E O CAPITALISMO estão destinados a desaparecerem, tudo caminha para que isto ocorra. O capitalismo sem o social e sem a contribuição para com a sociedade estão em extinção. O sistema oriental, em particular o japonês, iguala o trabalho de grupo certamente válido e construtivo, cujo limite do sucesso será indefinido. O seu ponto de reflexão será igual ao do máximo que o coletivo conse-

guir. E todos sabem que existem poucos coletivos, porém bilhões de indivíduos.

A rotulação de métodos deve ser substituída por ações mais simples e dentro de novos interesses. A busca da qualidade centrada no bem estar do homem.

Esta proposta de análise crítica do currículo de odontologia, além de situar os problemas existentes, tais como a relação profissional/paciente, propõe ser indicativo de mudança para esta tendência futura, ou seja, cursos de odontologia universal particularizados às necessidades sócio-econômicas regionais, com certeza o quarto período dos três apresentados anteriormente por

CHAVES: PERIODO UNIVERSAL.

O Cirurgião-dentista do Brasil terá a oportunidade de trabalhar em qualquer local do mundo não só no Mercosul, para isto deverá estar adaptável, assim como apto para os problemas de seu país, estado ou cidade. E seremos bons na proporção em que pudermos aceitar as mudanças, preparando currículos realistas, úteis e exequíveis.

As mudanças sempre ocorreram e sempre ocorrerão, apesar de poucos aceitarem-nas, como diz o ditado popular "*Se você deseja fazer inimigos, tente mudar alguma coisa*". Mas as soluções indicam para isto: a Universalização com a integração das ciências propiciará o bem estar do homem. O retorno às ações simples possibilita resgatar as reais necessidades, dentro da realidade de cada Universidade, e neste caso particular a formação acadêmica do cirurgião-dentista em Curitiba, para melhor entender o seu paciente, para tratá-lo melhor e mais definitivamente.

A Confiança e a Satisfação, produzem a Segurança e a Maturidade

em qualquer relacionamento seja a nível profissional/paciente ou mesmo dia-a-dia.

E voltamos às questões que levaram à elaboração deste trabalho: justificar a necessidade da busca de uma formação acadêmica na odontologia, melhor entendida e verificar se de fato existe um preparo por parte do acadêmico para relacionar-se com o seu futuro paciente e se, depois de algum tempo de exercício profissional, há alguma assimilação simplesmente por este convívio profissional, os C.D. conhecem e ajudam os seus pacientes em seus anseios e fobias, isto é incontestável. Por outro lado, os seu pacientes estão preparados para receberem o tratamento odontológico?

Isto, na verdade ocorre em qualquer lugar do mundo, o medo de dentista é mais complexo que se imagina: vai desde o medo de sentir dor até a mutilação provocada pela perda de um, ou vários, ou todos os dentes. Mas o que importa é a reação frente ao sentido de: perda dos dentes; de imobilização durante o tratamento; a relação interpessoal falha são iguais em qualquer lugar do mundo pois todos os pacientes ficam imobilizado numa situação constrangedora e de aceitação sem ver, ou saber o que realmente está acontecendo em sua boca. O que varia é a importância pelas populações de culturas diferentes.

Os pacientes quando depositam total confiança no profissional, e se entendidos, colaboram satisfatoriamente para que o tratamento seja executado normalmente. Por isso passaremos a analisar a Pessoa segundo o entendimento da psicologia e da filosofia no contexto de relação.

2.3 O PACIENTE E O PROFISSIONAL ESTAGIÁRIO COMO PESSOA E RELAÇÃO

Como vimos, a história da odoritologia confirma a tradição tecnicista que a caracteriza até hoje.

É necessário um outro ponto de vista sobre a relação do paciente e do profissional: a humanística.

2.4 CONCEITUAÇÃO DE PESSOA

A Relação Humana é uma relação de pessoas e não de pessoa e objeto. Convém valorizar o homem como pessoa, e este pressuposto é básico no contexto de qualquer relação, sobretudo no contexto da relação, esclarecer o conceito de **pessoa**. Conceito este que se estabeleceu aos poucos no transcorrer dos tempos.

Pessoa como termo não era conhecida e definida pelos gregos. (47)

Na cultura helênica, é descrito por Mounier (50,51) o termo **prosopon**, “*aquele que se opõe*” ou se afirma frente aos outros. O indivíduo é considerado membro da polis, possuidor da razão e da vontade, por isso, segundo Platão, e na filosofia Aristotélica, em particular na **Ética a Nicômaco***, “*o indivíduo ou a sua essência dotado de inteligência e dirigida para a prática do bem. O homem*

* Aristóteles- Ética a Nicômaco. Trad. Leonerl Vallandro e Gera Bornheim . Os Pensadores, São Paulo Abril Cultural

tem como objetivo ser um animal racional buscando atingir a perfeição de sua essência". Definiam também, além da essência, a existência e a substância como o homem.

Na era Romana é que se introduz o termo *persona*, utilizado naquela época para indicar vestimentas, em particular máscaras, utilizadas por atores nos teatros. Na verdade a *persona* era uma forma de identificar o papel de uma peça e para esclarecer que o papel do ator dentro do espetáculo teatral já estava definido.

Porém, foi Boécio (8), no século IV, quem definiu a pessoa como **substância completa de natureza racional, responsável por seus atos**, reordenando com esta definição o pensamento cristão, ao dizer ser o homem um ser digno por si só (valor intrínseco); a filosofia escolástica pela valorização da substancialidade e a racionalidade; e, por fim, a sabedoria romana jurídica, por sua identificação e responsabilidade.

O homem não pode ser reduzido a objeto, segundo Gabriel Marcel (35), ser manuseado e examinado numa demonstração de sua redução. Esta impossibilidade de redução do homem a objeto indica o seu ser em excesso, sua transcendência sobre os outros entes. Critica a técnica quando há a redução do homem em seu conjunto de funções, querendo torná-lo uma máquina e, a cada instante que o homem, através de técnica e aparelhos, domina a natureza, deixa de ser o centro de sua conquista e torna-se escravo da mesma.

E o entendemos bem na odontologia, a perda do senso crítico, quando o homem deixa de examinar melhor o paciente para observar mais uma radiografia ou exames de laboratórios, particulariza e aprimora o diagnóstico, porém generaliza o paciente, esvaziando a relação profissional/paciente.

Marcel coloca o homem como mistério e, apresentando-se como pensador existencialista e cristão, antecipa críticas ao estruturalismo, procurando mostrar o despojamento da identidade do homem na civilização atual. É mistério, para ele, qualquer coisa na qual a pessoa se encontre engajada, ou inteiramente comprometida.

O homem-problema seria um conjunto de dados que estaria inteiramente entre nós e que poderíamos adequadamente equacionar para a solução do mesmo. Porém, no mistério, abole-se a diferença **em mim** e o **diante de mim**.

Quanto à condição humana, Marcel diz:

... vamos diretamente à colocação a nu da condição humana e de suas implicações. Mas a característica desta condição humana consiste em que não é assimilável a uma estrutura objetiva e pré-existente que se poderia descobrir nela. A condição humana, quaisquer que sejam os fundamentos sobre os quais ela repousa, aparece como dependente, de qualquer maneira, daquilo que ela é, de modo mesmo segundo o qual ela se compreende. É aquilo que em nossos dias Heidegger me parece ter reconhecido com uma admirável nitidez... o homem depende em larga medida da ideia que ele faz de si mesmo não poder ser degradada sem ser ao mesmo tempo degradante.

Com isto, poderemos reconhecer o homem como a raiz de sua própria identidade. Sendo a base do seu ser e de sua existência a indicação de uma vida interior, de sua consciência. E esta anseia a liberdade, fazendo com que o homem tenha a possibilidade de transformar o **ser** em **ter** e de converter ou de transmutar o **ter** em **ser**.

As análises do pensador francês a esse respeito são clássicas, e objeto de seu livro **ETRE ET AVOIR***. O **ser** e o **ter** não se compatibilizam em justaposição, ou seja, não existem justapostos. O homem deverá renunciar a um ao querer ser o outro. O homem poderá se degradar transformando-se em **ter**, como poderá se sublimar passando do **ter** para o **ser**, e esses movimentos jamais são acabados.

* Parain-Vial, J. *Mystère de l'être et existence: Être et incarnation*. IN Gabriel Marcel et *Les Nevaux de L'expérience*. Paris, Seghers, 1966

É centrado ao meio das forças que o puxam para o **ter** e dos impulsos que o levam para o **ser**, onde o homem busca ser pessoa, sujeito, e o **eu**. E assim, *“se torna simultaneamente escravo de seu **eu**, da imagem que pensa ser e da imagem que ele gostaria de mostrar aos outros. Estando preocupado consigo mesmo poderá ser hipnotizado pelos outros”* (Parain-Vial- 1966)*

A partir desse pressuposto poderá haver excessos de busca na direção centrípeta, egocêntrica ou narcisista, e na orientação centrífuga, uma projeção da própria imagem, que podem deturpar os papéis que alguém precisa exercer.

Finalmente, Gabriel Marcel define o homem como amor, pois é no amor que se toma conhecimento de que a noção *“limite de uma pessoa”* não possui* — significado. Uma pessoa é mais do que sabemos dela.

Logo, sem dúvida, as análises de Marcel prenunciavam grave observação de Jacques TESTART (**Les morts du genre humain**, 1992) *“...Estamos no século do quantificável, que produz a morte, por dissolução, do gênero humano...”*

Não é apenas o corpo, como alegam De La Mettrie, De Condeilleo, Pavlov ou Skinner e muitos outros materialistas. Também não é corpo e alma como diziam Platão (59) e Descartes (19).

O Homem, antes de mais nada, é **anthropos**: corpo e alma, na concepção de **eu sou o meu corpo, eu sou a minha alma** ou, como quiser, uma outra unidade. Mas o importante é um ser ligado ao mundo e em interrelações sociais.

Ao tratarmos o homem como corpo, o inserimos no tempo e na história. No tempo por não se poder repetir jamais as suas ações, não se ensaia

viver. E, a cada momento que vivemos, já somos outra pessoa e fazemos outra ação (Kundera) (30).

Sartre (66) coloca o homem como parte de seu tempo na frase “... nós só perdoamos realmente os mortos, pois eles não podem tornar a nos magoar...”

Ser história, para o homem, significa decidir a possibilidade de sua própria existência, pela livre escolha. O homem, como liberdade, é um dom que ele faz a si mesmo, e de si mesmo, pelas suas escolhas. Somos o que decidimos, até certo ponto. A historicidade nasce no momento em que tomamos consciência deste fato, pois a partir deste ponto estaremos sujeitos à nossa história, com todas as conseqüências. (25)

O homem possui uma consciência e uma liberdade que, por si só, o diferenciam dos animais e o colocam como o centro do cosmos, dono de seu destino e com missão insubstituível (Idígoras (27)). Como homem-indivíduo, entende-se o homem dentro de sua espécie, porém, com suas peculiaridades (cor, forma, peso).

Como homem-pessoa, entende-se tratar aquilo que lhe é singular, inconfundível, único e irrepetível.

Esse existencialismo confere ao homem sua dimensão de intersubjetividade, relação (ou encontro) da empatia, poder responsável e colaboração com o outro, de que trataremos a seguir .

* HABERMAS, J. CITA... a filosofia que se despede assume o fato das ciencias coincidirem com a divisão de trabalho existencialista tal como propagou Jaspers e Sartre: com a esfera da ciencia, defrontando-se com a fé filosófica, a vida, a liberdade existencial, o mito, a formação cultural. etc. Todas essas oposições tem a mesma estrutura

2.5 PESSOA COMO INTERSUBJETIVIDADE

A pessoa é **encontro interpessoal**, isto é, é ser da palavra e do amor.

Sua estrutura, **dialogal** ou **responsorial**, por estar constantemente em contato com os outros. Em suas necessidades de relação, é, indiscutivelmente, a comunicação que a diferencia e particulariza em pessoa.

E através das relações interpessoais, sem a preocupação de utilidade, de produtividade ou objetivo prático – as relações ditas inúteis – sem busca qualquer que não seja a convivência e ser o protagonista disto, tendo a consciência, que o torna o sujeito e protagonista de sua própria vida. Pois é no relacionamento e encontro com o outro que emerge a consciência de si próprio e do valor da pessoa.

De novo Idígoras (27) diz:

... a pessoa é antitético do isolamento individualista. Ser pessoa e viver a dimensão nova e antiutilitarista do encontro de dois seres, que individualmente são fins em si mesmos, mas que só se realizam como fins precisamente através dessa mútua descoberta e dessa valorização pelo diálogo. Ser pessoa e viver em diálogo com outras pessoas, em uma abertura nova e receptiva em relação ao outro.

2.6 PESSOA COMO RELAÇÃO

O homem é essencialmente encontro, como visto acima em **2.5 Pessoa como Intersubjetividade**. A relação com o outro sempre preocupou os filósofos de todos os tempos. *

O profissional não pode colocar-se como um explorador de seu semelhante. É preciso que seja uma pessoa que não apenas esteja ao lado do outro, mas que seja com o outro e junto com o outro.

Essa exigência deverá ser recuperada em três dimensões que o estudante precisa resgatar: Papel/Status; Empatia; Poder Responsável.

A história tem nos mostrado, no entanto, que o encontro dos seres segue seus padrões, aceitos e admitidos por todos, criando hábitos e costumes. É neste ponto que devemos refletir e colocar "o dedo na ferida" da relação profissional/paciente. Numa inversão de papéis, se assim pudesse acontecer, como procederia o profissional na posição de paciente ?

Dentro do processo da relação profissional/paciente, é necessário entender a diferença enorme que existe entre a relação ideal para se proceder a ação odontológica e a relação ideal para trazer satisfação a ambos na ação executada. Na verdade, nem é necessária esta comparação para chegar-se à conclusão que, se pudessem os papéis serem trocados, ou seja, se o paciente ocupasse o lugar do profissional e o profissional fosse o paciente, ambos iriam representar muitas ações do novo papel.

Por isso, não devemos esquecer de tratar a pessoa representada no seu papel ou status.

* tais como Aristóteles (Zoon Politikon); Hober; Leviatan; Sartre.

2.6.1 PAPEL E STATUS

Antes de mais nada, vamos fazer algumas considerações sociológicas específicas sobre papel e status.

Os cientistas sociais, ao descreverem o comportamento humano em situações sociológicas, empregam o conceito de **papel**. Esta idéia, originária do teatro na era contemporânea, é um conjunto de idéias complexas, e muitas vezes confusas, que devem ser levadas em consideração ao se utilizar o conceito de papel.

Mendes (1986)(42) cita Sarbin & Allen* que, dentro da visão da psicologia social, conceituam **papel** como um conjunto organizado de comportamentos que são ativados quando o indivíduo ocupa uma posição, com envolvimento de outras pessoas.

Moreno (1984)(48) conceitua papel como a maneira de agir que o indivíduo adota num momento específico e reagindo a uma dada situação quando envolvidos outras pessoas ou objetos.

Mendras (1975)(43) define papel como o conjunto de expectativas que dirigem o comportamento do indivíduo numa posição dada. Este conjunto compreende atitudes, valores e comportamentos atribuídos pela sociedade à pessoas que ocupam posições específicas.

Inevitavelmente, desde o momento do nascimento, as energias da criança são direcionadas para uma variedade de papéis ou conjunto de ações que contribuem para a sustentação de um sistema social.

No Brasil, uma sociedade capitalista, verifica-se também o predomi-

nio da organização pelo trabalho, a ponto de serem definidas como sistemas de papéis.

Estão inseridos nesta engrenagem os problemas de combinação de papéis com os quais cada indivíduo tem que conviver, enfrentar e adaptar-se. Qualquer que seja a situação ocupada por um indivíduo, sempre estará ocupando um papel em relação a outras pessoas. A sua atuação ou desempenho sofrerá a influência de dois fatores:

- a) suas próprias energias (personalidades, habilidades, atributos);
- b) as energias da situação.

Handy (1978)* descreve a personalidade como influenciada pelos agentes ou situações às quais é exposta; por outro lado, as situações influenciam variadamente, dependendo das personalidades envolvidas.

Para o entendimento que se pretende, ao analisar os papéis nas interrelações do profissional ou do estudante com o paciente, o conceito papel é estudado em composição com o conceito de status.

Ralph Linton (1970)(32) definiu "status" como um conjunto de posições de um indivíduo que o situa em determinada estrutura social e determina ou condiciona o exercício do papel. O "status" produz uma padronização de indivíduos, textualmente Linton diz:

... embora todos os "status" e papéis provenham de padrões sociais e sejam partes integrantes de padrões, tem função independente em relação ao indivíduo que ocupa o "status" e exerce o papel correspondente. "status" e papel combinados, representam o mínimo de atitudes e de comportamento que esses indivíduos devem assumir para tomar parte na manifestação expressa padrão. "Status" e Papel servem para reduzir a termos individuais os padrões ideais da vida social. Tornam-se modelos para a organização das atitudes e dos comportamentos individuais, de maneira a torná-los coerentes com os dos outros indivíduos que tomam parte na manifestação de um padrão.

* HANDY, C.B. COMO COMPREENDER AS ORGANIZAÇÕES. Rio de Janeiro Zahar Editora, 1978

Kast & Rosenzweig (1980)- Organização e administração: um enfoque sistêmico. Sao Paulo. Livraria pioneira conceitua "status" como a graduação ou estratificação das pessoas em um sistema social, por envolver prestígio. Acrescentam ainda, como conceito de papel, relacionar-se as atividades de pessoas em determinados cargos.

Portanto é a localização de determinada pessoa em relação a outros no sistema social; e pelo aspecto processual, isto é, as relações se dão dentro do significado funcional para o sistema social, a este aspecto define como papel.

Assim, papel é o setor organizado de orientação de um agente que constitui e define sua participação no processo interativo

2.6.2 EMPATIA, A PESSOA HUMANA COMO CENTRO

Contudo, é necessário corrigir a postura funcionalista acima (papel e "status") por uma reflexão centrada na pessoa: Rogers (1977)(61) será nosso guia.

A empatia é um dos conceitos básicos ao falarmos da relação de pessoas ou da relação centrada na pessoa, ao invés do papel e status.

A empatia é poder entender o seu paciente com precisão no que tange à sua estrutura emocional, à maneira como ele interpreta e age e suas emoções, sem contudo deixarmos de sermos nós mesmos. É como se fosse possível entrarmos em seu interior, coletarmos todos os dados da mesma forma que ele o faz; interpretamos dentro do nosso entendimento.

É exatamente assim que, textualmente, Carl R. Rogers definiu, em 1959, empatia como

O estado de empatia ou ser empático consiste-se em aperceber-se com precisão do quadro de referências interno de outra pessoa, juntamente com os componentes emocionais e os significados a ele pertencentes, como se fôssemos a outra pessoa, sem perder jamais a condição de "como ser". Portanto significa sentir as mágoas e alegrias do outro como ele próprio as sente e perceber as suas causas como ele próprio as percebe sem, contudo perder a noção de que é "como se" estivéssemos magoados ou alegres, e assim por diante. Se perdermos esta condição de "como se", teremos um estado de identificação.

Atualmente reformulou como sendo a maneira de ser em relação a outra pessoa. Significa penetrar no mundo percentual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Viver temporariamente sua vida (do paciente), interpretar sem os medos, anseios e fobias, e avaliar a precisão do que sentimos e nos guiarmos pelas respostas obtidas.

Estar com o outro desta maneira significa deixarmos de lado o nosso próprio eu, dificultando, portanto, no momento de voltarmos para nosso mundo.

Nesta caracterização fica claro que a empatia é uma maneira de ser complexa, exigente e intensa, ainda que sutil e suave.

Dentro das definições, Rogers cita o Inventário de Relacionamento de Barret-Lennard, no qual a empatia é definida operacionalmente, indicando a amplitude do que é empático e o não empático:

Ele leva em consideração o significado para mim de minha experiência;

Ele compreende o que digo, de um ponto de vista imparcial;

Ele compreende o que digo, mas não o que sinto

Segundo Rogers, Barret-Lennard *conceitua a empatia como:

...De um ponto de vista qualitativo, ela (a compreensão empática) é um processo ativo que consiste em querer conhecer a consciência plena, atual e mutante de outra pessoa, em empenhar-se para receber o que ela comunica e seu significado e em traduzir suas palavras e sinais em significado vivenciado, que corresponda pelo menos aos aspectos de sua consciência que lhe são importantes naquele momento. Trata-se de vivenciar a consciência que se encontra atrás da comunicação explícita, sem jamais perder a vista que esta consciência tem origem e se processa no noutro.(Barrett-Lennard, 1962)

As pesquisas elaboradas a respeito de empatia conduzem às conclusões ideais no relacionamento com o paciente, e Rogers relaciona-as da seguinte forma:

a) o profissional ideal deve ser empático;

- b) a empatia esta correlacionada com a auto exploração e o movimento do processo;
- c) a empatia no inicio da relação permite prever o o sucesso do tratamento;
- d) a responsabilidade do clima empatia é do profissional;
- e) o profissional mais experiente pode apresentar relação empática maior;
- f) os profissionais mais experientes frequentemente estão muito distantes da empatia;
- g) brilhantismo e percepção diagnóstica não se relacionam com a empatia;
- h) postura empática pode ser aprendida com pessoas empáticas.

Os efeitos obtidos com a empatia quando utilizada na terapia são suficientemente significativos:

- a) termina com a alienação;
- b) redução da Esquizofrenia (ROGERS e outros 1967);
- c) melhora o Sentido de identidade. de se conhecer (LAING 1965);
- d) eliminação da autopiedade, deixando a vivência seguir seu curso.

A empatia também é eficiente numa sala de aula, quando o professor demonstra que compreende o significado, para o aluno, das experiências em sala de aula. O aprendizado melhora.

Também teremos o mesmo dentro do consultório, quando este aluno for um profissional e tiver que compreender o significado das experiências a que submete seu paciente.

Sempre que a pessoa se sente compreendida de maneira sensível e

correta, ela desenvolve um conjunto de atitudes positivas que proporcionarão um crescimento em relação a si mesma.

A característica da empatia em não ser avaliadora, mas receptiva, leva o paciente a tomar uma atitude de auto-estima. Ter alguém que o ouve compreensivamente, ajuda-o a perceber melhor os seus significados (46,58).

Sendo empático, o profissional facilita o seu trabalho, tornando-se mais eficiente e produzindo no paciente um aumento da satisfação ao final do tratamento. E é comum, nestes casos, ao final do tratamento, uma aceitação melhor por parte do paciente se o tratamento não atingiu todos os objetivos. (53)

Das interações do cotidiano, que ocorrem entre profissional e paciente, parceiros conjugais e sexuais, professor e aluno, empregador e empregado ou entre colegas, é provável que a congruência seja a mais importante. Ser autêntico posiciona a outra pessoa exatamente como estamos emocionalmente, é portanto fundamental na relação.

Mas em situações especiais, o interesse ou a estima podem ser mais significativos, principalmente nas relações verbais entre pai/mãe e filho, terapeuta e psicótico que não fala, médico ou cirurgião-dentista e paciente em estado grave.

O interesse solidário promove a criatividade, um clima incentivador, podendo, portanto, surgir idéias novas, sutis e exploratórias. (1,26,31)

Quando uma pessoa apresenta-se confusa, ansiosa, alienada ou em dúvida sobre a atitude a tomar, a solidariedade suave e sensível, como decorrência de uma postura empática, acrescida de outras atitudes, proporciona o esclarecimento e a cura. (23)

A empatia torna-se a compreensão profunda, a dádiva mais preciosa que se pode oferecer ao outro.

Rosenberg, (61) baseado em Sundberg e Tyler, sintetiza no seguinte os principais enunciados apresentados neste século:

- a) redução da pressão emocional;
- b) liberação do potencial de crescimento;
- c) motivação para agir adequadamente;
- d) motivação da estrutura cognitiva;
- e) autoconhecimento;
- f) mudança de hábitos;
- g) melhora nas relações interpessoais.

Apesar de não se ter clareza e objetividade no resultado final dos tratamentos psicológicos, deve-se salientar o grande avanço que obtiveram os terapeutas, quanto a trabalho, estudo e pesquisa.

A descoberta do imenso poder da relação interpessoal levou a experiências em todas as direções e em infindáveis procedimentos e indicações para o seu uso, assim como o nosso caso, para a odontologia.(5)

As tendências do campo de atuação tomam a forma e assumem três direções básicas, desmentindo o conceito tradicional de terapia, como contato verbal, estendido no tempo, entre duas pessoas.

cita Carl Rogers Aspy, 1972 capítulo 4;
Aspy e Roebuck . From humane ideas to humane technology and back again, many times, Education, nº 3 .1975;
Barrett-Lennard, 1962;
Bergin e Jasper, 1969.
Bergin e Strupp, 1972;
Halkides, 1958;
Kurta e Grummon, 1972;
Mullen e Abeles, 1971;
Rogers e outros De Pessoa para Pessoa: O problema de ser Humano. São Paulo: Pioneira, Cap 5 e 9. 1976 (ed.orig. 1967);
Tausch, Batine, Bommert, Minsel e Nickel, 1972;
Tausch e outros,1970; Truax, 1966

2.6.2.1 Empatia e a relação sem contato verbal – não verbal

A pessoa comunica-se por meio do olhar, da postura, da entonação vocal, dos gestos, dos movimentos e da expressão facial. Por isso, **é muito difícil um profissional esconder aquilo que pensa ou a sua mensagem explícita, a sua máscara facial.** (38)

Esta observação denota a importância da autenticidade do profissional, pois lhe será muito difícil ocultar os seus verdadeiros sentimentos e atitudes. Hoje, o grau de informação existente, através dos meios de comunicação, leva as pessoas a glorificarem o instintivo, o espontâneo e o orgânico. (36)

Observa-se, nas relações onde o profissional e o paciente ainda não se conhecem, como na prática odontológica de pronto-socorro ou de emergência, que a relação não verbal, nestes casos, prevalece quando o paciente está impossibilitado fisicamente de falar, como nos traumatismos buco-faciais, edemas bucais ou dor muito intensa.

Mas, nem por isso, este paciente deixa de assimilar e relacionar o tipo de perfil do profissional. Por serem sutis e fugazes as observações neste tipo de comunicação, é comum o paciente não conseguir esclarecer os motivos que o levaram a traçar determinado perfil do profissional.

Há também de se considerar, naquele momento de atendimento, o tempo em que o paciente é submetido a uma posição de desconforto e submissão, à mercê do cirurgião-dentista. Esta relação na variação do tempo é fundamental na formação da empatia.

2.6.2.2 Empatia e a relação na variação do tempo

A duração prevista para o atendimento possivelmente eficaz, quando longa, tem mostrado não ser uma regra. E de novo citamos textualmente a interpretação sugerida por Carl R. Rogers: “... *Numa abordagem psicanalítica, por exemplo Bellak e Small (1965) alegam que 'a psicoterapia breve pode pelo menos ser de alguma utilidade em quase toda espécie de perturbação emocional'*”. Concluimos com isto ser o tempo variável, desde que o paciente seja racionalmente identificado.

E em nossa vivência odontológica, observamos ser satisfatório, e mesmo aceitável pelo paciente, ambas as relações: longa ou curta. As necessidades bucais do momento, daquele paciente, o fazem se submeter ao tipo de atendimento. (40)

Porém, o mesmo paciente mudará a sua aceitação, quando argüido espontaneamente, e esta dúvida também será objeto de estudo neste trabalho.

Como dissemos, o potencial humano ainda é desconhecido, e a cada momento descobrem-se recursos surpreendentes do organismo vivo.

Na busca de ser ela mesma, a pessoa enfrenta uma sociedade – a família, as escolas, os órgãos oficiais – em plena mutação, modificando mais rápido que possa acompanhar. Esta reviravolta que o ser humano deseja para si, a falta de tempo, o avanço tecnológico, com a informatização, exige soluções rápidas, levando-o a formas diferentes de consciência, vida em comunidade, relações afetivas múltiplas.

Diríamos, figurativamente, que o tempo encolheu, não se pode parar

para pensar, meditar ou mesmo autoavaliar. É preciso produzir. O tempo não tem tempo para esperar.

De um lado temos o paciente, com o seu tempo escasso, procurando adaptar-se a este estilo frenético de fazer, que, quando em determinado momento adoece, não tem tempo para parar.

Do outro lado, observamos 68% dos cirurgiões-dentistas * (16) trabalhando mais que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde, limitando as suas relações interpessoais e buscando executar a ação odontológica propriamente. Com isto, ambas as populações alvo deste trabalho estão interagindo dentro do mesmo critério, e ambas determinam como aceitáveis, e até desculpáveis, desencontros com a relação do tipo falta de tempo, tais como cancelamento do horário, atrasos nas consultas e até mesmo abandono do tratamento. (1,2,3,21,26,53,54,55)

Porém, nesta relação existe uma variável fundamental: o poder responsável, assunto este tratado a seguir.

2.6.3 PODER RESPONSÁVEL E A RELAÇÃO DE AJUDA COM O OUTRO

Hoje a pessoa não se permite a acomodação de seguir os caminhos já trilhados e de costume. Ela nunca foi tão livre socialmente para escolher sua profissão, sua residência, seu estilo de vida, seus valores religiosos. Esta liberdade, porém, é enganosa, pois existe um conjunto de pressões que tendem a

* Conforme pesquisa do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais A ODONTOLOGIA EM MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, 1992 p.39-41; também referendado no cap. 2.1 O Perfil do Cirurgião Dentista Brasileiro, deste trabalho.

impedir sua aplicação. A força conservadora da família, as repressões empregatícias e a imposição social.

Moscovic (1990) (49) cita textualmente Weber: *

A dominação tradicional atua primeiro sobre o tipo econômico. Por um certo fortalecimento do espírito tradicional, são sobretudo dominação gerontocrática e a dominação patriarcal que, não se apoiando em nenhuma direção administrativa especial e detentor do poder oposto aos associados do grupo, são determinados, na validade da própria legitimidade delas, pela manutenção da tradição sob todos os aspectos.

Existe, ainda, na pessoa, o medo de assumir o pleno exercício da liberdade, substituindo gradualmente o modo de viver na medida em que as antigas condutas lhe parecem falsas ou sem sentido. Porém, nestas mudanças, fica sempre um vazio entre as estruturas em decomposição e as múltiplas opções futuras. Aí a pessoa deve conscientizar-se de que ela própria é responsável, deve deixar para si a opção quanto a **pelo que, em relação a que** ou a **quem** ele se considera responsável.

A pessoa prende-se, às vezes, a realidades parciais, certezas súbitas para poder se apoiar e conduzir seus objetivos. (31)

A realidade é vista sob dois aspectos: a realidade em que se crê – quando a pessoa interpreta e relata a realidade segundo o seu entendimento – e a realidade que se sabe, porque se sente.

Ambas as formas podem se referir ao mesmo objeto, estando a sua diferença apenas limitada à capacidade de diferenciar o emocional do intuitivo. Esta idéia, citada por Moscovic, é defendida por Lee (1973)

... um membro de um determinada sociedade não somente codifica a e realidade vivenciada através do uso de uma linguagem específica e outras características padronizadas de sua cultura, mas de fato apreende a realidade apenas como ela é apresentada por este código

O homem necessita de um **significado** que o transcenda. A fé religiosa, o amor por outra pessoa, a crença no valor humano e o sentido missionário de uma causa têm representado alguns destes significados para lutar por estes ideais.

No ensino, em particular o ensino odontológico, verificamos as escolas confessionais, no caso a Pontifícia Universidade Católica, com ênfase no significado que transcenda o aluno, tanto pela busca de um ideal, como também da necessidade da fé religiosa (cristã).

Como **poder responsável**, haverá que se destacar uma dimensão holística social: Somos todos membros de uma mesma sopa e, “*se não somos, eu não sou*”, leva à conclusão de que o homem é responsável por todos. Sartre, em **O existencialismo é um humanismo**, afirma que uma ação humana é moral, quando na sua decisão leva em conta a humanidade toda.

Logo, sou responsável holisticamente e, como tal, preciso colaborar com o outro, não competir, tema sobre o qual muito se insiste no momento atual.

A **relação de ajuda** significa que o paciente consegue solucionar o seu problema apoiado na colaboração de outra pessoa. Ora, a odontologia inteira se processa nesta relação, os nossos pacientes só nos procuram para ajudá-los a resolver seus problemas.

Na **relação de ajuda**, é imperiosa a presença da empatia, de aceitação e colaboração.

Depois de considerar o homem como pessoa, nas dimensões da empatia, de poder responsável e relação de ajuda, o profissional toma para si o problema do paciente, podendo este último compartilhar o seu problema com

outra pessoa, o que reduz substancialmente a angústia, o temor e a perturbação.

Com esta divisão do problema, o paciente aceita mais facilmente seu estado de doença e de perda.

É fundamental que as demais pessoas envolvidas na relação com o paciente, tais como recepcionista e assistente odontológica, tenham preparo humanístico para ser a ponte entre o dentista e o paciente, caso contrário, esta relação poderá ficar rompida ou abalada (41,52).

Após verificarmos as tensões sociais, políticas, empáticas e de colaboração, não podemos deixar de analisar, na formação do cirurgião-dentista, o relacionamento interpessoal, essa dimensão tão desprezada pelo tecnicismo do currículo acadêmico.

Com esses pressupostos teóricos-filosóficos formularemos as hipóteses.

3.0 HIPÓTESES

O paciente tem suas ansiedades, é submisso no tratamento e comporta-se de forma diferenciada do estudante/profissional frente ao mesmo problema. O paciente desconhece a metodologia do atendimento e o encara segundo a sua percepção.

O cirurgião-dentista não possui formação humana adequada, o que se traduz em dificuldades no relacionamento com o paciente.

Diante do exposto, resolvemos examinar a formação acadêmica, comparando profissionais graduados há mais de 05 (cinco) anos com os acadêmicos estagiários, frente aos pacientes em tratamento.

Elaboramos as seguintes hipóteses:

- a) pacientes, estudantes e profissionais avaliam diferentemente as ações odontológicas e as relações de interação;
- b) as manifestações dos pacientes, estudantes e profissionais, quanto à empatia, o poder responsável e a relação de ajuda, não são convergentes, existindo diferenças, próprias ao **status** de cada pessoa envolvida na interação;
- c) a falta de visão humanística faz com que o profissional não reconheça os anseios e necessidades do paciente, dificultando a sua relação.

4.0 COLETA DE DADOS

Para a obtenção dos dados do trabalho proposto, devemos considerar a complexidade que existe na obtenção de dados, de forma clara e fidedigna, de cada membro das 03 populações. Se não impossível, é moroso e desnecessário, uma vez que é permissível e reconhecida prática científica trabalhar por amostragem.

Portanto, o presente trabalho coletará os dados por amostragem das populações envolvidas (abaixo descritas).

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa de campo pode ser analisada qualitativa e quantitativamente, segundo a forma de abordagem.

Tratando-se o objeto de estudo de um fenômeno real, realizou-se a observação **in loco** das três populações envolvidas: pacientes, profissionais e estudantes.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA DE TRABALHO

O universo de trabalho é constituído de estudantes estagiários (formandos) da Universidade Federal do Paraná (U.F. Pr.) e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (P.U.C.); pacientes em tratamento na P.U.C. e U.F.Pr, clínicas e consultórios particulares e públicos de Curitiba; e cirurgiões-dentistas da cidade de Curitiba envolvidos na relação profissional/paciente a mais de 05 anos

Amostragem de alunos estagiários de CLINICA INTEGRADA (último ano dos cursos de Odontologia existentes em Curitiba da P.U.C. e U.F.Pr).

Amostragem de pacientes atendidos pelas faculdades nas respectivas clínicas, consultórios e clínicas particulares.

Amostragem de profissionais cirurgiões-dentistas(62) preferentemente formados a mais de 5 anos.*

4.2.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram utilizados os dados obtidos junto a 140 pacientes, 90 estudantes e 90 profissionais. Sendo recusados aqueles que não apresentaram no mínimo 80% de todas as informações solicitadas ou continham alterações de fidelidade de resposta.*

* Foi elaborado semelhante ao obtido por ROSSETINI & NARESI, o perfil dos profissionais particulares uma vez que apenas 7% dos profissionais são exclusivamente assalariados

* Rasuras, preenchimentos dúbios, ou incorretos.

* Böhlm, G. M. Avaliação do rendimento educacional: sugestões para exames na área de ensino biomédico, São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1980, p 39-45.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E SELEÇÃO DA AMOSTRAGEM

A amostragem foi obtida através de entrevista direta com cada membro de cada uma das populações estudadas, através de questionário.

As anotações, comprovações das respostas e observações ficaram a cargo do operador de dados e foram executadas no próprio questionário.

O questionário (em anexo nº 1) é padrão, igual para as três populações, sendo apenas modificados os termos para identificar o entrevistado (o paciente do profissional e vice-versa). O estagiário, para efeito de coleta de dados, foi argüido igualmente ao profissional.

Todas as pessoas, objeto de investigação em cada população, foram entrevistadas e acompanhadas durante o tratamento por operadores de dados alheias ao processo de relação.

4.3.1 ESTUDO PILOTO

A fim de elaborar um questionário padrão para profissionais, estudantes e pacientes, foi desenvolvido previamente um estudo piloto, para que este questionário represente um instrumento válido, fidedigno, objetivo e prático.

Foram entrevistados 15 pacientes, 15 estudantes e 15 profissionais. Elaboraram-se 33 questões iguais para as três populações em questão.

As questões representam as ações mais comuns no dia a dia de uma clínica odontológica. A mesma ação odontológica ou a interpretação da mesma foi formulada mais de uma vez de forma diferente ou desdobrada com a intenção de comprovar ou facilitar a integridade da resposta.

Todos os entrevistados responderam espontaneamente e por escrito e foram solicitados a dar respostas curtas, porém completas, tanto em sentido como também das variáveis possíveis. Todas foram supervisionados pelo autor.

De posse dos 45 questionários, os mesmos foram identificados e separados pelas similaridades de resposta independente das populações.

As respostas similares, relacionadas e agrupadas, foram simplificadas em uma única frase, transformando parte do questionário em múltipla escolha. Das 33 questões, 23 ficaram fechadas, com respostas em múltipla escolha, e 10 abertas, descritivas.

A transformação das questões (23 delas) em múltipla escolha se faz necessário e justificável para termos o julgamento **absolutamente objetivo** de modo que qualquer operador de dados possa reproduzir as mesmas respostas num mesmo entrevistado, Visando a possibilidade de colhermos os **conhecimentos específicos** do objeto da pesquisa, e, por fim, a **reprodução das ações comuns** no dia-a-dia de uma clínica odontológica.*

Como podemos observar no anexo, os questionários desdobrados para paciente e profissional ou estudante satisfazem o propósito de identificar os perfis de cada população alvo.

*Para reproduzirmos toda a vivencia clínica faremos, arguindo e checando os questionários nas ações dos entrevistados.

4.4 TABULAÇÃO DOS DADOS

As respostas descritivas foram resumidas, cada uma, a uma única frase, mantendo o sentido, porém, de maneira a poderem ser semelhantes as respostas de outros questionários, agrupando as palavras sinônimas. A apresentação das opções de resposta, indicadas como múltipla escolha, são iguais nas três populações e foram numeradas alfabeticamente

A seguir, analisaremos cada questão do questionário, já apresentando os resultados obtidos, facilitando, com isto, o entendimento do objeto pesquisado.

5.0 INTERPRETAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O questionário instrumento de coleta de dados, será apresentado segundo três possibilidades de interpretações: Poder Responsável Empatia e Polissêmicas

5.1 PODER RESPONSÁVEL

QUESITO 1

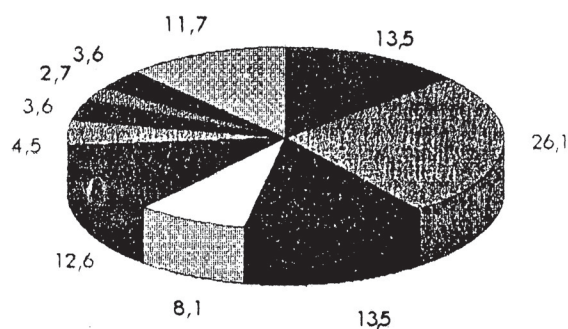
DO RETORNO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Perguntou-se ao paciente qual é a assiduidade de retorno para o controle de Saúde Bucal. Esta pergunta, do tipo poder responsável, visou colher dados entre o ideal e o praticado. A frequência do retorno do paciente para tratamento poderá exigir um aprimoramento das relações interpessoais.

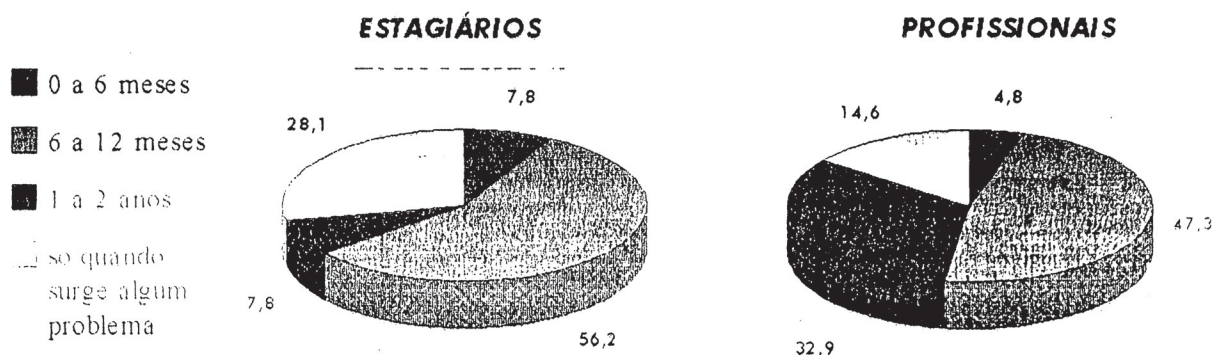
A pesquisa foi executada com os pacientes e por isso o tratamento estava sendo executado:

Pacientes: - *Qual a última vez em que esteve fazendo tratamento odontológico, sem considerar este tratamento?*

- 0 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 3 a 4 anos
- 4 a 5 anos
- Há mais de 7 anos
- Há mais de 8 anos
- Há mais de dez anos
- Nunca fizeram tratamento algum



Profissional/estagiário: - *O seu paciente retorna para tratamento de quanto em quanto tempo?*



Dos pacientes que procuraram o cirurgião-dentista, 53,1% foram nos últimos dois anos e 81,9% há menos de cinco anos.

Outra característica é que, em 1991, 13,5% da população alvo não freqüentou nenhum dentista. Destes, temos 38,4% com idade entre 15 e 20; 30,7% entre 20 e 25 e 23% com idade acima de 40 anos.

Sobre o grau de instrução, 38,4% destes pacientes que nunca foram ao dentista não concluíram o primeiro grau e 30,7% concluíram o primeiro grau ou seja 69,1% dos pacientes que nunca estiveram no dentista têm grau de instrução mínima.

O retorno dos pacientes para tratamento, segundo os estudantes (56,2%), ocorre a cada seis meses. Os profissionais (47,3%) disseram que seus pacientes retornam para tratamento a cada seis meses. E 32,9% dos profissionais afirmam ser a cada 12 meses. Ou seja, num prazo de até um ano 80,2% dos pacientes deveriam retornar para controle ou novo tratamento. Isto contradiz o perfil apresentado pelos pacientes, uma vez que 81,9% deles demoraram até cinco anos para

retornarem ao dentista. Os profissionais e estagiários não consideraram que todos os seus pacientes deverão retornar e expuseram mais uma vontade (um ideal). Observou-se que nem todos os pacientes seguem as suas orientações.

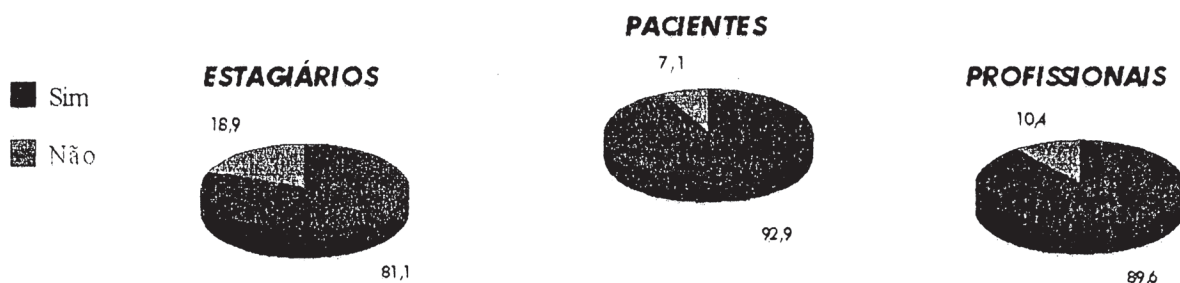
QUESITO 6

DA EXPLICAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

A relação de ajuda se dá a partir do conhecimento de ambas as pessoas envolvidas na relação. O esclarecimento dos procedimentos aumenta a responsabilidade de ambos.

Paciente - *O seu dentista lhe mostra tudo o que está fazendo? Se a resposta for negativa, gostaria de uma maior participação?*

Profissional/estagiário - *Você mostra tudo o que está fazendo? Se a resposta for negativa, justifique.*



As três populações foram convergentes na resposta afirmativa sendo que o paciente mostrou mais enfaticamente.

Os estagiários estão preocupados com o aprender e a executar a técnica corretamente, não tendo tempo ou não direcionam atenção para a relação interpessoal. Os profissionais, por sua vez, já dominaram a técnica e, por dependerem do máximo de aceitação e satisfação do seu paciente, concentram suas atenções no relacionamento interpessoal.

QUESITO 7

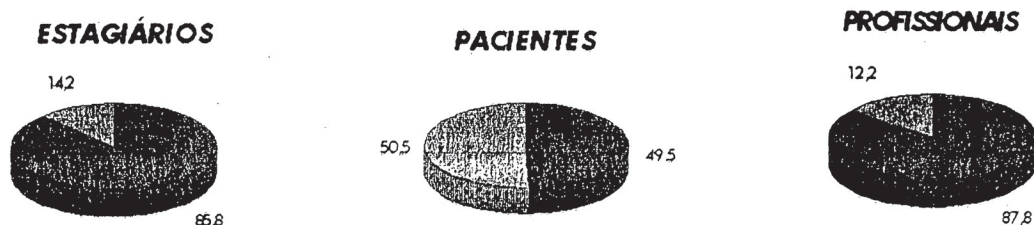
DO TEMPO QUE VAI DEMORAR E QUANTAS VEZES TERÁ DE VIR?

Com esta pergunta buscou-se entender se o relacionamento entre ambos é explicitado também na relação de tempo e em que grau de uniformidade.

Paciente - *Ao iniciar o tratamento, tem idéia do tempo que vai demorar e quantas vezes terá que ir ao dentista?*

Profissional/estagiário - *Ao iniciar o tratamento, tem idéia do tempo que vai demorar e quantas vezes terá que fazer vir o paciente?*

■ Sim
 ■ Não



As respostas dadas pelas três populações foram coincidentes apenas para os estagiários e profissionais. Mostrando ser falha a relação interpessoal.

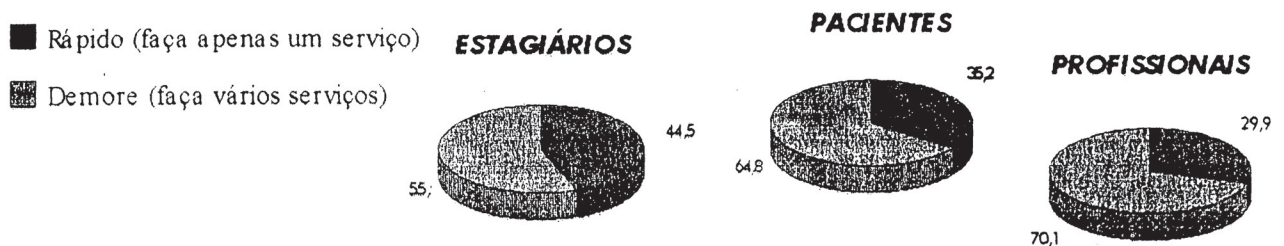
QUESITO 8

DO TEMPO DE TRATAMENTO QUANDO SENTADO NA CADEIRA

As perguntas 8 e 9, também buscaram mostrar a interferência que tem o profissional sobre o stress do paciente. A deficiência nas informações e esclarecimentos sobre o seu tratamento; a maneira e o tempo de execução do atendimento, são considerados como fatores altamente estressantes. Além de, no dia de hoje a vida ser conturbada e as pessoas sem tempo para nada, como preferirá que seja o tempo na cadeira: rápido ou demorado; aumentando ou diminuindo as vezes de ir ao dentista?

Paciente - *Quando está sentado na cadeira, você prefere que o dentista seja:*

Profissional/estagiário - *Quando o paciente está sentado na cadeira, ele prefere que o dentista seja:*



A maioria dos profissionais, pacientes e estagiários preferem atendimentos mais longos com tratamentos mais curtos e com menos idas e vindas ao dentista. Na prática diária, é mais conveniente para o profissional acabar o quanto antes o tratamento. Também entendem

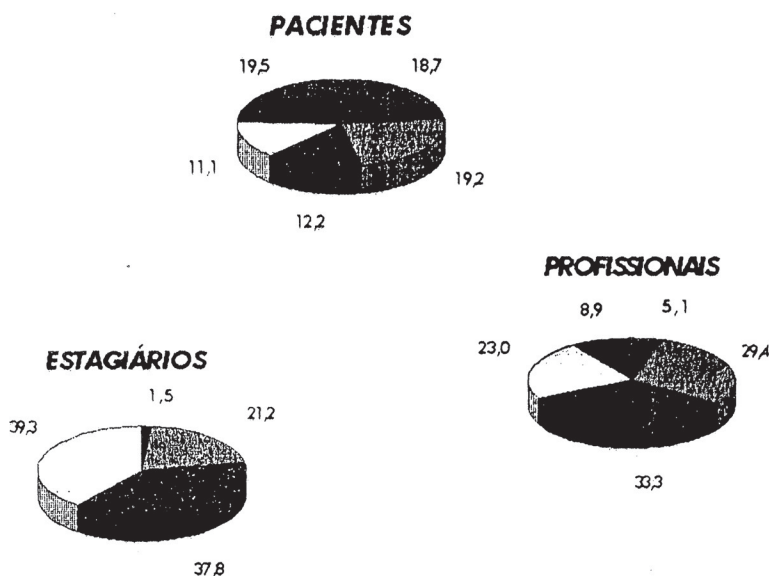
assim metade dos estagiários, porém, 44,5% sentem-se levados a dizer que os pacientes preferem que sejam mais rápidos, ou seja, a falta de desenvolvimento da habilidade manual e domínio da técnica os fazem demorados, ocasionando a reclamação do seu paciente por terem de ficar muito tempo com o dentista, e os tratamentos serem extensos.

QUESITO 9

DO TEMPO DE TRATAMENTO QUANDO SENTADO NA CADEIRA

Paciente/profissional/estagiário – *Qual o tempo que você acha ideal ou suportável ficar na cadeira de boca aberta?*

- 15 minutos de tratamento
- 30 minutos de tratamento
- 45 minutos de tratamento
- 60 minutos de tratamento
- Não tem limite de tempo



Os pacientes posicionaram-se variadamente, mas 19,5% disseram não haver limite de tempo; contra 8,9% dos profissionais e nenhum dos estagiários crêem não haver limite de tempo.

Os profissionais (56,3%) e estagiários (77,1%) indicaram os seus pacientes preferirem que o atendimento seja feito entre 45 e 60 minutos, porém apenas 23,3% dos estagiários indicaram ser este o tempo ideal ou suportável. A característica, no caso dos estagiários, é que nenhum deles optaram: não haver limite de tempo. Numa demonstração clara de não conhecerem o seu futuro cliente.

QUESITO 11

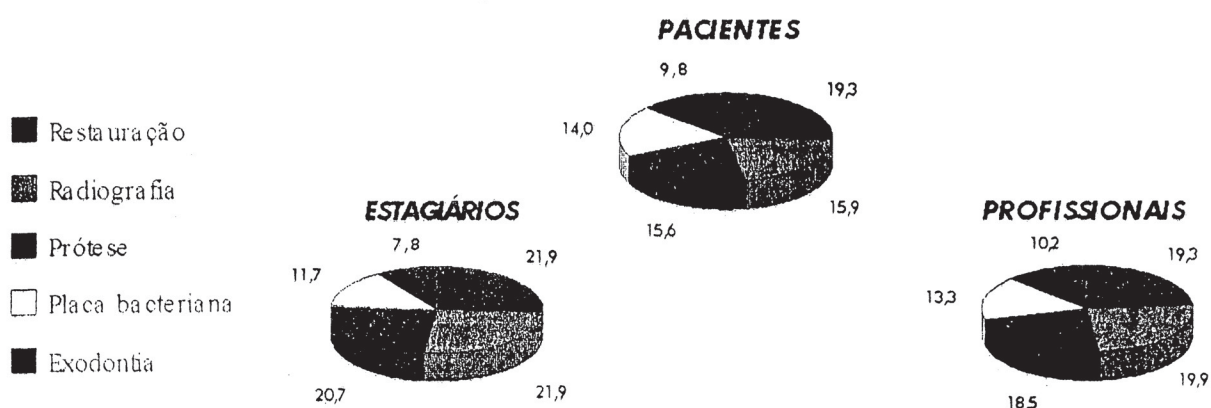
DA CULTURA E CONHECIMENTO DE NOMENCLATURA ODONTOLÓGICA

O entendimento da doença através dos nomes corretos é uma questão que possibilita o reconhecimento do grau de cultura do paciente e da sua preocupação pela saúde bucal, ou seja, poder responsável.

Pacientes - *Sublinhe os itens que você identifica:*

Profissionais/estagiários - *Sublinhe os itens que você acredita que seu paciente identifica:*

(endodontia, periodontia, prótese, apicectomia, exodontia, restauração,



placa bacteriana. frenectomia, rizectomia, radiografia, oclusão)

Cada paciente reconheceu em média 05 ítems; os profissionais (4 ítems) e estagiários (2 ítems) subestimando os seus pacientes. Os estagiários não tem domínio no relacionamento interpessoal.

QUESITO 12

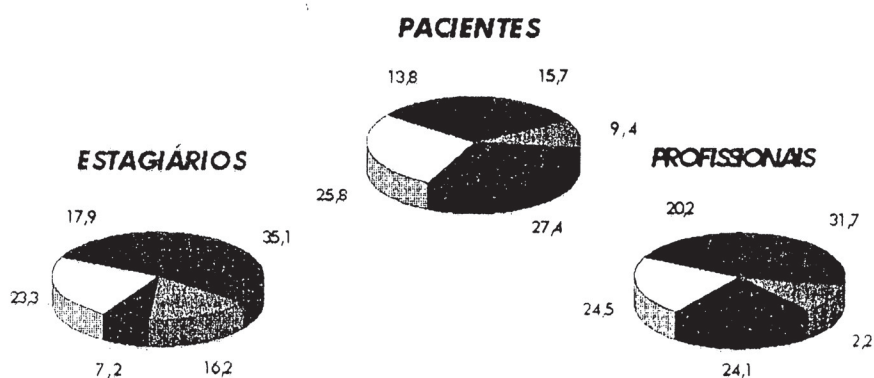
DOS CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO PACIENTE AO PROCURAR O DENTISTA

A escolha do profissional é determinada por fatores de ordem do poder responsável. Esta questão procurou descobrir, no grau desta afirmação, se o poder responsável é determinado pela empatia antes de se conhecer o profissional e também qual é o entendimento do profissional e estagiários.

Paciente - *Enumere, pela sequência, os três ítems mais importantes que o levam a procurar dentista.*

Profissional/estagiário - *Enumere, pela sequência, os três ítems que levam o paciente a procurar o dentista.*

- Indicação por amigos ou familiares
- Localização do consultório
- Exclusivamente a qualidade do serviço
- Preço e qualidade do serviço
- Fama e bom nome do dentista



Os pacientes são levados a escolher o seu dentista segundo: exclusivamente a qualidade do serviço; preço e qualidade do serviços. Os profissionais encaram de forma diferente a escolha do seu paciente: indicação de amigos e familiares. Todas as respostas indicaram a qualidade como primeira escolha. Varia em cada população o entendimento do que é qualidade.

QUESITO 13

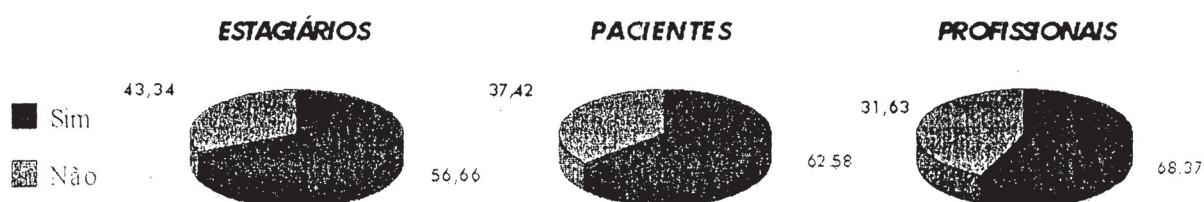
DO TÉRMINO DO TRATAMENTO TER TRANSCORRIDO CONFORME O COMBINADO

O fato do serviço ter sido executado corretamente não descarta a possibilidade de, tanto o profissional como o paciente, não terem o mesmo entendimento. Foram apresentadas respostas fechadas (sim ou não), porém logo em seguida abriu-se às justificativas. As vontades, anseios, conclusões determinam a qualidade final do poder responsável.

Paciente/profissional/estagiário - *Ao término do tratamento você*

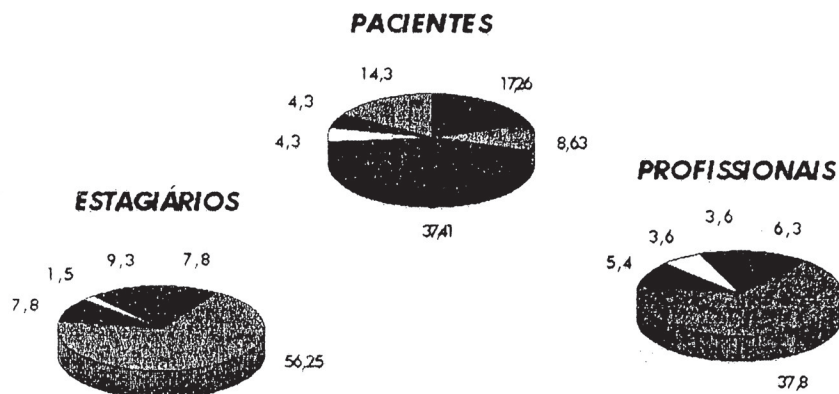
acredita que este foi executado conforme você imaginava?

Justifique as respostas.



As justificativas de resposta em maior número foram: *Serviço foi revisado por outro profissional, executado conforme o planejado; satisfeito apenas; por terem terminado todo o tratamento; conferido pelo paciente; serviços de boa qualidade.*

- Serviço revisado no final
- Executado conforme o combinado
- Satisfeito apenas
- Concluído todo o tratamento
- Conferido pelo paciente
- Serviços de qualidade



Os pacientes não mensuram a expectativa do esperado com o executado. limitam-se em estar ou não satisfeitos e entendem serem os serviços de qualidade quando estão satisfeitos.

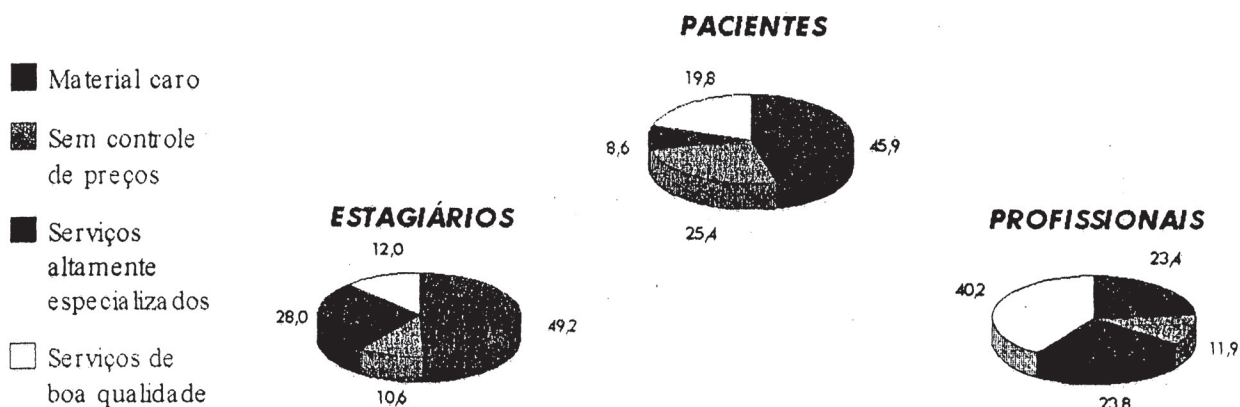
Os profissionais/estagiários ao executarem o o serviço creem terem cumprido com o combinado, sendo que nenhum explicitou a qualidade do serviço como fator principal. (a execução com qualidade é obrigação).

QUESITO 16

DOS SERVIÇOS EXECUTADOS SEREM TÃO CAROS

É fato inconteste que uma odontologia altamente técnica condiciona, em todos os locais do mundo, um custo alto. No Brasil o fato de sermos de 3º Mundo é agravado por não termos materiais nacionais (8). Perguntou-se às populações envolvidas qual o fator indicativo que contribui para os preços serem altos.

Paciente/profissional/estagiário - *Na sua opinião, os serviços são caros devido a:*



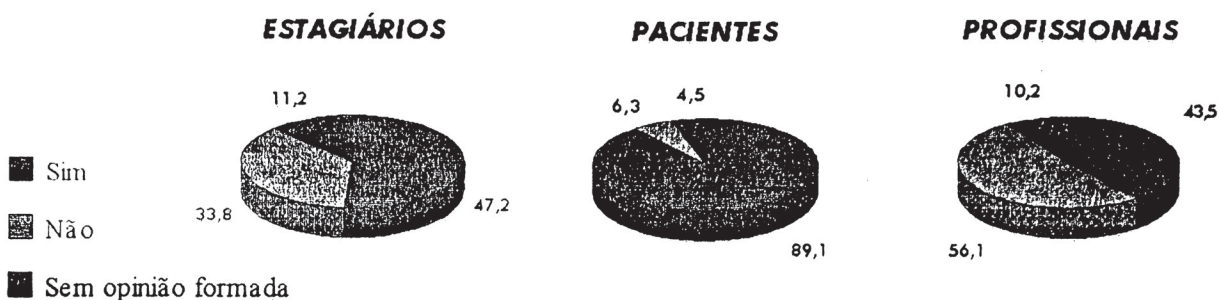
Os profissionais que escolheram serem os serviços altamente especializados e de alta qualidade mostraram o seu grau de informação de prestador de serviços.

Erraram os pacientes e estagiários e mostrou-se a desinformação de ambos.

QUESITO 30
DA DIMINUIÇÃO NO CUSTO DO TRATAMENTO
PELA SIMPLES DIMINUIÇÃO DOS IMPOSTOS POR PARTE DO
GOVERNO

Existe uma idéia corrente que, se o governo diminuir os impostos sobre os materiais importados, o custo final dos tratamentos diminuiriam significativamente, pois os impostos são muito altos. Foram feitas perguntas abertas a todas as populações. Procurou-se, nesta pergunta, saber o poder responsável e a empatia do paciente frente aos preconceitos contra o governo.

Paciente/profissional/estagiário- *Se o governo diminuísse os impostos sobre os materiais importados cobrados dos dentistas, você acredita que o tratamento sairia mais barato?*



Os profissionais entendem serem os custos dos materiais pouco significativos no custo final. Os estagiários, em menor proporção que os pacientes, entendem ser possível diminuir os custos com a diminuição dos impostos. Na verdade os pacientes estão relacionando aos materiais o maior custo do serviço odontológico. O poder responsável dos profissionais e estagiários estão mais próximos do correto.

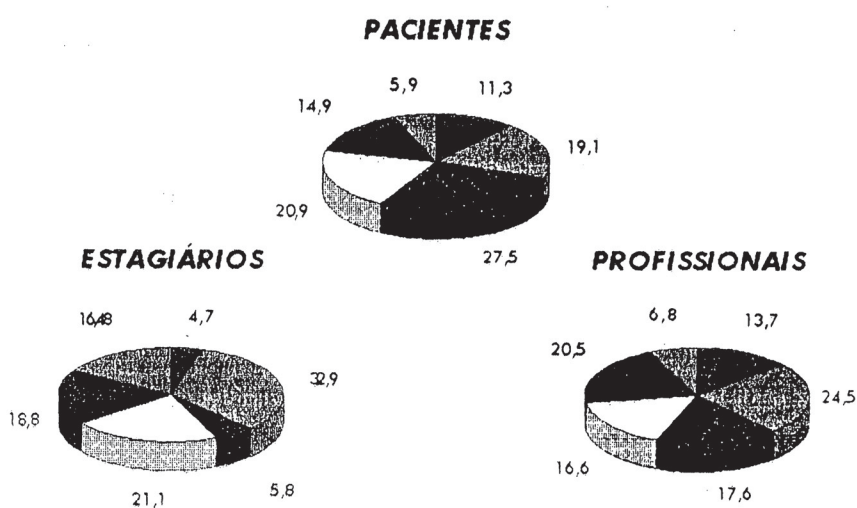
QUESITO 31

DAS CAUSA DE OCORRER DOR DURANTE OS TRATAMENTOS

Perguntas do tipo fechado para saber quais os fatores determinantes da dor durante o tratamento. De uma forma geral, os pacientes não questionam a dor durante o tratamento.

Paciente/profissional/estagiário - *No tratamento odontológico, você atribui a dor a:*

- Boca ser muito sensível
- Há pessoas que são mais sensíveis
- O tratamento é doloroso mesmo
- Os tratamentos complicam às vezes
- O dentista não tem jeito ao tratar
- O dentista não explica o tratamento



De novo os profissionais e estagiários indicaram haverem pessoas mais sensíveis, porém é erro indicar todas as pessoas como sensíveis. Os pacientes indicaram os tratamentos serem dolorosos mesmo. Portanto ambas as respostas estão cultuando dogmas a respeito da dor. Ela ocorre, nos tratamentos, numa proporção muito menor das indicadas nas respostas.

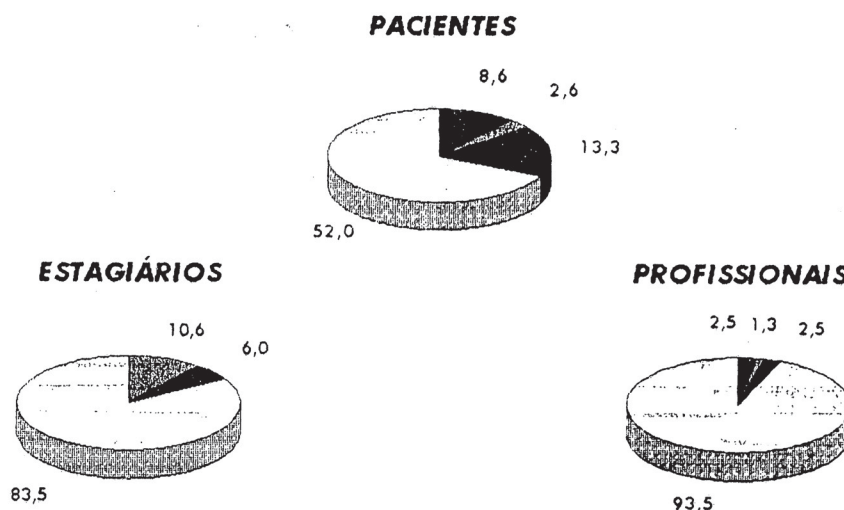
QUESITO 32
DA CONDUTA A SEGUIR
QUANDO O TRATAMENTO NÃO FICAR SATISFATÓRIO

O paciente, ao ser colocado em situação frustrante, quanto ao fracasso, reage defendendo seus direitos. Por outro lado, como o profissional procederá frente à cobrança de um tratamento não satisfatório ?

Paciente - *Se o tratamento não ficasse da maneira desejada, o que você faria?*

Profissional/estagiário - *Se o tratamento não ficasse da maneira desejada, você acha que a solução mais justa para o paciente seria:*

- Pedir o dinheiro de volta
- Mudar de dentista
- Processá-lo por danos pessoais
- Conversar à procura de soluções



Todos buscam uma solução conversando. Mas o paciente mais que os profissionais e estagiários mudariam de dentista e/ou o processariam por danos pessoais.

QUESITO 33

DO ERRO PROFISSIONAL GRAVE, COMO PERDER UM OU VÁRIOS DENTES

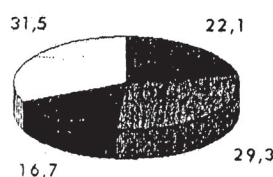
Com a conscientização e ampla divulgação do direito do consumidor, o erro profissional tornou-se um filão para muitos advogados, mas, de fato, como estará ocorrendo, e qual o entendimento das populações alvo.

Paciente - *Se o dentista cometesse um erro grave, e você viesse a perder um ou vários dentes, por erro profissional, você:*

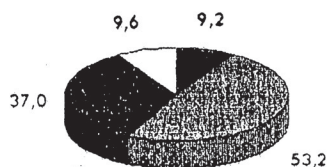
Profissional/estagiários - *Se você cometesse um erro grave, e em função disto o paciente viesse a perder um ou vários dentes, por erro profissional, ele:*

- Errar é humano
- ▨ Processaria pedindo indenização
- Exigiria o dinheiro de volta
- Mudaria de dentista

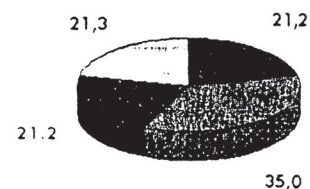
PACIENTES



ESTAGIÁRIOS



PROFISSIONAIS



Todas as populações envolvidas indicaram, em maior proporção, como conduta exigir indenização e mudar de profissional

5.2 EMPATIA:

QUESITO 2

DO MOTIVO QUE O LEVA O PACIENTE A TROCAR DE DENTISTA

Procurou-se descobrir as causas prováveis pelas quais os pacientes trocam de profissional. As respostas espontâneas foram das mais variadas: descontentamento com o serviço; antipatia; preço, mudança de endereço. Respostas ligadas ao relacionamento humano do tipo empático. (em aberto)

Paciente: *Qual o motivo que o leva a trocar de dentista?*

Profissional/Estagiário: *Qual o motivo que leva o seu paciente a trocar de dentista?*

■ Descontentamento

■ Antipatia

■ Preço

□ Mudança de endereço
(do Prof. ou do Pac.)

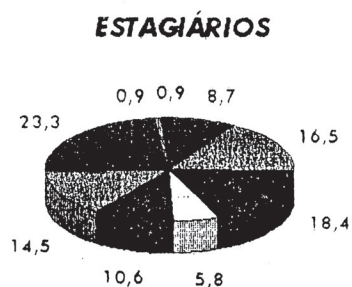
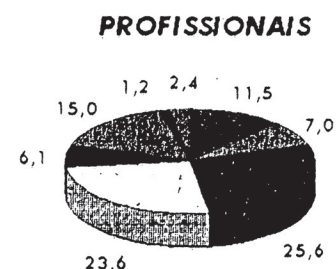
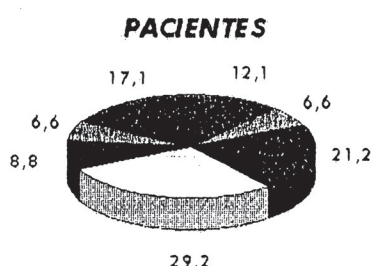
■ Perda de algum serviço
ou dente

■ Atendimento insatisfatório

■ Qualidade

■ Indicação de um outro

■ Horário



As respostas em maior número foram: preço; qualidade ruim do trabalho; mau atendimento; descontentamento; mudança de endereço do paciente ou do profissional; antipatia; perda do dente; horário incompatível.

O descontentamento pode ser por qualidade ruim do trabalho, mau atendimento ou antipatia, assim como a perda do dente. Mas todos estes itens são relacionados ao perfil do profissional ou aquilo que o paciente entende que seja.

Os profissionais (49,0%) acreditam que os pacientes mudam por fatores negativos dos próprios profissionais, coincidindo com os pacientes (51%) mudam por estes motivos. No caso dos estudantes a qualidade dos serviços, a forma de atender, a antipatia e o descontentamento somam 66%.

Fica claro que, enquanto o profissional procura entender melhor o seu paciente, o estagiário está mais preocupado com a sua imagem frente ao paciente (insegurança).

QUESITO 4

DO QUE MAIS AFLIGE QUANDO VAI AO DENTISTA

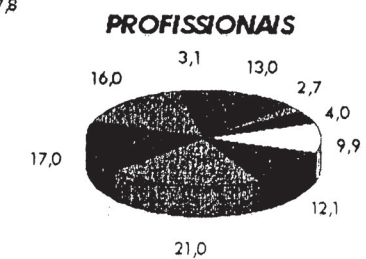
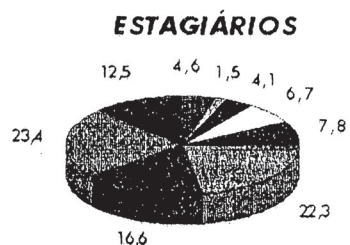
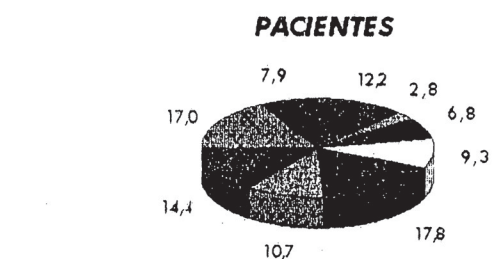
A ida ao consultório para tratamento produz alguns temores e aflições. E, uma vez lá, exacerbam-se outros mais. Este quesito, de caráter altamente emotivo, possibilitou evidenciar a empatia e também analisou-se a relação, vista com o fator perda de tempo. A perda de tempo quando se vai ao dentista é um dos motivos que recebe crítica do paciente. Foi relacionado este tipo de aflição frente a outras ações, como aguardar na sala de espera para ser recepcionado; ser obrigado a esperar devido ao atraso do profissional; ou mesmo ter que voltar sem ser atendido, ou

ações efetivamente stressantes, tais como ouvir o barulho da broca; reclamações na sala de espera; mau humor ou indiferença do profissional.

Paciente – *O que mais o aflige quando vai ao dentista? Assinale até 3 ítems.*

Profissional/estagiário – *O que mais aflige o paciente quando vai ao dentista? Assinale até 3 ítems.*

- Aguardar na sala de espera
- Não ser recepcionado logo que chega
- Dentista ainda não chegou
- Dentista estar atrasado em seu horário
- Não ser atendido, tendo que voltar
- Ouvir a broca na sala de espera
- Ouvir reclamações
- Indiferença ou mau-humor do dentista
- Antipatia do dentista ou vice-versa



No entendimento dos estagiários o que mais aflige os seus futuros pacientes é a indiferença ou mau humor do dentista em atendê-lo e ouvir a broca na sala de espera.

Para os pacientes é saber que não será atendido, tendo que voltar outro dia e também saber que o seu dentista não simpatiza com ele ou vice versa.

No entanto, os profissionais entendem que seus pacientes não gostam de ouvir a broca na sala de espera e em segunda escolha o fato de ouvir reclamações de outros pacientes sobre a qualidade ou demora do tratamento.

Observou-se também que a relação do tempo, para os pacientes (48,6%) , é tão importante quanto as ações reconhecidamente estressantes. Se comparados as outras populações ,os profissionais (41,7%) entendem a importância da economia do tempo contra apenas 24,7% dos estagiários que não elegeram as 5 primeiras opções como prioritárias; indicando pouca valorização do tempo do paciente (falha no relacionamento interpessoal).

QUESITO 5

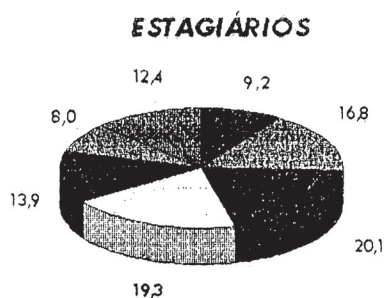
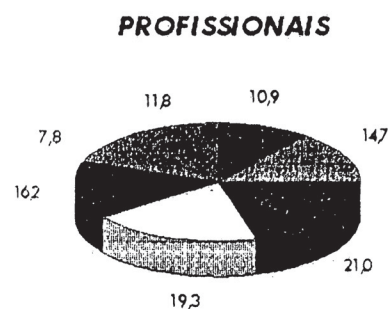
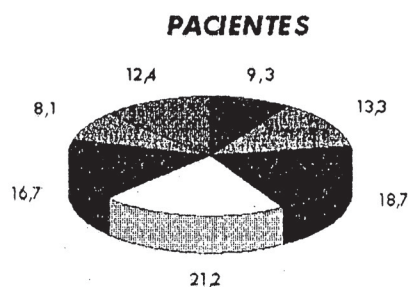
DA IDENTIFICAÇÃO E SATISFAÇÃO COM SEU DENTISTA

Enfatizou-se a densidade emocional da forma qualitativa (singularizada). As respostas não se dão em escala, mas medem-se os motivos eletivos de cada entrevistado.

Pacientes - *Enumere pelo grau de importância o que mais simpatiza saber do seu dentista.*

Profissional/estagiário - *Enumere pelo grau de importância o que o seu paciente mais simpatiza saber de você.*

- Mesma idade e o mesmo pensamento
- ▒ Prestígio na classe odontológica
- Curso de especialização
- Trabalha por gostar, não depende da profissão
- Atende a todas as faixas sociais
- ▒ Tem clientela selecionadíssima
- ▒ Venceu na vida sozinho e está famoso



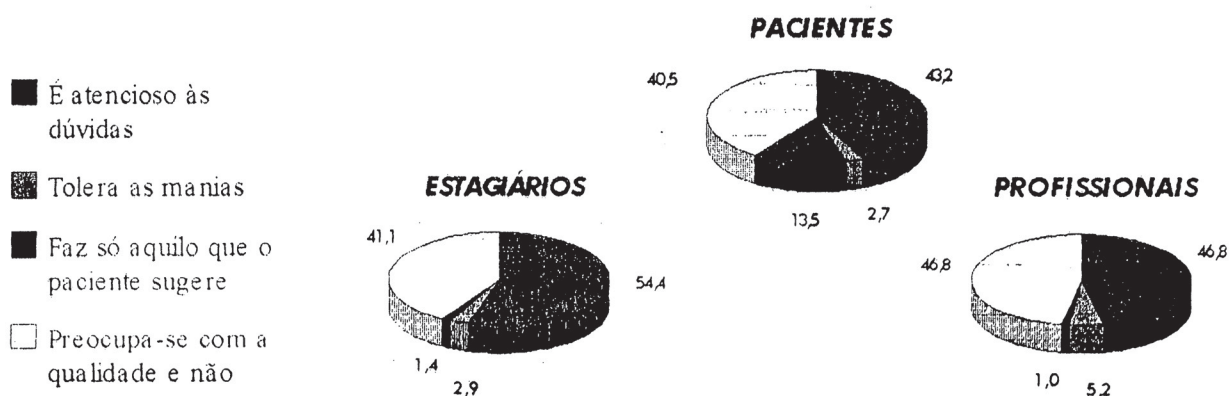
Todos são unânimes em afirmar que a especialização (formação técnica) e trabalhar por gostar (motivação) são os fatores que mais provêm a simpatia e a satisfação dos pacientes. O esforço de quem

venceu na vida sozinho e o despreendimento de quem atende a todos também foram reconhecidos, ressaltando mais ainda a importância do lado humanista

QUESITO 10 DO PROFISSIONAL IDEAL

A atenção dada pelo profissional ao paciente, e a necessidade desta atenção, é própria no estado de doença.

Paciente/profissional/estagiário - *Na sua opinião, qual o dentista ideal?*



As três populações indicaram o mesmo perfil: O profissional deve ser atencioso as dúvidas, preocupando-se com a qualidade e não o custo do serviço.

A qualidade é mensurada pela valorização humana somados ao conhecimento técnico.

QUESITO 14

DO QUE MAIS O AGRADOU NO ULTIMO TRATAMENTO

Os pacientes têm sempre a última ação como a referência mais próxima, porém, não necessariamente a mais importante. Propôs com isto não colher a idéia pré-formada do paciente, ora, é o ultimo tratamento que traduz a sua satisfação. Justificam-se as questões 14 e 15 também, para os estagiários e profissionais, por refletir além do grau de empatia pelo paciente, assim como a qualidade do poder responsável para com ele. (em aberto)

Paciente - *O que mais agradou no último tratamento?*

Profissional/estagiário - *O que mais agrada nos tratamentos?*

■ Satisfação pelo paciente

■ Qualidade do serviço executado

■ Satisfação pessoal

□ Resulta do final

■ Colaboração com o outro

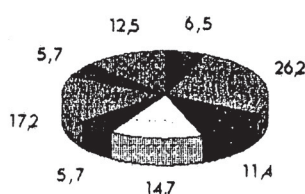
■ Conversa e bate-papo

■ Recuperação dos dentes

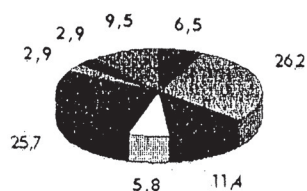
■ Rapidez

■ Honorários

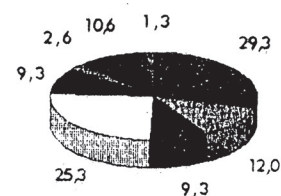
PACIENTES



ESTAGIÁRIOS



PROFISSIONAIS



Os pacientes indicaram a qualidade e o bate-papo (relações humanas). Os profissionais indicaram a satisfação do paciente e o resultado estar satisfatório. Os estagiários indicaram a qualidade e a colaboração com o outro (relação de ajuda). Pacientes e estagiários indicaram o mesmo perfil.

QUESITO 15

DO QUE MAIS DECEPCIONA NOS TRATAMENTOS

O poder responsável e a empatia podem ser confirmados ao final do tratamento. Também os fatores técnicos, planejamento, qualidade, ou empáticos, tais como satisfação e confiança, poderão ser determinantes ao término do tratamento para produzir um final feliz ou não. (em aberto)

Paciente - *O que mais decepcionou no último tratamento?*

Profissional/estagiário - *O que mais decepciona nos tratamentos?*

■ Impossibilidade de terminar

■ Descontentamento

■ Não colaboração

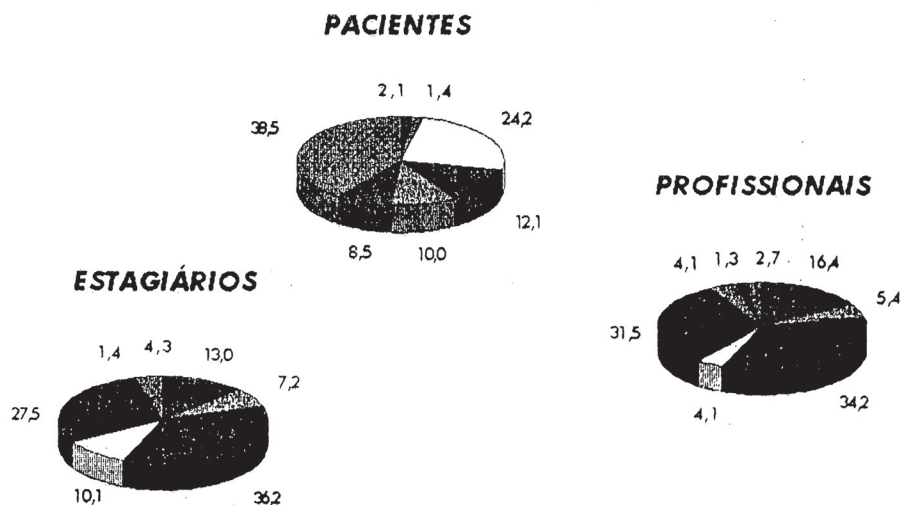
□ Insatisfação

■ Acidentes (iatrogenias)

■ Dor

■ Demora

■ Preço



O preço é fator decepcionante para os pacientes na mesma proporção que a falta de colaboração dos pacientes para com os profissionais e estagiários.

Nenhum dos pacientes indicaram a não colaboração como fator que decepcionou no último tratamento, delegando a responsabilidade da decepção ao preço e a algum tipo de insatisfação.

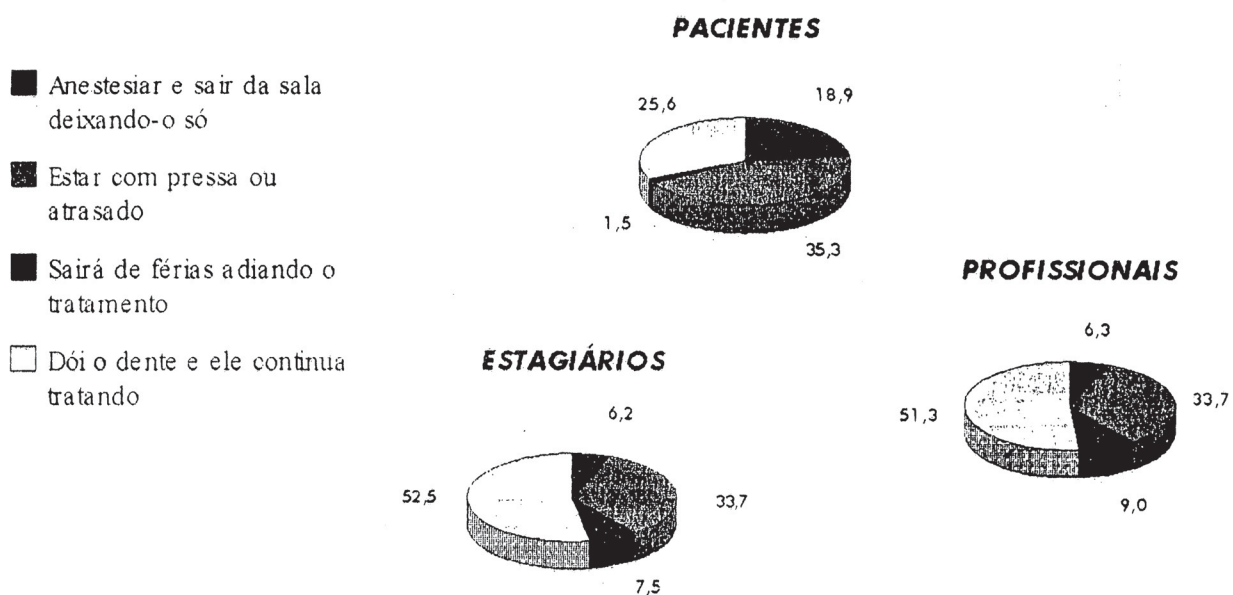
QUESITO 19

DA IRRITAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL

Há situações momentâneas que irritam o paciente, demonstrando as possibilidades que podem afetar a empatia entre ambos.

Paciente – *Você se chateia com seu dentista quando:*

Profissional/estagiário – *O paciente se chateia com seu dentista quando:*



A dor é a preocupação maior dos profissionais e dos estagiários, explica-se pela própria formação técnica e ética em relação a seu paciente. O paciente indicou a falta de atenção pelo profissional: demonstração de estar com pressa ou atrasado.

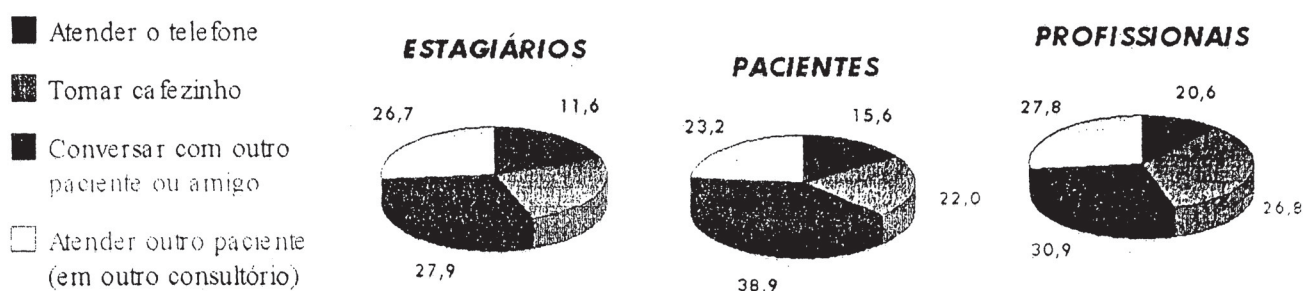
QUESITO 20

**DA IRRITAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO EM QUE O
PROFISSIONAL INTERROMPE UM PROCEDIMENTO PARA FAZER
OUTRA COISA**

No mesmo raciocínio da questão 19: no ato operatório (no momento em que o profissional está executando um tratamento) e o interrompe para atender o telefone; conversar ou atender outro paciente; tomar café. O paciente muitas vezes está numa posição incômoda, imobilizado, e quer logo encerrar a sessão; e este demonstra diminuição de atenção ao paciente.

Paciente – *O que mais o chateia quando o dentista interrompe o tratamento para:*

Profissional/estagiário – *O paciente chateia-se quando seu dentista interrompe o tratamento para:*



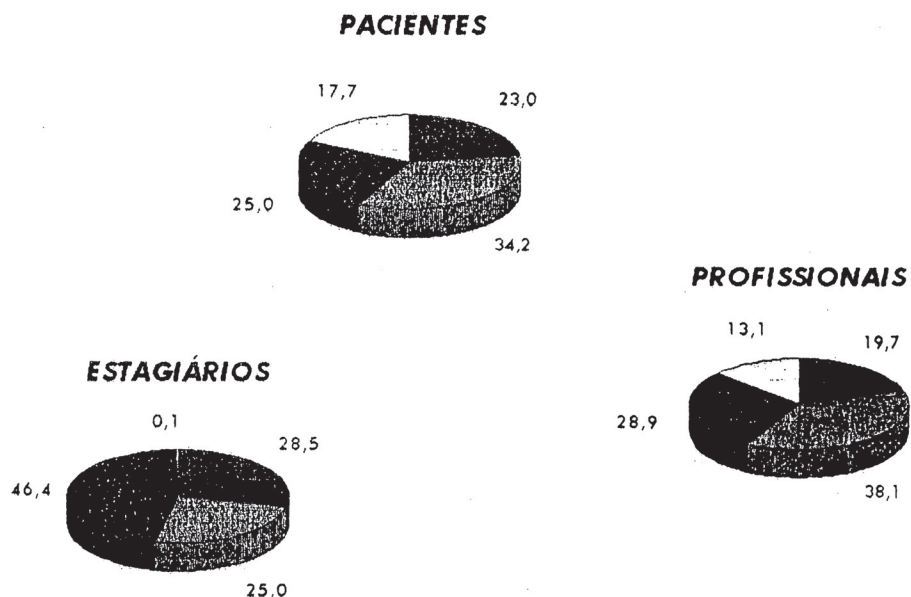
Os pacientes querem ser o alvo de atenção e mesmo que outro paciente necessite ser atendido ele chateia-se com interrupções para conversar ou atender outro paciente ou amigo. Os profissionais concordam com os pacientes. Os estagiários indicaram tomar cafezinho como fator de maior irritação

QUESITO 22
DOS PROCEDIMENTOS QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS
DURANTE O TRATAMENTO

A questão propôs a busca de uma alternativa de tratamento, e até conhecer melhor o paciente, para poder atenuar os procedimentos não tolerados pelo paciente tais como anestesia, broca, boca aberta por muito tempo, dentista falando.

Paciente/profissional/estagiário – *Se pudesse eliminar do tratamento, quais itens retiraria?*

- Anestesia
- Broca
- Ficar de boca aberta por muito tempo
- Falar com você (mas não permitir que você feche a boca)



A broca continua causando o grande medo dos pacientes segundo suas indicações e dos profissionais, em contrapartida os estagiários indicaram que falar com o paciente, mas não permitir que o mesmo feche a boca. Os estagiários demoram muito na execução dos serviços.

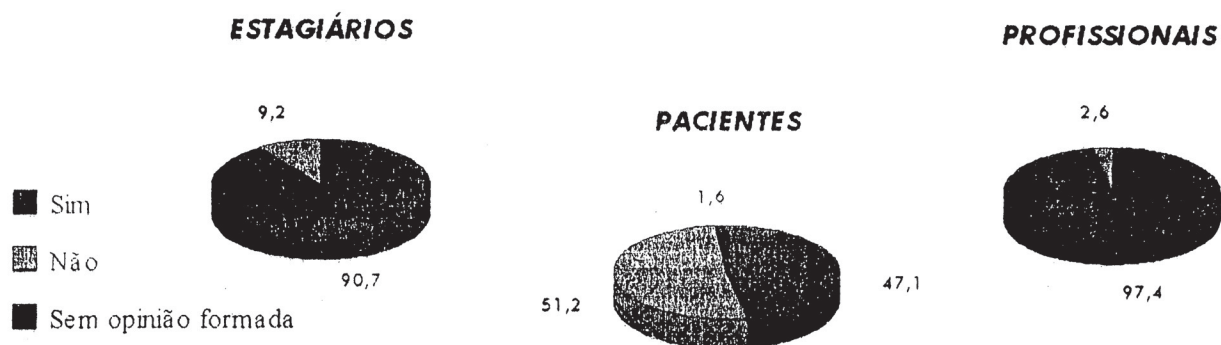
QUESITO 25

DO NÃO ATENDIMENTO NUMA EMERGÊNCIA, MAS ENCAMINHAMENTO PARA OUTRO PROFISSIONAL

Não se pode prever quando vão ocorrer as emergências odontológicas. Muitas vezes os cirurgiões dentistas não podem atender seus pacientes, qual será o entendimento do paciente, ele aceitará ser atendido por outro profissional desconhecido ou entenderá o caráter emergencial do seu problema? Questão aberta do tipo empático.

Paciente - *Numa emergência, se seu dentista não puder atendê-lo e encaminhá-lo para outro profissional, você se chateará?*

Profissional/estagiários - *Numa emergência, se não pudesse atender, encaminharia o paciente para outro profissional?*



O paciente tem confiança no profissional, a sua dor pode ser de responsabilidade ou quebra de confiança dele e o não atendimento representa falta de atenção, por isso 47,2% chateiam-se Mas 51,2% entendem como parte do todo processo de relação.

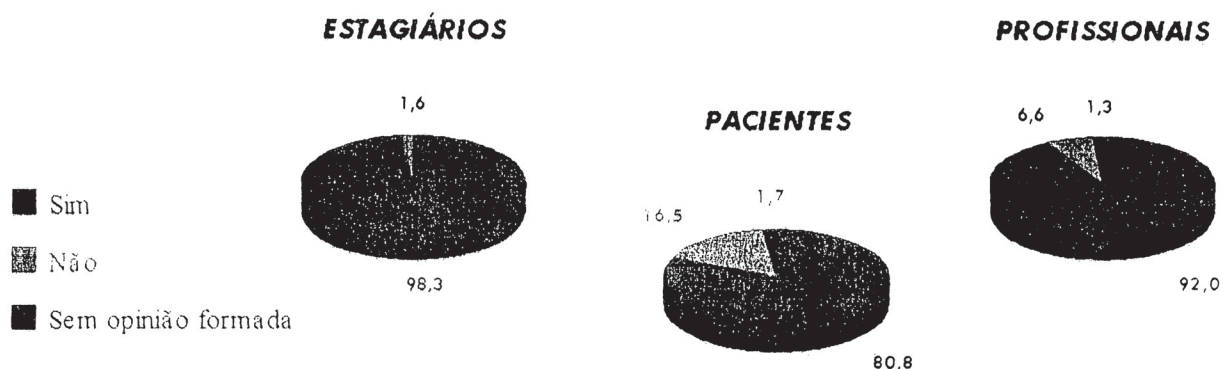
Os profissionais e estagiários em sua grande maioria encaminham por entenderem melhor a relação e a situação emergencial.

QUESITO 26
DO RELACIONAMENTO DO PROFISSIONAL
COM A SECRETÁRIA OU FUNCIONÁRIO DE APOIO

Esta questão, de relacionamento empático com as auxiliares ou funcionários de apoio, procurou saber se existe relação afetiva das populações envolvidas com as auxiliares do consultório e se esta relação poderá interferir com a relação profissional/paciente.

Paciente - *Você se incomoda quando seu dentista trata mal a secretária ou outro funcionário do consultório?*

Profissional/estagiário - *Você se incomoda quando seu paciente trata mal a secretária ou outro funcionário do consultório?*



Todos são unânimes mostrando forte relação que há com o pessoal de apoio. A transferência de responsabilidade e de ações é acompanhado da transferência afetiva.

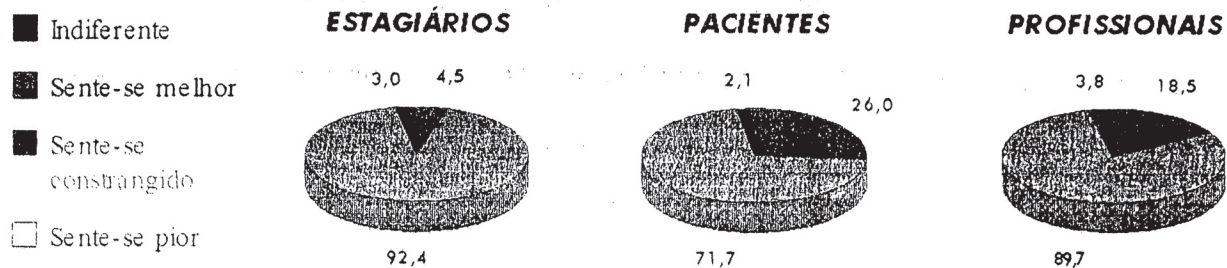
QUESITO 27

DA AUXILIAR E PESSOAL DE APOIO SEREM ATENCIOSOS E DESCONTRAÍDOS

Também de poder empático, a questão 27 procurou entender a interferência que pode ter na relação profissional/paciente a presença ativa do pessoal de apoio e de interligação.

Paciente – *Quando a secretária o trata como se o conhecesse há muito tempo, você:*

Profissional/estagiário – *Quando a secretária trata o paciente como se o conhecesse há muito tempo, ele mostra-se:*



De igual análise, todos sentem-se melhor.

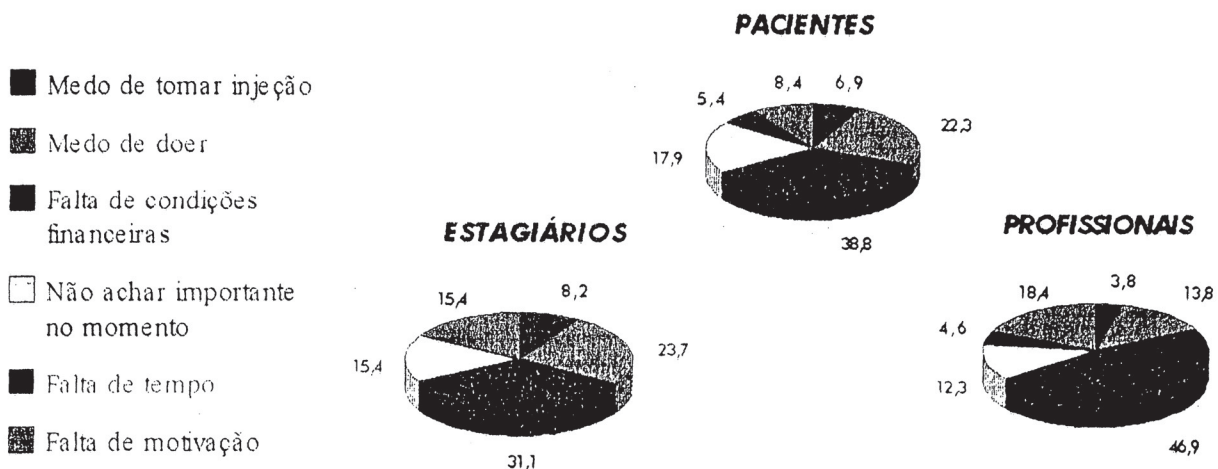
5.3 POLISSÊMICOS (VÁRIAS INTERPRETAÇÕES)

QUESITO 3

DAS PESSOAS NÃO IREM AO DENTISTA

A ausência dos pacientes nos consultórios, além da própria crise econômica que vivemos, pode ser questionada e de utilidade para a elaboração de estudos específicos.

Paciente/profissional/estagiário – *A seu ver, a maioria das pessoas não vão ao dentista devido a:*



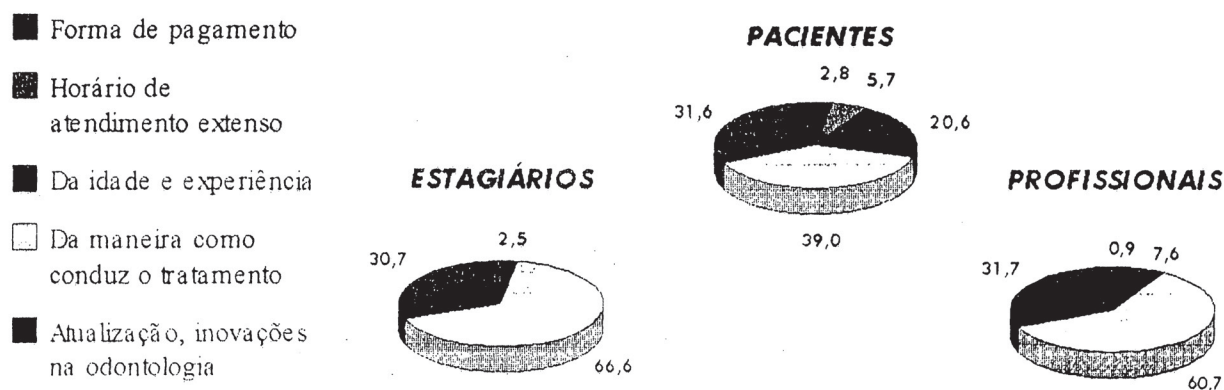
A falta de condições financeiras é o grande motivo que afasta os pacientes. Por outro lado, analisando as segundas maiores respostas, temos: os estagiários (23,7%) e pacientes (22,3%) acreditam ser o medo de doer. Porém os profissionais (18,3%) crêem ser apenas falta de motivação.

QUESITO 17

DO FATOR CONFIANÇA NO PROFISSIONAL

A confiança depende da maneira como foi conduzido o tratamento, a apresentação do profissional e de seu consultório aumenta ou diminui a empatia. A confiança do paciente começa de forma empática na comparação que este possa fazer de atitudes que ele conhece, tais como condições satisfatórias, identificação com o profissional e análise dos fatores empáticos.

Paciente/profissional/estagiário -- *Você acredita que a confiança no profissional depende de:*



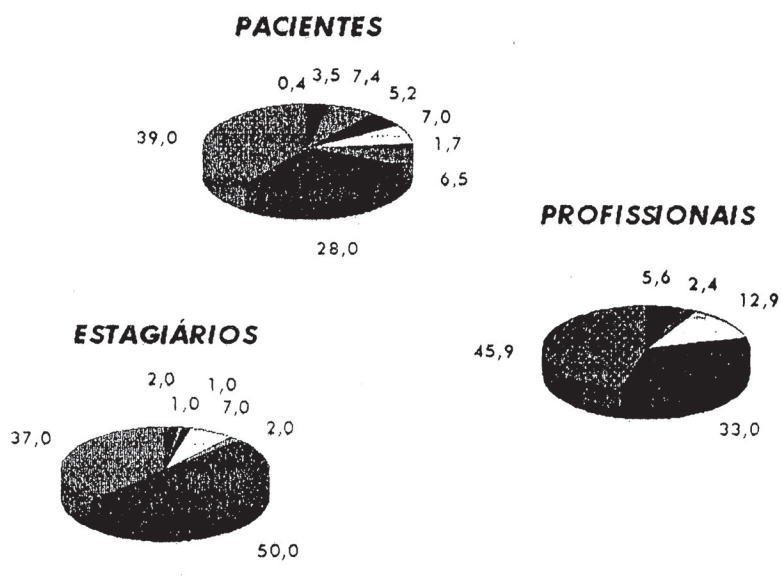
Os pacientes (20,6%) em maior numero que os profissionais (7,6%) e estudantes (2,5%) elegeram o fator idade e experiência como fundamental. Mas as três populações concordaram ser a maneira como conduz o tratamento é que depende a confiança.

QUESITO 18

DO FATOR CONFIANÇA NO PROFISSIONAL

Paciente/profissional/estagiário - *O dentista também merece sua confiança se tiver:*

- Consultório bem decorado
- Equipamento do último tipo
- Várias secretárias
- Sempre uniformizado
- Revista da semana
- Café e refrigerante na sala de espera
- Barba feita, unhas e cabelos arrumados
- Consultório limpo apenas
- Outras opções



Continuando a questão dos fatores que levam ao paciente a ter confiança no profissional, a apresentação da estrutura de atendimento, no caso o consultório, indiscutivelmente as populações indicaram em primeiro lugar a limpeza e a higiene do profissional como merecedor de maior confiança.

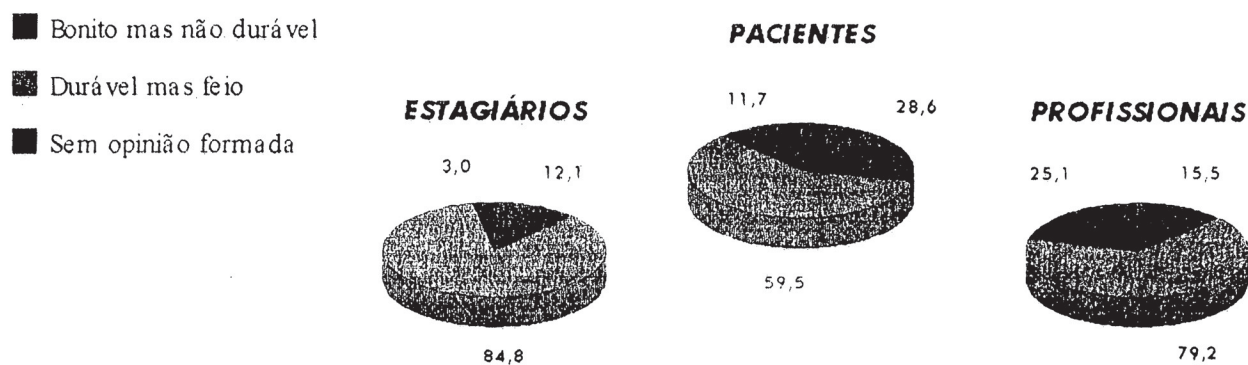
Mas podemos detectar que os pacientes valorizam e se impressionam com detalhes de conforto (itens a,b,c,d,e,f,) contra nenhum dos profissionais/estagiários (itens c,d,e,).

QUESITO 21

DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SER SEMPRE O MAIS ESTÉTICO E BONITO MESMO QUE NÃO DURE MUITO

Há pacientes que querem os dentes sempre bonitos, mas há casos em que a estética fica prejudicada, e um dente ou gengiva bem tratados, necessariamente não são estéticos. Em resposta fechada (sim, não, não sei), esta questão buscou saber se o brasileiro difere de outros povos quando tem que optar entre o bonito ou o durável. Questão polissêmica.

Paciente/profissional/estagiário - *A seu ver o tratamento deve ser sempre mais estético e bonito, mesmo que não dure muito?*



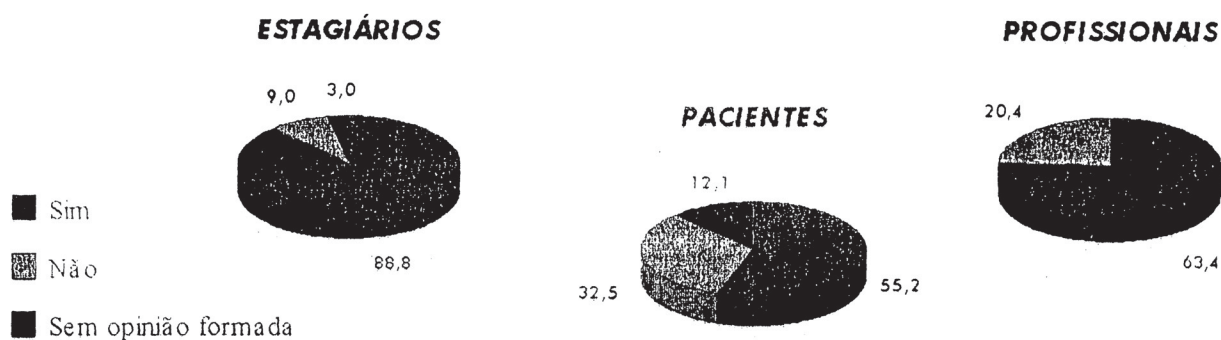
A estética é mais enraizada no paciente que nos profissionais e estagiários. Mas o que evidencia é que grande número dos profissionais (15,1%) não terem opinião formada. Assim como os pacientes (28,6%) preferem comprometer a durabilidade do serviço em favor da estética.

Os estagiários também indicam os trabalhos serem duráveis como preocupação ética com seu paciente.

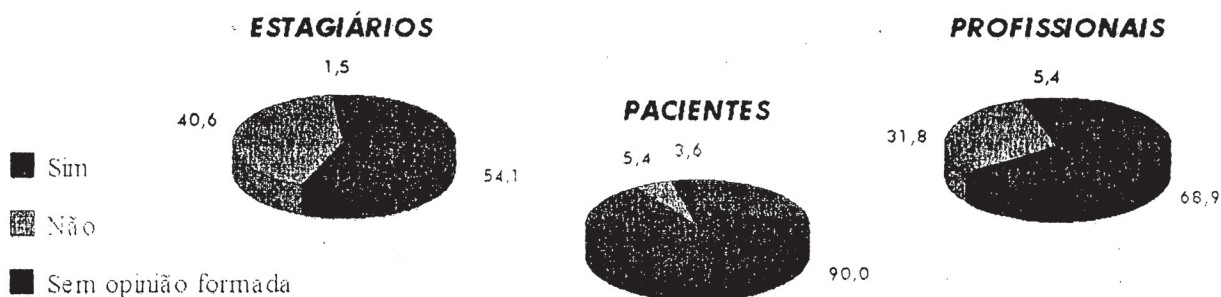
QUESITOS 23 E 24
DA CONSCIENTIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE BIOSEGURANÇA
DO PROFISSIONAL

Os pacientes apresentam várias fobias e preconceitos dos dentistas, principalmente quanto ao risco de contaminação nos consultórios.

Paciente/profissional/estagiário - *Você acredita que possa pegar doença contagiosa (aids, hepatite, etc.) no consultório?*



Paciente/profissional/estagiário - *Você acredita que os dentistas estão tomando os cuidados possíveis para não contagiar seus pacientes?*



Os pacientes relacionam menos o perigo de se contaminarem. Os profissionais um pouco mais que os pacientes por terem evidências

do seu cotidiano. Porém os estagiários com uma formação mais atual estão mais conscientes da possibilidade de contaminação. Neste caso os estagiários estão tecnicamente corretos.

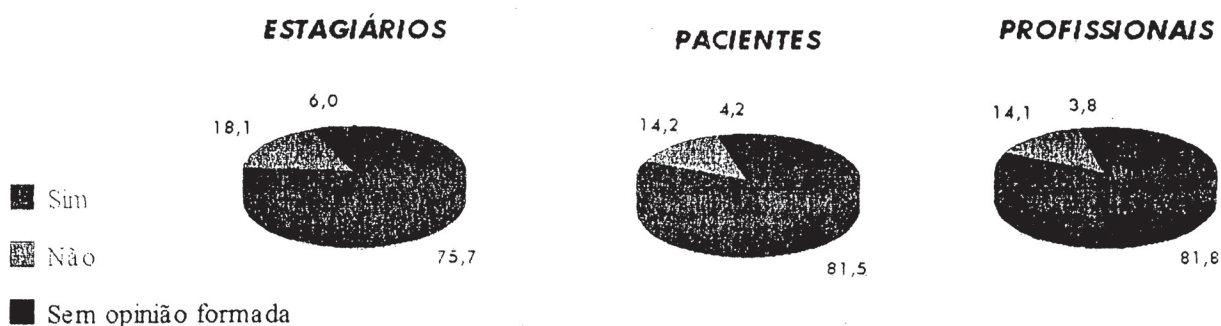
QUESITOS 28 E 29

DO GOVERNO TER CONDIÇÕES DE EXECUTAR TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS CORRETOS

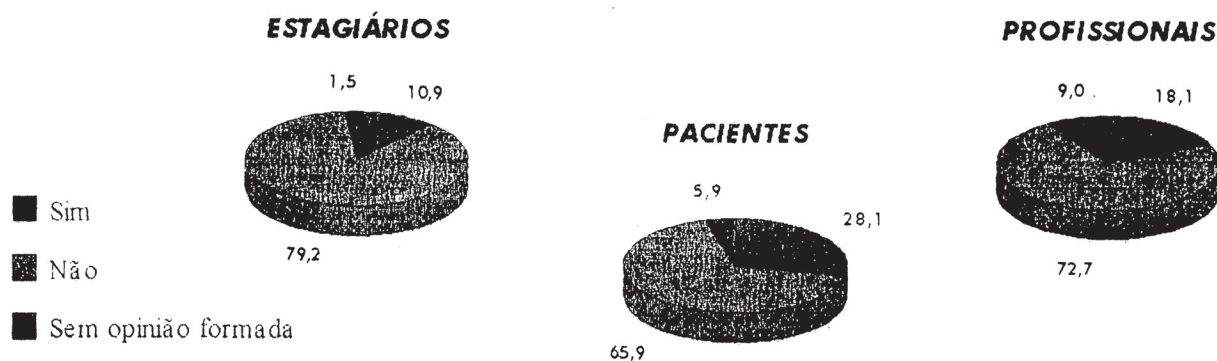
O governo é responsável pela saúde da população. Nestas perguntas, procurou-se avaliar a sua responsabilidade, a qualidade e satisfação dos serviços executados.

Sempre se falou que os serviços públicos, de uma maneira geral, são ruins, principalmente quanto à saúde. Com estas questões, procurou-se verificar se houve alguma mudança no preconceito contra o governo. Perguntas do tipo polissêmicas.

Paciente/profissional/estagiário - *Na sua opinião, o governo tem condições de executar tratamentos odontológicos em postos de saúde, INPS, escolas ou prefeituras?*



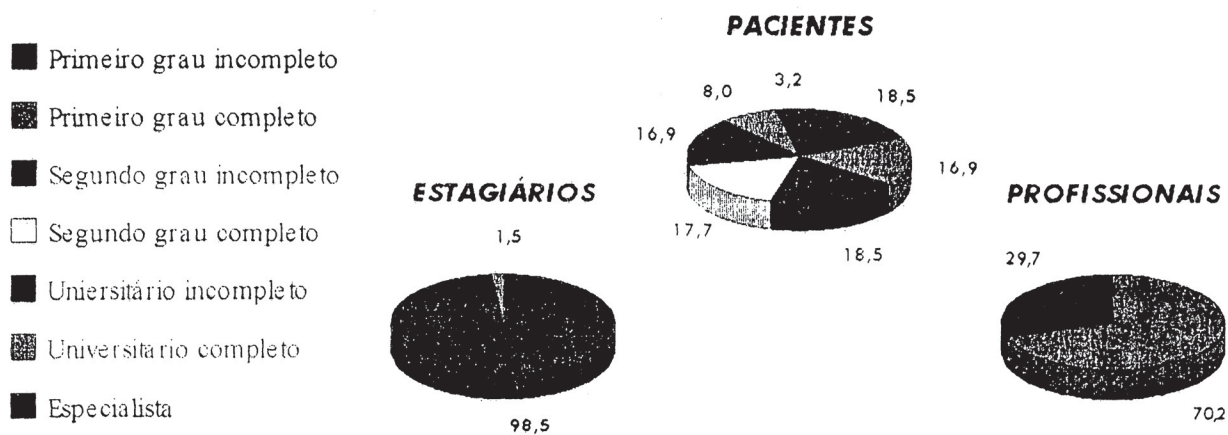
Paciente/profissional/estagiário - *Você acredita que os serviços prestados pelo governo são satisfatórios?*



O grau de conhecimento é igual nas três populações

QUESITO 34

GRAU DE ESCOLARIDADE



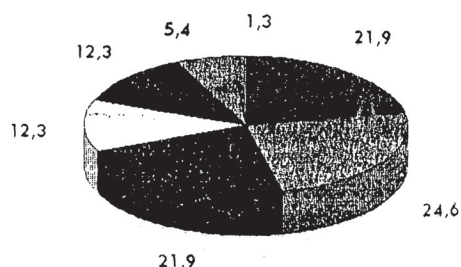
Os pacientes (46,6%) objeto de estudo apresentam no mínimo o 2º grau completo.

QUESITO 35

DO TEMPO DE FORMADO DO PROFISSIONAL

- Até 5 anos
- De 5,5 a 10 anos
- De 10,5 a 15 anos
- De 15,5 a 20 anos
- De 20,5 a 25 anos
- De 25,5 a 30 anos
- De 30,5 a 35 anos
- Mais de 35 anos

PROFISSIONAIS



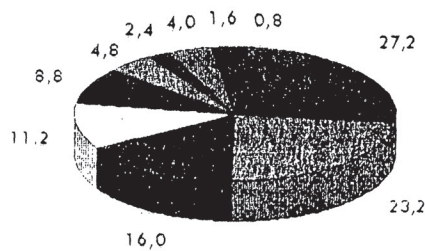
Os profissionais (68,4%) estão formados a menos de 15 anos sendo a maior força ativa de trabalho.

QUESITO 36

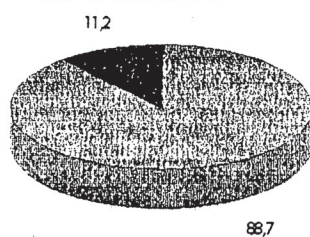
DA IDADE

- De 15 a 20 anos
- De 20,5 a 25 anos
- De 25,5 a 30 anos
- De 30,5 a 35 anos
- De 35,5 a 40 anos
- De 40,5 a 45 anos
- De 45,5 a 50 anos
- De 50,5 a 55 anos
- De 55,5 a 60 anos
- De 60,5 a 65 anos
- De 65,5 a 70 anos

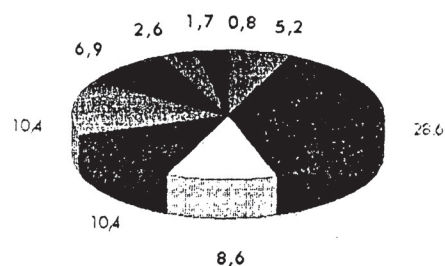
PACIENTES



ESTAGIÁRIOS



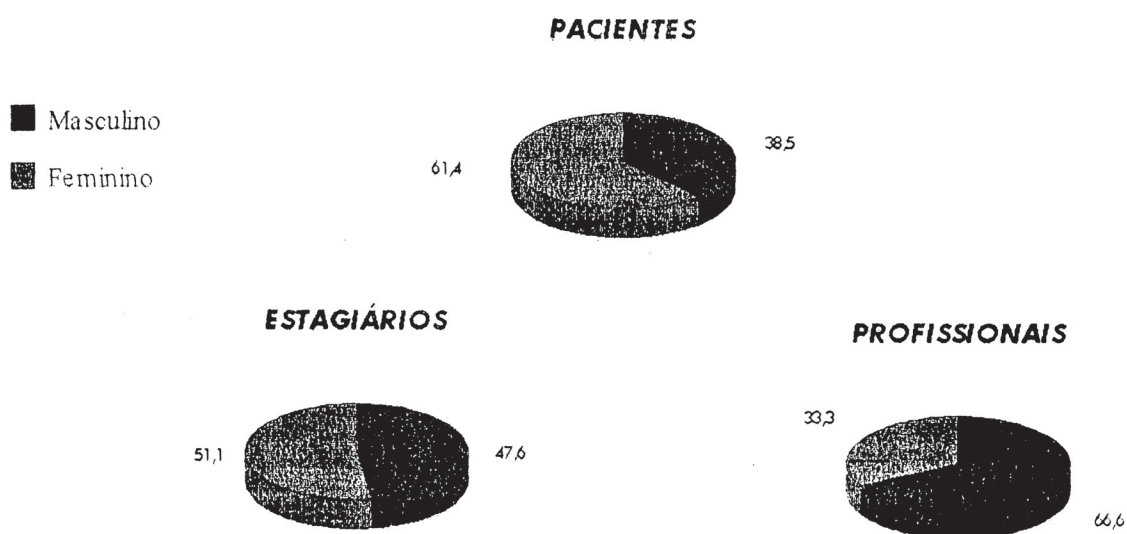
PROFISSIONAIS



Os pacientes (66%) estão com menos de 30 anos e representam uma população jovem.

QUESITO 37

DO SEXO



A maioria dos pacientes que estão em tratamento são do sexo feminino e os profissionais são do sexo masculino

6.0 CONCLUSÕES

O nosso problema era pesquisar as facetas do relacionamento profissional, estagiário/paciente com a finalidade de saber se o estagiário possui qualificações necessárias para conhecer o seu paciente assim como para saber se o mesmo avalia o relacionamento humano do modo como o paciente requer.

Temos como objetivo dessa investigação recolher subsídios para propor ajustes curriculares, visando a introdução de disciplinas auxiliares na melhora do relacionamento humano.

Para obtermos esses dados, resolvemos examinar como é representado o atendimento odontológico pelos pacientes, estagiários e profissionais observando o poder responsável; a empatia e polissêmicos (ambos). De posse dos resultados constatamos:

6.1 PODER RESPONSÁVEL

Os estagiários crêem que seus pacientes deverão retornar a cada seis meses, mas o retorno ocorre em média a cada 2 anos. Indicando que tanto o estagiário como o profissional desconhecem esta postura nos seus pacientes.

A relação de ajuda dos estagiários com seu pacientes ocorre menos, por estarem preocupados em aprender e executar a técnica corretamente, não direcionando atenção para a relação interpessoal.

O relacionamento entre ambos explicitado na relação de tempo mostrou ser falho. Falta orientação e conscientização para o paciente.

O estagiário não domina a técnica, por isso, acredita que os atendimentos devam ser mais curtos, aumentando o número de atendimentos, contrariando a vontade dos pacientes, que querem tratamentos de duração mais curta. A deficiência nas informações e esclarecimentos dificultam o relacionamento.

Os estagiários desconhecem os anseios dos pacientes também em relação ao tempo de cada sessão ao indicarem que seus pacientes não aceitariam um longo período de boca aberta quando na verdade os pacientes não se importam.

O entendimento e o bom relacionamento começam com a criação sistemática de transferência de responsabilidade ao paciente. Porém o estagiário desconhece o grau de conhecimento de odontologia que seu paciente tem. Os pacientes indicaram conhecerem em média 5 nomes técnicos de odontologia contra apenas 2 indicações dos estagiários.

A dor, ocasional nos tratamentos, segundo os profissionais e estagiários, se dá por haverem pessoas mais sensíveis, porém é erro indicarem todas as pessoas como sensíveis. Os pacientes indicaram ser os tratamentos dolorosos, ou seja, como erro na técnica.

Os pacientes, mais que os profissionais e estagiários, mudariam de dentista e os processariam judicialmente se ocorressem erros de tratamento. Todas as populações envolvidas indicaram como conduta exigir indenização e mudar de profissional.

6.2 A EMPATIA

Os pacientes trocam de profissionais por descontentamento. No caso dos estagiários, ficou claro que, enquanto o profissional procura entender melhor o seu paciente, o estudante está mais preocupado com a sua imagem frente ao paciente (insegurança).

A perda de tempo para os pacientes é tão importante quanto as ações reconhecidamente estressantes. Os estagiários não valorizaram a economia do tempo, indicando pouca importância.

Todos são unânimes em afirmar que a especialização (formação técnica) e trabalhar por gostar (motivação) são os fatores que mais provêm a simpatia e a satisfação dos pacientes. O esforço de quem venceu na vida sozinho e o despreendimento de quem atende a todos também foram reconhecidos, ressaltando mais ainda a importância do lado humanista.

É o último tratamento que traduz a satisfação, por refletir além do grau de empatia pelo paciente, assim como a qualidade do poder responsável.

Todos estão preocupados com a qualidade dos serviços e os resultados finais. Os profissionais buscam a satisfação e os estagiários a colaboração de seu paciente demonstrando nesta questão a insegurança na relação interpessoal.

Nenhum dos pacientes indicou falta de colaboração como fator que os decepcionou no último tratamento, fator este indicado pelos profissionais e estagiários. O paciente não indicou como decepcionante o fato dele não colaborar, delegou a responsabilidade da decepção ao preço.

Os custos dos serviços são altos, segundo os profissionais, por se tratarem de serviços altamente especializados e de alta qualidade. Mostraram o seu grau de desinformação os pacientes e estagiários, quando condicionaram ao custo do material.

A dor é motivo grave de irritação do paciente para com o profissional, segundo os profissionais e estagiários, (explica-se pela própria formação técnica e ética em relação ao seu paciente). Na verdade, os pacientes indicaram a falta de atenção pelo profissional – demonstração de estar com pressa ou atrasado – como motivo grave de irritação. Tanto profissionais quanto estagiários indicaram não analisar e entender o paciente humanisticamente e sim com visão tecnicista.

Os pacientes querem toda a atenção dos profissionais e sentem-se insatisfeitos mais com interrupções para conversar ou atender outro paciente ou amigo.

Dos procedimentos que deveriam ser eliminados durante o atendimento, os pacientes e profissionais indicaram a broca, por continuar causando o medo da dor, em contrapartida, os estagiários não dominam e demoram em demasia na execução da técnica ao indicarem falar com o paciente mas não permitir que ele feche a boca.

Muitas vezes os cirurgiões dentistas não podem atender seus pacientes, eles aceitam serem atendidos por outro profissional, as três populações entendem como parte de todo processo de relação.

Existe uma forte relação com o pessoal de apoio. A transferência de responsabilidade e de ações é acompanhada da transferência afetiva. Afirmando mais o valor do relacionamento interpessoal humanístico.

6.3 POLISSÊMICOS

O itens considerados polissêmicos (diferentes significados) apresentaram respostas mais próximas nas três populações.

A falta de condições financeiras é o grande motivo que afasta os pacientes dos consultórios, todos são unânimes nesta afirmação. Por outro lado, analisando a segunda resposta mais frequente, temos: estudantes e pacientes acreditam ser o medo da dor.

A confiança no profissional depende da maneira como é conduzido o tratamento e das inovações e atualizações que o mesmo apresenta. Os pacientes também indicaram a idade e a experiência como fatores importantes.

Os estagiários, ao indicarem os trabalhos preferencialmente duráveis, demonstraram concepção ética com seu paciente.

O governo tem condições de prestar serviços satisfatórios, mas ao fazerem não apresentam a qualidade mínima necessária.

A confiança no controle de biossegurança, segundo os pacientes, ocorre mais do que os próprios profissionais e estagiários crêem estarem fazendo.

6.4 CONCLUSÃO FINAL

Portanto, podemos concluir ser falho o ensino odontológico, na formação profissional, no que tange ao relacionamento interpessoal. A pouca ênfase dada ao paciente como ser humano, associado ao extenso conteúdo de conhecimento tecnicista, não forma profissionais com visão humanística prejudicando o relacionamento na vida profissional.

É necessária a inclusão de conteúdos programáticos específicos formadores de visão humanística na fase pré-clínica, como também durante os atendimentos clínicos, com ênfase na área comportamental.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

APRESENTAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Quesito 1
DO RETORNO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Paciente: VOCÊ RETORNA PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUANTO EM QUANTO TEMPO ?

Profissional/estagiário: O SEU PACIENTE RETORNA PARA TRATAMENTO DE QUANTO EM QUANTO TEMPO

RESPOSTAS

- 3 MESES
- 6 MESES
- 12 MESES
- SÓ QUANDO SURGE ALGUM PROBLEMA

Quesito 2
DO MOTIVO QUE O LEVA O PACIENTE A TROCAR DE DENTISTA

Paciente: QUAL O MOTIVO QUE O LEVA, A TROCAR DE DENTISTA ?

Profissional/estagiário: QUAL O MOTIVO QUE LEVA O SEU PACIENTE A TROCAR DE DENTISTA ?

RESPOSTA EM ABERTO

Quesito 3
DAS PESSOAS NÃO IREM AO DENTISTA

Paciente: A SEU VER A MAIORIA DAS PESSOAS NÃO VÃO AO DENTISTA DEVIDO A:
Profissional/estagiário: A SEU VER A MAIORIA DAS PESSOAS NÃO VÃO AO DENTISTA DEVIDO A:

- MEDO DE TOMAR INJEÇÃO
- MEDO DE DOER
- FALTA DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS
- NÃO ACHAR IMPORTANTE NO MOMENTO
- FALTA DE TEMPO
- FALTA DE MOTIVAÇÃO

Quesito 4

DO QUE MAIS AFLIGE QUANDO VAI AO DENTISTA

Paciente: O QUE MAIS LHE AFLIGE QUANDO VAI AO DENTISTA ? ASSINALE ATÉ 3 ÍTENS.

Profissional/estagiário: O QUE MAIS AFLIGE O PACIENTE QUANDO VAI AO DENTISTA? ASSINALE ATÉ 3 ÍTENS.

- () AGUARDAR NA SALA DE ESPERA
- () NÃO SER RECEPCIONADO LOGO QUE CHEGA
- () SABER QUE O DENTISTA AINDA NÃO CHEGOU
- () SABER QUE O DENTISTA ESTA ATRASADO EM SEU HORÁRIO
- () SABER QUE NÃO SERÁ ATENDIDO, TENDO QUE VOLTAR OUTRO DIA
- () OUVIR A BROCA NA SALA DE ESPERA
- () OUVIR RECLAMAÇÕES DE PACIENTES SOBRE A QUALIDADE OU DEMORA DO TRATAMENTO
- () INDIFERENÇA OU MAU HUMOR DO DENTISTA AO ATENDÊ-LO
- () SABER QUE O DENTISTA NÃO SIMPATIZA COM VOCÊ OU VICE-VERSA

Quesito 5

DA IDENTIFICAÇÃO E SATISFAÇÃO COM SEU DENTISTA

Paciente: ENUMERE PELO GRAU DE IMPORTÂNCIA O QUE MAIS SIMPATIZA SABER DO SEU DENTISTA:

Profissional/estagiário: ENUMERE PELO GRAU DE IMPORTÂNCIA O QUE O SEU PACIENTE SIMPATIZA SABER DE VOCÊ:

- () QUE TEM A MESMA IDADE E O MESMO PENSAMENTO QUE O SEU;
- () QUE TEM PRESTÍGIO NA CLASSE ODONTOLÓGICA
(presidente de Associação, Sindicato, Professor);
- () QUE POSSUI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO;
- () QUE TRABALHA POR GOSTAR E NÃO DEPENDER DA PROFISSÃO PARA SOBREVIVER;
- () QUE ATENDE A TODAS AS FAIXAS SOCIAIS SEM DISCRIMINAÇÃO;
- () QUE TEM CLIENTELA SELECIONADÍSSIMA
- () QUE CONSEGUIU TUDO SOZINHO E QUE COMEÇOU COM SACRIFÍCIO ESTANDO HOJE MUITO BEM E FAMOSO

Quesito 6

DA EXPLICAÇÃO E ESCLARECIMENTOS DOS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

Paciente: O SEU DENTISTA LHE MOSTRA TUDO QUE ESTA FAZENDO? SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA GOSTARIA DE UMA MAIOR PARTICIPAÇÃO.

Profissional/estagiário: VOCÊ MOSTRA TUDO QUE ESTÁ FAZENDO? SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA JUSTIFIQUE O PORQUÊ.

- () SIM
- () NÃO

Quesito 7

DO TEMPO QUE VAI DEMORAR E QUANTAS VEZES TERÁ DE VIR

Paciente: AO INICIAR UM TRATAMENTO TEM IDÉIA DO TEMPO QUE VAI DEMORAR E QUANTAS VEZES TERÁ QUE IR AO DENTISTA ?

Profissional/estagiário: AO INICIAR O TRATAMENTO TEM IDÉIA DO TEMPO QUE VAI DEMORAR E QUANTAS VEZES TERÁ QUE FAZER VIR O PACIENTE ?

RESPOSTAS EM ABERTO

Quesito 8

DO TEMPO DE TRATAMENTO QUANDO SENTADO NA CADEIRA

Paciente: QUANDO ESTÁ SENTADO NA CADEIRA VOCÊ PREFERE QUE O DENTISTA SEJA:

Profissional/estagiário: QUANDO O PACIENTE ESTÁ SENTADO NA CADEIRA ELE PREFERE QUE O DENTISTA SEJA:

- RÁPIDO E FAÇA APENAS UM SERVIÇO
- DEMORE E FAÇA VÁRIOS SERVIÇOS

Quesito 9

DO TEMPO DE TRATAMENTO QUANDO SENTADO NA CADEIRA

Paciente: QUAL O TEMPO QUE VOCÊ ACHA IDEAL OU SUPORTÁVEL FICAR NA CADEIRA DE BOCA ABERTA ?

Profissional/estagiário: QUAL O TEMPO QUE VOCÊ ACHA IDEAL OU SUPORTÁVEL FICAR NA CADEIRA DE BOCA ABERTA ?

- 15 MINUTOS DE TRATAMENTO
- 30 " " "
- 45 " " "
- 60 " " "
- NÃO TEM LIMITE DE TEMPO

Quesito 10

DO PROFISSIONAL IDEAL

Paciente: NA SUA OPINIÃO QUAL O DENTISTA IDEAL ?

Profissional/estagiário: NA SUA OPINIÃO QUAL O DENTISTA IDEAL ?

- AQUELE QUE É ATENCIOSO AS DÚVIDAS
- AQUELE TOLERA AS MANIAS
- AQUELE QUE FAZ SÓ AQUILO QUE O PACIENTE SUGERE
- AQUELE QUE SE PREOCUPA COM A QUALIDADE SEM SE PREOCUPAR COM O CUSTO FINANCEIRO

Quesito 11
DA CULTURA E CONHECIMENTO DE NOMENCLATURA ODONTOLÓGICA

ENDODONTIA, PERIODONTIA, PRÓTESE, APICECTOMIA,
 EXODONTIA, RESTAURAÇÃO, PLACA BACTERIANA,
 FRENECTOMIA, RIZECTOMIA, RADIOGRAFIA, OCLUSÃO.

Quesito 12
DOS CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO PACIENTE A PROCURAR O DENTISTA

Paciente: ENUMERE PELA SEQÜÊNCIA OS TRÊS ÍTENS MAIS IMPORTANTES QUE O
 LEVA A PROCURAR O DENTISTA:

Profissional/dentista: ENUMERE PELA SEQÜÊNCIA OS TRÊS ÍTENS QUE LEVA O
 PACIENTE A PROCURAR O DENTISTA:

- () INDICAÇÃO DE AMIGOS OU FAMILIARES
- () LOCALIZAÇÃO DO CONSULTÓRIO
- () EXCLUSIVAMENTE A QUALIDADE DO SERVIÇO
- () PREÇO E QUALIDADE DO SERVIÇO
- () FAMA E BOM NOME DO DENTISTA

Quesito 13
**DO TÉRMINO DO TRATAMENTO TER TRANSCORRIDO
 CONFORME O COMBINADO**

Paciente/profissional/estagiário: AO TÉRMINO DO TRATAMENTO VOCÊ ACREDITA
 QUE O MESMO FOI EXECUTADO CONFORME VOCÊ IMAGINAVA ? JUSTIFIQUE AS
 RESPOSTAS.

EM ABERTO

Quesito 14
DO QUE MAIS O AGRADOU NO ULTIMO TRATAMENTO

Paciente: O QUE MAIS AGRADOU NO ULTIMO TRATAMENTO ?

Profissional/estagiário: O QUE MAIS AGRADA NOS TRATAMENTOS ?

EM ABERTO

Quesito 15
DO QUE MAIS DECEPCIONA NOS TRATAMENTOS

Paciente: O QUE MAIS DECEPCIONOU NO ULTIMO TRATAMENTO ?

Profissional/estagiário: O QUE MAIS O DECEPCIONA NOS TRATAMENTOS ?

EM ABERTO

Quesito 16
DOS SERVIÇOS EXECUTADOS SEREM TÃO CAROS

Paciente/profissional/estagiário NA SUA OPINIÃO OS SERVIÇOS SÃO CAROS DEVIDO A:

- () O MATERIAL SER CARO
- () NÃO EXISTIR CONTROLE DE PREÇOS PELA SUNAB OU OUTRO ÓRGÃO
- () SERVIÇOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS (SOFISTICADOS)
- () EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE BOA QUALIDADE

Quesito 17
DO FATOR CONFIANÇA NO PROFISSIONAL DEPENDE DE

Paciente/profissional/estagiário: VOCÊ ACREDITA QUE A CONFIANÇA NO PROFISSIONAL DEPENDE:

- () FORMA DE PAGAMENTO
- () HORÁRIO DE ATENDIMENTO EXTENSO
- () DA IDADE E DA EXPERIÊNCIA
- () A MANEIRA COM CONDUZ O TRATAMENTO
- () DA ATUALIZAÇÃO DE INOVAÇÕES NO CAMPO ODONTOLÓGICO

Quesito 18

- () CONSULTÓRIO BEM DECORADO
- () EQUIPAMENTO DO ÚLTIMO TIPO
- () VÁRIAS SECRETÁRIAS
- () SEMPRE UNIFORMIZADO
- () REVISTA DA SEMANA
- () CAFÉ E REFRIGERANTE PARA SERVIR NA SALA DE ESPERA
- () BARBA FEITA, UNHAS CORTADAS E CABELO BEM ARRUMADOS
- () CONSULTÓRIO LIMPO APENAS

Quesito 19
DA IRRITAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL

Paciente: VOCÊ SE CHATEIA COM O SEU DENTISTA QUANDO:

Profissional/estagiário: O PACIENTE SE CHATEIA COM O SEU DENTISTA QUANDO:

- () ANESTESIA E SAI IMEDIATAMENTE DA SALA, DEIXANDO-O SOZINHO
- () DEMONSTRA ESTAR COM PRESSA OU ATRASADO
- () DIZ QUE SAIRÁ DE FÉRIAS E QUE TERÁ QUE ADIAR O TRATAMENTO
- () DÓI O DENTE E ELE CONTINUA TRATANDO

Quesito 20

DA IRRITAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO QUE O PROFISSIONAL INTERROMPE UM PROCEDIMENTO PARA FAZER OUTRA COISA

Paciente: O QUE MAIS O CHATEIA, QUANDO O DENTISTA INTERROMPE O TRATAMENTO PARA:

Profissional/estagiário: O PACIENTE SE CHATEIA-SE COM O SEU DENTISTA QUANDO INTERROMPE O TRATAMENTO PARA:

- () ATENDER O TELEFONE
- () TOMAR CAFEZINHO
- () CONVERSAR COM OUTRO PACIENTE OU AMIGO
- () ATENDER OUTRO PACIENTE EM OUTRO CONSULTÓRIO

Quesito 21

DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SER SEMPRE O MAIS ESTÉTICO E BONITO MESMO QUE NÃO DURE MUITO:

Paciente/profissional/estagiário: A SEU VER, O TRATAMENTO DEVE SER SEMPRE MAIS ESTÉTICO E BONITO MESMO QUE NÃO DURE MUITO ?

EM ABERTO

Quesito 22

DOS PROCEDIMENTOS QUE DEVERIAM SER ELIMINADOS DURANTE O TRATAMENTO

Paciente/profissional/estagiário: SE PUDESSE ELIMINAR DOS TRATAMENTOS QUAL DOS ÍTENS REIRARIA ?

- () ANESTESIA
- () BROCA
- () PERMANECER DE BOA ABERTA POR MUITO TEMPO
- () O DENTISTA FALANDO COM VOCÊ, MAS NÃO PERMITINDO QUE VOCÊ FECHES A BOCA

Quesito 23

VOCÊ ACREDITA QUE POSSA PEGAR DOENÇA CONTAGIOSA (AIDS, HEPATITE, ETC.) NO CONSULTÓRIO ?

Quesito 24

VOCÊ ACREDITA QUE OS DENTISTAS ESTÃO TOMANDO OS CUIDADOS POSSÍVEIS PARA QUE NÃO CONTAGIEM OS SEUS PACIENTES ?

Quesito 25

DO NÃO ATENDIMENTO NUMA EMERGÊNCIA, MAS ENCAMINHAMENTO PARA OUTRO PROFISSIONAL

Paciente: NUMA EMERGÊNCIA, SE O SEU DENTISTA NÃO PUDER ATENDÊ-LO, ENCAMINHÁ-LO PARA OUTRO DENTISTA, VOCÊ SE CHATEARÁ ?

Profissional/estudante: NUMA EMERGÊNCIA, SE NÃO PUDER ATENDER, ENCAMINHARÁ O PACIENTE PARA OUTRO DENTISTA ?

EM ABERTO

Quesito 26

DO RELACIONAMENTO DO PROFISSIONAL COM A SECRETÁRIA OU FUNCIONÁRIO DE APOIO

Paciente: VOCÊ SE INCOMODA QUANDO SEU DENTISTA TRATA MAL A SECRETÁRIA OU OUTRO FUNCIONÁRIO DO CONSULTÓRIO ?

Profissional/estudante: VOCÊ SE INCOMODA QUANDO SEU PACIENTE TRATA MAL A SECRETÁRIA OU OUTRO FUNCIONÁRIO DO CONSULTÓRIO ?

EM ABERTO

Quesito 27

DO RELACIONAMENTO DA AUXILIAR E PESSOAL DE APOIO SER ATENCIOSOS E DESCONTRAÍDO

Paciente: QUANDO A SECRETÁRIA O TRATA COMO SE O CONHECESSE HÁ MUITO TEMPO, VOCÊ SE SENTE:

Profissional/estudante : QUANDO A SECRETÁRIA TRATA O PACIENTE COMO SE O CONHECESSE HÁ MUITO TEMPO, ELE MOSTRA-SE:

-) INDIFERENTE
-) SE SENTE MELHOR
-) SE SENTE CONSTRANGIDO
-) SE SENTE PIOR

Perguntas para ambos:

Quesito 28

NA SUA OPINIÃO O GOVERNO TEM CONDIÇÕES DE EXECUTAR TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM POSTO DE SAÚDE, INPS, ESCOLAS OU PREFEITURAS?

-) Sim) Não) Não sei

Quesito 29

VOCÊ ACREDITA QUE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO GOVERNO SÃO SATISFATÓRIOS

-) Sim) Não) Não sei

Quesito 30

DA DIMINUIÇÃO NO CUSTO DO TRATAMENTO PELO SIMPLES DIMINUIÇÃO DOS IMPOSTOS POR PARTE DO GOVERNO

Paciente/profissional/estagiário: SE O GOVERNO DIMINUÍSSE OS PREÇOS DOS MATERIAIS IMPORTADOS COBRADOS DOS DENTISTAS VOCÊ ACREDITA QUE O TRATAMENTO SAIRIA MAIS BARATO?

EM ABERTO

Quesito 31

DAS CAUSAS DE OCORRER DOR DURANTE DO TRATAMENTO

Paciente/profissional/estagiário: NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO VOCÊ ATRIBUI A DOR A:

- () A BOCA SER MUITO SENSÍVEL
- () Há PESSOAS QUE SÃO MAIS SENSÍVEIS
- () O TRATAMENTO É DOLOROSO MESMO
- () OS TRATAMENTOS COMPLICAM AS VEZES
- () O DENTISTA MUITAS VEZES NÃO TEM JEITO PARA TRATAR
- () O DENTISTA NÃO EXPLICA O TRATAMENTO QUE VAI EXECUTAR

Quesito 32

CONDUTA A TOMAR QUANDO O TRATAMENTO NÃO FICAR SATISFATÓRIO

Paciente: SE O TRATAMENTO NÃO FICOU DA MANEIRA DESEJADA VOCÊ FARIA:
Profissional: SE O TRATAMENTO NÃO FICOU DA MANEIRA DESEJADA VOCÊ ACHA QUE A SOLUÇÃO MAIS JUSTA PARA O PACIENTE SERIA:

- () PEDIR O DINHEIRO DE VOLTA
- () MUDAR DE DENTISTA
- () PROCESSÁ-LO POR DANOS PESSOAIS
- () CONVERSARIA A PROCURA DE SOLUÇÃO

Quesito 33

DO ERRO PROFISSIONAL GRAVE, COMO PERDER UM OU VÁRIOS DENTES

Paciente: SE FOSSE UM ERRO GRAVE QUE ELE COMETESSE, E VOCÊ VIESSE A PERDER UM OU VÁRIOS DENTES POR ERRO PROFISSIONAL, VOCÊ:

- () ERRAR É HUMANO
- () PROCESSARIA PEDINDO INDENIZAÇÃO
- () EXIGIRIA O DINHEIRO DE VOLTA
- () MUDARIA DE DENTISTA

Profissional/estudante: SE VOCÊ COMETESSE UM ERRO GRAVE, NO QUAL O PACIENTE VIESSE A PERDER UM OU VÁRIOS DENTES POR ERRO PROFISSIONAL VOCÊ:

- () ERRAR É HUMANO
- () PAGARIA INDENIZAÇÃO
- () DEVOLVERIA O DINHEIRO
- () INDICARIA OUTRO DENTISTA

Quesito 34
GRAU DE ESCOLARIDADE

Quesito 35
IDADE

Quesito 36
SEXO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ARAUJO, Lucia Izabel. **Dificuldades encontradas pelos atendentes de enfermagem no relacionamento com pacientes psiquiátricos**. Curitiba, 1988. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- 02 ARAUJO, Maria José Bezerra. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araujo, 1985. 495 p.
- 03 AYER, Willian A. **The dentist-patient relationship**. Int. Dent. J. Guildford, v.32, n.1, p.56-64, Mar.1982.
- 04 BARROS, J.J. **Princípios de cirurgia odontológica e buco-maxilo-facial**. São Paulo: Artes Médicas, 1979. 2 v.
- 05 BAUTZER, R. E. S.; BAUTZER, M.S.S. **Odontologia e as terapias de apoio**. Curitiba: Lovise, 1987. p.90-109.
- 06 BERVIQUE, Janete de Aguirre. **Ciências de conduta na odontologia : introdução e aplicação à área de saúde**. São Paulo: Panamericana, 1980. 359 p.
- 07 BIRO, Peter A.; HEWSON, Neil. **A survey of patients attitudes to their dentist**. Aust. Dent. J., Sydney, v.21, n.5, p.338-394, Out.1976.
- 08 BOECIO. Deuabus naturis et una persona christi. In: LA LANDE, André. **Vocabulário técnico y crítico de la filosofia**. Tomo II, Buenos Aires, Libreria El Ateneo Editorial, p 967, 1953.
- 09 BRAMANTE, Antonio Carlos. **Uma abordagem do pensamento contemporâneo sobre a teoria e modelos de currículos : uma revisão bibliográfica**. R. Est. Univ., Sorocaba, v.14., n.1, p.49-61, dez. 1988.
- 10 BRASIL. Decreto Lei n. 5540, de 28 de novembro de 1968. Instituto Nacional de Estudos Pedagogicos. Ensino Superior. **Coletânea de legislação básica**. Brasília, 1969. p.73-88.
- 11 BRITTO, A. **A odontologia da legislação odontológica**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1940. 193 p.
- 12 CHAVES, Mario M. **Las tendencias de la enseñanza de odontologia en el hemisfério ocidental**. R. ALAFO, Guatemala, v.1, n.1, p.13-30, 1966.
- 13 _____. **Odontologia social**. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1977. 448 p.
- 14 _____. **Saúde e sistemas**. Rio de Janeiro: FGV, 1972. 205 p.
- 15 CHIZZOTTI, Antonio. **Avaliação do ensino superior**. São Paulo: Ciência e cultura 40(12): 1186 - 90.

- 16 CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Projeto livre expressão: a odontologia em Minas Gerais** : relatório de pesquisa. Belo Horizonte, 1992. 55 p.
- 17 DEMING, Edward. **Qualidade** : a revolução da administração. Rio de Janeiro. Marques Saraiva. 1990.
- 18 DEMO, Pedro. **Ciências Sociais e qualidade**. São Paulo: ALMED, 1985 183 p.
- 19 DESCARTES, René. **Discurso do método**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores, v.15)
- 20 DEWEY, John. **Naturaleza humana y conducta** : introducción a la psicología social por John Dewey. México, Buenos Aires, Fondo de Cultura Economyca, 1964. 307 p.
- 21 DUNSTONE, Stephen. **Interpersonal processes in dentistry** : part I. Aust. Dent. J., Sydney, v.35, n.2, p.152-158, 1990.
- 22 FEIGENBAUM, Armand V. **Total quality control - engineering and management**. Mcgraw-Hill Bok Company New York - 1961
- 23 FEYERABEND, Paul. **La ciencia en una sociedade libre**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1982. 488 p.
- 24 GONÇALVES, João Baptista. **Análise dos currículos plenos dos curso de odontologia do Estado do Rio Grande do Sul** .Goiânia,1985. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Oodontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- 25 HABERMAS, Jurguen. **Pensamento pós metafísico** : estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990. p.65-148.
- 26 HORNEMANN, Grace V. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: E. P. U., 1977. 386 p.
- 27 IDÍGORASJ. L. **Vocabulário teológico para a América Latina**. Trad. Alvaro Cunha. São Paulo: Edições Paulinas, 1983.
- 28 KAPLAN, Harold Irwin. Relação médico-paciente. In.: _____. **Compendio de psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.20-22.
- 29 KILPATRICK, W. H. **Educação para a civilização em mudança**. São Paulo: Melhoramentos s/d.
- 30 KUNDERA, Milan. **A insustentável leveza do ser** (trad. Tereza B. Carvalho Fonseca). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 314 p.
- 31 LEPARGNEUR, Hubert. **Pacientes em psicologia**. Campinas: Papirus, 1987. 208 p.
- 32 LINTON, Ralph. **O homem** : uma introdução à antropologia. 7.ed. São Paulo: Livr. Martins, 1970. 493 p.

- 33 MACDONALD, James B. **The domain of curriculum.** J. Curriculum Supervision _____, v.1, p.204-214, 1986.
- 34 MANN, John Steven. **A discipline of curriculum theory** (in PINAR ,
- 35 MARCEL, Gabriel. **Être et avoir.** Paris: Aubier, 1935.
- 36 MARINHO, Patricia Erika de Melo. **Refletindo sobre a relação profissional-doente-instituições hospitalares públicas.** Insight psicoterapia. São Paulo V.24, p.15-7, nov.1992.
- 37 MARQUES, J. C.; MIRSHAWKA, V. **A luta pela qualidade: a vez do Brasil.** São Paulo: McGraw-Hill, 1993. p:187-275.
- 38 MARTINS, Osni. **Perturbações da audição de origem profissional na odontologia.** Curitiba, 1976. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- 39 MASLOW, A. H. **Human motivation.** New York: Haper and Row, 1970
- 40 MEDEIROS, Ernesto Pilotto Gomes de; BERVIQUE, Janete de Aguirre. **Ganhar e não perder clientes : o sucesso da conduta na prática odontológica.** 2.ed. São Paulo: Santos, 1987. p.110-129.
- 41 _____. **Paciente educado / assegurado : uma proposta de educação odontológica do paciente.** São Paulo: Santos, 1983.
- 42 MENDES, Izabel Amélia Costa. **Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar : enfoque humanístico.** Ribeirão Preto, 1986. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 43 MENDRAS, Henri. **Princípios de sociologia: uma iniciação a análise sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 254 p.
- 44 MERJANE, Theodoro. **Perfil profissional do professor do curso de odontologia da univesidade Federal de Uberlândia e subsídios para a avaliação curricular 1993.** (Mestrado em educação) - Centro de Pós-Graduação da Univesidade de Ribeirão Preto.
- 45 MERRIT, John E. **Reading and the curriculum** (in Hopper, Red The curriculum context, design and development) . Edinburgh, Oliver & Boyd. 1977 p 291-15
- 46 MILLIKEN, Mary Elizabeth. **Relacion humana com el paciente : psicologia aplicada para el profissional sanitario.** México: CRAT, 1970. 127 p.
- 47 MORA, José Ferrotes. **Dicionário de Filosofia.** Buenos Aires: Sulamericana, 1974. p.309-312.
- 48 MORENO, Jacob Levy. **Fundamentos do Psicodrama.** São Paulo: Summes,1983. 254 p.

- 49 MOSCOVICI, Serge. **A máquina de fazer deuses** : sociologia e psicologia. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.196-223.
- 50 MOUNIER, Emmanuel. **Introdução ao existencialismo** ,trad. de João Bernard da Costa- Lisboa, Livraria Moraes Ed. 1963 238 p
- 51 _____. Personalisme. In MORA, José Ferrater. **Dicionário de Filosofia**. Buenos Aires: Sudamericana, 1969. p.237.
- 52 MURRAY, Bruce P.; SEGGAR, John F. **A study of the professional role satisfaction of dentists**. J. Am. Coll. Dent., Bethesda, v. 42, n.2, p.107-117, Apr.1975.
- 53 NOVAES, Humberto de Moraes. **La formacion del médico para acciones en los sistemas locales de salud**. Educacion Médica e Salud. vol.24, n.4, p.363-77, 1990.
- 54 OLIVEIRA, Aguinaldo et al. **Avaliação quanto à procura de assistência à saúde no município de Araucária**. Curitiba, 1988. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- 55 OSEMAT. P. **Paciente hospitalizado**. Barcelona: Toray-Masson S/A, 1981 2.ed. 462 p.
- 56 PAIVA, José Augusto; ANTONIAZZI, João Humberto. **Endodontia** : bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988. p.240-250.
- 57 PIEDADE, Edy Franceschi. **Avaliação quantitativa das atividades clínicas dos alunos de odontologia**. Curitiba, 1977. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- 58 PIULACHS, Pedro. **La enfermedad y el enfermo**. 2.ed. Barcelona: Toray SIP, 1976. p.119-135.
- 59 PLATÃO. **A República**. Rio de Janeiro: Nova América, 1987. (Os pensadores, v. 7)
- 60 PORTO, Fábio de Angelis. **Odontologia de equipe**. São Carlos, 1975. Dissertação (Livre Docência) - Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara.
- 61 ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1977. 228 p.
- 62 ROSSETINI, Stela Maris; NARESI, Wilson Galvão. **Exercício profissional do cirurgião dentista** : quanto e onde mais trabalha o clínico particular. RGO, Porto Alegre, v.34, n.4, p.303-305, jul-ago. 1986.
- 63 RUIZ, Felipe. **Estatística básica aplicada à saúde**. Brasília; Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. p.7-23.

- 64 SALLES CUNHA, E. **História da odontologia no Brasil**. 2.ed. Rio-de Janeiro: Científica, 1952.
- 65 SARTRE, Jean Paul. **Descartes... introduction et choix par J. P. Sartre**. Geveve et Paris: Trois Collines 1946, 147 p.
- 66 TABA, Hilda. **Curriculum development**, Theory and matice. New York Harcout, Bray March, 1962
- 67 SMALL, Leonard. **Psicoterapias Breves**, Granica. Buenos Aires, 1972.
- 68 TRALDI, Lady Lina. **Currículo: conceituação e implicações, metodologias de avaliação, teoria e prática, formas de organização, supervisão, fundamentos, currículo universitário**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- 69 TYLLER, Ralph Winfred. **Princípios básicos de currículo e ensino**. 7.ed. Porto Alegre: Globo, 1976, 119 p.
- 70 WEBER, Marx. **Ensaio de sociologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 530 p.