

HUMANIZAÇÃO: FRAGILIDADES, DESAFIOS E FORTALEZAS EM UMA ESCOLA DE ODONTOLOGIA

Humanization: difficulties, challenges and strengths at a school of dentistry

Maísa Paulino Rodrigues¹, Iris do Céu Clara Costa², Andressa da Rocha Medeiros³,
Pedro Henrique Sette de Souza³, Raquel Magma de Medeiros³, Shenia Eliane do Rêgo
Carneiro³, Túlio José de Oliveira Fernandes³, Leonardo César Amaro da Silva³

-
1. Professora Adjunta II do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: maisarodrigues@ufrnet.br
 2. Professora Associada IV do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: irisdoceu.ufrn@gmail.com
 3. Acadêmicos do Curso de Odontologia da UFRN. E-mails: andressa_rmediros@hotmail.com, pedro_sette_@hotmail.com, quelspirit@hotmail.com, sheniaepj@hotmail.com, tullio_o@hotmail.com, leon_amaro@hotmail.com

► **CONTATO:** Iris do Céu Clara Costa | Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | Av. Senador Salgado Filho 1787, Lagoa Nova | Natal | RN | Brasil | CEP 59056-000 | Fone: +55 84 3342 2338 | E-mail: irisdoceu.ufrn@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a percepção de discentes, docentes e usuários sobre humanização na sua dimensão ampla nas clínicas multidisciplinares do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Estudo qualitativo cujos dados foram coletados usando-se três instrumentos: questionários autoaplicáveis (alunos e usuários), um caso simulado (professores), além da observação direta nas clínicas. As respostas geradas foram categorizadas, analisadas e interpretadas à luz do referencial teórico de Bardin. **Resultados:** Os resultados apontam categorias como ambiência e acessibilidade nas falas dos alunos e usuários como pontos que precisam ser melhorados. Entre docentes o acolhimento e os aspectos éticos foram as categorias emergentes, mostrando preocupação nesse aspecto no trato com o usuário. A observação direta revelou categorias importantes como efeitos psicossociais e reflexos da relação docente-discente que merecem destaque como pontos negativos. **Conclusão:** Há percepção positiva sobre pontos como acolhimento pelos três segmentos e muita clareza sobre os pontos negativos como ambiência e acessibilidade entre alunos e usuários. Relações conflituosas de docentes e discentes sugerem estudos que ajudem a entender essa convivência e seus efeitos negativos sobre a formação do aluno. As fortalezas do serviço em questão ficaram por conta da oferta de serviços odontológicos, à medida que a sociedade, a rede pública de Natal e demais cidades do Rio Grande do Norte o reconhecem como referência e apostam na sua qualidade. Os desafios

consistem em promover maior integração entre o corpo docente das clínicas, visando a implantação/manutenção de um ambiente unísono, harmônico, tranquilo e seguro de orientação acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; acolhimento; ambiência; acessibilidade; práticas de saúde bucal.

Abstract

Objective: Analyze students, teachers, and users perceptions of humanization in its broad dimension at the dental clinics in the Dentistry Department of the Federal University of Rio Grande do Norte. **Methodology:** Qualitative study with data collected using three instruments: self-administered questionnaires (students and users), a simulated case (teachers), as well as direct observation in the clinics. The generated responses were categorized, analyzed, and interpreted in the light of the theoretical framework of Bardin. **Results:** The results show categories such as ambience and accessibility in the speech of students and users as points that need to be improved. Among the teachers, the reception and ethical aspects were emerging categories, showing concern with the relation with the user. Direct observation revealed important categories, such as psychosocial effects and reflections on the teacher-student relationship, that should be highlighted as weaknesses. **Conclusion:** There is a positive perception of points such as reception by the three segments, and a clear view of negative points such as ambience and accessibility among students and users. Teacher-student conflicting relationships suggest the need for studies to help understand this interaction and its negative effects on students' education. The service strengths in question were the provision of dental services, as the society, the public system in the city of Natal and in other cities of the state of Rio Grande do Norte recognize it as a reference service and believe on its quality. The challenges are to promote greater integration among the teachers of clinics, aiming at the implementation/maintenance of a unison, harmonious, peaceful and safe environment for learning orientation.

KEYWORDS: Humanization; reception; ambience; accessibility; dentistry practice.

Introdução

A humanização pode ser compreendida como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com relacionamentos solidários e éticos. Partindo dessa concepção, os poderes públicos e os profissionais de saúde vêm desenvolvendo estratégias no sentido de qualificar o atendimento aos usuários por meio de redes multiprofissionais e interdisciplinares; desdobrando-se em processos humanizados de produção de serviços com novas formas de cuidar da saúde e de enfrentar seus agravos¹. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída, pelo Ministério da Saúde, como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS².

Muitos objetivos da PNH vêm sendo alvo sistemático de diversos profissionais que trabalham no SUS, dentre os quais, podemos destacar a redução das filas e do tempo de espera; a ampliação do acesso e atendimento acolhedor; serviços integrados em rede visando garantir informações, tratamento de maior complexidade e direito ao acompanhamento ambulatorial e hospitalar por pessoas de sua rede social^{3,4,5}.

Acolhimento, Ambiência e Acessibilidade como componentes da humanização

O acolhimento possui um papel fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, devendo ocupar todas as etapas. Assim,

desempenha o papel de receber e interligar uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços, devendo ocorrer em qualquer encontro entre trabalhador-usuário, desde a porta de entrada até a saída do serviço de saúde^{6,7}.

Entende-se que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda a atividade assistencial, consistindo na busca de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, isto é, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Nesse espaço onde atuam as tecnologias leves, podem ser combinados outros dois tipos de tecnologias: o arsenal tecnológico (tecnologias duras) e um conjunto de saberes estruturados e organizados (tecnologias leve-duras)^{8,9}. Porém, é próprio às tecnologias leves comandarem os modos de incorporação das demais, abrindo caminho, assim, para se repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde com o objetivo de atingir uma maior qualidade da atenção por meio de cumplicidade, responsabilização e vínculo, manifestados na relação entre usuário e trabalhador de saúde¹⁰.

A ambiência refere-se essencialmente ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, devendo ser envolto por uma atmosfera acolhedora, resolutiva e humana. Pode-se dizer que é um espaço que visa o conforto, a privacidade e a individualidade dos sujeitos que nele transitam, favorecendo a fluência do diálogo, os laços de afeto e garantindo a usuários e trabalhadores um atendimento acolhedor e humanizado^{7,1}.

É fundamental que a sala de espera e o ambiente clínico sejam aconchegantes, possua iluminação suficiente, cheiro e cores agradáveis e até mesmo uma música ambiente suave e tranquilizadora. Esses são aspectos que contribuem para o desenvolvimento de práticas humanizadas, constituindo-se também, em instrumentos de alívio da ansiedade^{11,12}.

Todos os ambientes públicos ou privados devem ser adequados, possibilitando a acessibilidade de todos, incluindo a dos portadores de necessidades especiais. Devem ser construídas e disponibilizadas rampas para facilitar o acesso, estacionamento para automóvel com identificação, banheiros adaptados, entre outros.

Características peculiares do ambiente odontológico

Um ambiente acolhedor e confortável, que transmita confiança a quem está sob tratamento, se constitui num fator essencial para o sucesso da ação, caso contrário pode contribuir para aumentar a ansiedade do usuário.

O cirurgião-dentista é um profissional com características peculiares que lida cotidianamente com um arsenal de equipamentos e instrumentos que constitui o campo hegemônico das tecnologias duras. É fácil identificar que devido às características próprias de sua prática, esse profissional encontra-se dependente das tecnologias duras e leve-duras, isto é, de instrumentais e equipamentos presentes no consultório odontológico e de saberes circunscritos, fazendo com que na maioria das vezes, centre suas ações nessas tecnologias, subestimando a dimensão relacional^{13,14}.

O Departamento de Odontologia (DOD) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cenário desta pesquisa, dispõe de três clínicas multidisciplinares e um serviço de pronto atendimento (PA). Os usuários que o procuram são submetidos a uma triagem, cujo diagnóstico tem o objetivo de identificar necessidades. Após essa etapa, são encaminhados às clínicas especializadas por nível de complexidade. Todas as clínicas possuem sala de espera onde os pacientes aguardam pelo atendimento. Tal clientela é bastante diversificada no tocante aos aspectos econômicos, culturais e sociais, entretanto predominam aquelas com menor poder aquisitivo.

Justifica-se analisar acolhimento, ambiência e acessibilidade nas clínicas do DOD, pela

necessidade de se conhecer como esses dispositivos se apresentam nos cenários das práticas e como são vistos pelos sujeitos em foco. Dessa forma surgem alguns questionamentos impulsionadores desta pesquisa: a relação docente-usuário-discente nas clínicas do DOD é produtora de acolhimento? A ambiência dos espaços oferecidos é satisfatória? A acessibilidade dos usuários às clínicas multidisciplinares é adequada? O serviço e as práticas em saúde bucal são humanizados?

Com base nesses questionamentos, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de usuários, discentes e docentes sobre a humanização na sua dimensão ampla, indo desde o acolhimento, ambiência, acessibilidade até os efeitos gerados na relação professor-aluno que ocorrem nas clínicas multidisciplinares do Departamento de Odontologia da universidade pesquisada.

Método

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado no segundo semestre de 2013. O grupo investigado compôs-se de 10 docentes (que fazem parte do quadro de professores das clínicas e, portanto, estão presentes em mais de uma clínica. Não houve recusa por parte deste segmento, mas superposição, ou seja, alguns professores que participavam numa clínica não participavam na outra, não por recusa, mas porque já haviam participado da pesquisa anteriormente na outra clínica), 55 discentes (das três clínicas) e 42 usuários, perfazendo um total de 107 sujeitos.

Considerando a natureza do estudo (onde não há a perspectiva de inferências por ser de abordagem qualitativa), optou-se por uma amostragem do tipo não probabilística e por conveniência, isto é, elegeram-se aqueles sujeitos que manifestaram desejo em participar no momento que foram abordados. Os critérios de inclusão na amostra foram docentes de ambos os sexos integrantes de qualquer uma das clínicas estudadas, discentes de ambos os sexos regularmente matriculados nas

clínicas multidisciplinares e usuários de ambos os sexos com idades acima de 18 anos que estavam na sala de espera aguardando para serem atendidos nessas clínicas.

Instrumentos de coleta

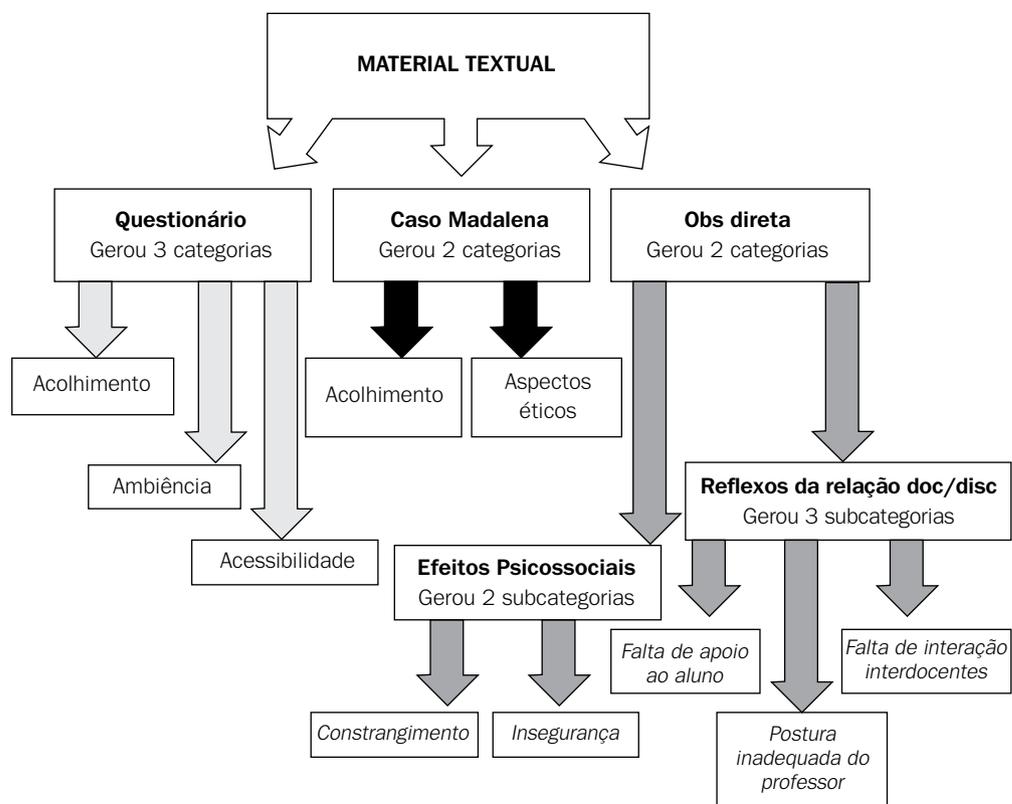
Foram utilizados três instrumentos de coleta: um questionário autoaplicável, um caso simulado e a observação direta. Os instrumentos foram específicos para cada segmento de participantes. Para usuários e discentes foi usado um questionário autoaplicável que continha perguntas abertas, referentes à ambiência, acolhimento e acessibilidade. Para os docentes exploraram-se os mesmos conteúdos (ambiência, acolhimento e acessibilidade), embutidos num caso simulado, denominado “Caso Madalena”, elaborado especialmente para esta pesquisa (disponível no final deste artigo). Foi feita ainda uma observação direta da prática dos discentes e docentes, no interior das clínicas, que subsidiou a discussão das categorias geradas, especialmente aquelas ligadas aos efeitos psicossociais gerados na relação docente-discente e os reflexos gerados nessa relação, sob a ótica dos discentes.

Neste “Caso” retratou-se uma situação fictícia contando a trajetória de Madalena desde a saída de sua casa e as dificuldades enfrentadas por ela, até receber atendimento em uma das clínicas do DOD. Após a leitura do “Caso” os docentes eram solicitados a analisá-lo a partir de sua percepção sobre as situações colocadas, até a conduta profissional desenvolvida por ele. Essa análise era escrita pelo docente gerando um material textual que foi posteriormente categorizado e interpretado.

Análise dos dados

Inicialmente realizou-se uma leitura flutuante do material textual produzido pelas respostas ao questionário, pela análise do “Caso” e pela observação direta, atentando para os significados presentes e para uma aproximação integral do

Figura 1. Plano de Análise: Instrumentos de coleta, respectivas categorias e sub-categorias geradas após leitura do material textual transcrito. Natal-RN, 2014.



conteúdo. Após a primeira leitura procedeu-se uma análise criteriosa identificando-se os conteúdos com significados iguais ou muito próximos, por um termo comum representativo e fidedigno de seu conteúdo semântico (categoria), fazendo emergir os significados e as concepções em estudo, que constituiu o processo de categorização cujo plano de análise pode ser visto na figura 1.

Procedeu-se à construção de categorias a partir das similaridades semânticas das falas e foi realizada a análise de conteúdo em consonância com os critérios prescritos por Bardin¹⁵. A categorização consistiu em agrupar elementos que se identificavam semanticamente, sob o título de uma categoria confirmada a partir da consistência de seu próprio conteúdo. Com sucessivas classificações, buscou-se

superar as incertezas e produzir uma interpretação generalizável no conjunto dos discursos. Dessa maneira emergiram, a princípio, para o material textual transcrito dos questionários de discentes e usuários, três categorias: acolhimento; ambiência e acessibilidade. Para o segmento docente manteve-se a categoria acolhimento, entretanto, emergiu outra categoria: aspectos éticos.

Além dessas e seguindo o processo de categorização, foi revelada a partir da observação direta e expressado no discurso dos discentes a percepção sobre a relação professor-aluno durante as aulas práticas no cotidiano das clínicas odontológicas, o que gerou mais duas outras categorias: efeitos psicossociais (com duas subcategorias constrangimento e insegurança), além

de reflexos da relação docente-discente (com três subcategorias, falta de apoio ao discente; postura inadequada do docente e falta de interação entre docentes).

Os participantes foram devidamente esclarecidos, conforme as normas estabelecidas para pesquisas com seres humanos, segundo a resolução atual nº 466/12 que revogou a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Previamente obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes-HUOL-UFRN sob o parecer de número 529/2011.

Resultados e Discussão

As concepções dos sujeitos e o processo de humanização

Entre os alunos entrevistados 67% eram do sexo feminino e 33% do sexo masculino com idades variando entre 19 e 22 anos, todos cursando entre o IV e o VIII período do Curso de Odontologia na UFRN. Quanto aos usuários 72% eram do sexo feminino e 28% do sexo masculino apresentando uma média de idade de 26 anos. Os docentes pertenciam a ambos os sexos, numa proporção de 60% para o sexo feminino e 40% para o sexo masculino com média de idade de 34 anos.

A análise de conteúdo foi efetivada com base no discurso dos três segmentos supracitados tomando por base as categorias já referidas. Visando manter o sigilo dos sujeitos, atribuíram-se letras seguidas de números, de acordo com a sequência das entrevistas. Dessa forma utilizou-se a letra A para alunos, D para os docentes e U para os usuários.

A categoria “acolhimento” evidencia elementos da percepção cujos sentidos principais dizem respeito ao acolhimento insuficiente dado aos usuários, do ponto de vista dos alunos. É clara a dificuldade de acesso à informação

relativa à dinâmica de funcionamento das clínicas multidisciplinares conforme relatos de falas a seguir:

“Os pacientes se queixam da falta de funcionários que possam orientá-los na procura por atendimento” [A3]. “Eles chegam pela primeira vez aqui na clínica com muita dificuldade, sem ter informação” [A29].

O discurso dos alunos deixa transparecer a falta de compreensão do que seja acolhimento em seu sentido ampliado, ao referir a inexistência de funcionários para orientar os usuários em relação à dinâmica de funcionamento das clínicas e de realização dos procedimentos odontológicos.

Sabe-se que acolhimento, escuta e responsabilização são partes da clínica ampliada devendo ser exercida por todos aqueles envolvidos no processo de trabalho em saúde bucal. Constitui-se como parte do processo de trabalho do aluno, do professor e do funcionário, seja este um arquivista, um técnico ou um auxiliar de serviços gerais. Comunga-se que todos devem acolher o usuário desde a porta de entrada do serviço de saúde até a sua saída do ambiente clínico, inclusive se responsabilizando pelo seguimento do tratamento em qualquer nível de complexidade tecnológica^{8,9,10}.

Importante destacar que logo após a coleta de dados desta pesquisa e ainda na fase de análise foi colocada uma recepcionista de forma permanente na entrada do DOD, tanto recepcionando os usuários que lá chegam quanto direcionando-os aos setores por eles procurados, minimizando as questões da desinformação dos usuários relatada pelos alunos e por eles próprios.

Da dimensão “ambiência” extrai-se o desconforto relatado pelos usuários no ambiente da sala de espera por meio do calor e da falta de água para beber. Ressalta-se ainda, que no ambiente clínico, por não ter divisória entre as cadeiras, os pacientes convivem com estresse e com medo dos outros em seu entorno, estimulando/aumentando, por vezes sua ansiedade segundo relatos.

“O paciente reclama por ter que conviver durante o período de atendimento com os gritos ou indagações dos outros pacientes que estão adjacentes a sua cadeira, com isso provocando medo e preocupação ao mesmo” [A12].

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização-PNH refere que a ambiência é um espaço físico e social, devendo ser tranquilo, acolhedor e resolutivo e que deve propiciar conforto e privacidade a usuários e trabalhadores, favorecer o diálogo, a otimização de recursos e o tratamento humanizado². Autores colocam que o ambiente clínico deva ser aconchegante, ter iluminação adequada, bem como cheiro e cores agradáveis, com música suave que o tornem tranquilizador e sereno, servindo para o alívio da ansiedade do usuário que espera a vez de ser atendido^{11,12}.

No que se refere à categoria acessibilidade os alunos fizeram as seguintes observações:

“As escadas dificultam a chegada de alguns pacientes, principalmente dos idosos” [A43]. “Deveria ter uma rampa de acesso às clínicas que ficam na parte superior do prédio para os pacientes com dificuldades de locomoção” [A22].

A literatura coloca que o componente “*acessibilidade*”, além de ser um princípio básico da humanização, é também apontado como direito de cidadania, fartamente explicitado nos meios de comunicação, e em documentos formais, principalmente pela cartilha de direitos dos usuários³.

As dificuldades relacionadas à acessibilidade certamente devem-se ao fato do prédio do DOD possuir construção datada da primeira metade do século XX, com arquitetura inadequada ao trânsito de usuários que buscam o serviço no momento atual. Duas clínicas são localizadas na parte superior do prédio, cujo acesso se dá através de escadarias, dificultando a acessibilidade daqueles que apresentam algum problema físico, dificuldade

de locomoção ou idosos com pouca flexibilidade física.

Nesse sentido, outra providência tomada pelo gestor a partir desta coleta de dados merece destaque: na construção das novas clínicas no prédio anexo, para resolver a falta de privacidade referida nas falas sobre acolhimento, estão sendo colocadas divisórias entre as cadeiras odontológicas criando um espaço mais intimista para cada atendimento.

Quanto às categorias “*ambiência e acolhimento*” do segmento usuários ilustradas respectivamente a seguir, foi possível apreender que embora façam referência negativa à ambiência, demonstram sentimentos positivos quanto ao acolhimento. Sobre a ambiência das clínicas os usuários falaram:

“Devia era acelerar o atendimento, pois sala de espera não é para ser agradável, é para ser breve” [U7]. “Apesar de na prótese ser mais confortável, não tem nada para poder se distrair, como revistas e TV enquanto se espera” [U6].

Com relação ao acolhimento relataram:

“Não tenho o que reclamar, o atendimento é muito bom. A atendente apresenta muita simpatia, sabe resolver as coisas” [U3]. “Achei excelente, fui bem recebido. Desde a recepcionista até o atendimento com o aluno” [U2].

Tal fato pode ser interpretado de duas maneiras: a primeira interpretação provavelmente possui um viés da gratidão quando o usuário demonstra satisfação por conseguir realizar seu tratamento odontológico, uma cirurgia eletiva ou qualquer outro procedimento. A segunda interpretação caminha no sentido da resignificação e mudança de atitude do processo de trabalho dos trabalhadores em saúde, que sugere a adoção de uma relação mais acolhedora, que já é percebida pelos usuários.

Por sua vez, a convivência e o trato com seres humanos exigem sensibilidade, cordialidade, empatia e ética. Para se instituir práticas de saúde

humanizadoras é fundamental que os envolvidos (docentes, discentes e funcionários) se proponham em assumir juntos a responsabilização pelos usuários, desde a sua entrada até sua alta do serviço, de forma ética e solidária, para que o sucesso de suas ações seja alcançado plenamente^{3,4,5}.

Provavelmente a divulgação da PNH e a aplicação dos seus princípios na formação do aluno, que é uma preocupação constante desde o lançamento das diretrizes curriculares nacionais da formação profissional em saúde, estejam trazendo esse reflexo na formação do aluno e na percepção do usuário. Entende-se o acolhimento como instrumento fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde e fazendo parte da humanização, a qual deve permear as relações entre trabalhadores, usuários, gestores e serviços de saúde^{13,14}.

Sobre a acessibilidade os usuários comentaram:

“Às vezes temos muita dificuldade para chegar até aqui em cima, na clínica”[U9].

“Eu tive que ser ajudado, pois tenho reumatismo e minhas pernas estão duras” [U10].

Quanto às categorias ilustradas nessas falas percebe-se que a ambiência mostra-se comprometida principalmente na sala de espera pela pouca claridade e ventilação inadequada. A acessibilidade já apontada como insatisfatória, pelos discentes, é corroborada pelo discurso dos usuários, devendo-se principalmente à barreira arquitetônica – degraus – que dá acesso às clínicas dificultando o deslocamento dos idosos e dos usuários com dificuldade de locomoção, como referido anteriormente.

No que se refere à acessibilidade, ressalta-se que a construção das novas clínicas no prédio anexo onde irão funcionar, brevemente, as Clínicas Multidisciplinares, se encontra em pleno andamento, as quais no seu projeto arquitetônico darão conta da acessibilidade física, pois terão rampas, elevadores e estacionamento para pessoas com necessidades

especiais, suprimindo a necessidade atual do prédio antigo.

Ressalte-se que independentemente da implantação/implementação da PNH, o acolhimento, a ambiência (incluindo nomeadamente sinalização adequada, aeração/climatização das salas de espera, água e banheiros limpos e acessíveis), e a humanização do atendimento, se apresentam como condições essenciais na dinâmica de funcionamento das instituições prestadoras de serviços de saúde^{1,2,3,4}.

Importante destacar que a partir da coleta dos dados da presente pesquisa algumas reformas no prédio original/antigo foram iniciadas, além da colocação de aparelhos de televisão e climatização das salas de espera, placas de sinalização, instalação de bebedouros e construção de novos banheiros, o que demonstra sensibilidade por parte da gestão em querer buscar adequações físicas que possibilitem melhorar o acesso, a ambiência, o acolhimento e uma maior satisfação de quem utiliza as instalações do DOD.

Quanto à percepção dos docentes sobre o tema da humanização, esta foi estimulada pelo “Caso Madalena”, já citado. O referido caso exigia a compreensão do cuidado de forma integral sob todos os aspectos (acolhimento, ambiência, acessibilidade, etc.), à medida que a situação problema descrevia a vulnerabilidade de Madalena nas dimensões biológica, social e psicológica, requerendo para tanto uma atitude crítica, sensível e responsável para o alcance do sucesso terapêutico. Conforme discurso contido nas falas seguintes verifica-se que os docentes demonstraram uma postura acolhedora, entretanto, deixaram escapar algumas contradições, relatadas no discurso dos discentes que será transcrito mais adiante. A partir do “Caso Madalena”, os docentes na categoria acolhimento disseram que:

“Antes de tudo, olharia o paciente como um ser humano e toda sua complexidade; o aspecto biológico e do social ao psicológico” [D2]. “Acho que iniciaria o

atendimento tentando ouvir o problema que a trouxe aqui” [D8].

E na categoria aspectos éticos fizeram os seguintes relatos:

“Posteriormente, com discrição conversaria com o meu aluno sobre o diagnóstico e o possível tratamento” [D3]. “Explicaria para o paciente e o aluno os devidos encaminhamentos para o caso” [D4]. “Entraria em contato com o professor de cirurgia para explicar a situação do paciente” [D6]. “Importante na hora do diagnóstico, conversar com o aluno em local reservado” [D9].

As perguntas que originaram essa pesquisa (a relação docente-usuário-discente é produtora de acolhimento? A ambiência dos espaços oferecidos é satisfatória? A acessibilidade dos usuários às clínicas multidisciplinares é adequada? O serviço e as práticas em saúde bucal são humanizados?), juntamente com a observação direta, deram origem ao terceiro grupo de categorias e subcategorias com seus respectivos depoimentos e trazem o discurso dos alunos mostrando a categoria **efeitos psicossociais da relação docente-discente** (sintetizados através das subcategorias: “constrangimento e insegurança”) e a outra categoria **reflexos na prática cotidiana** (com as subcategorias “falta de apoio ao aluno”, “postura inadequada do professor” e “falta de interação docente-docente”).

A categoria efeitos psicossociais gerados na relação docente-discente deu origem às subcategorias constrangimento e insegurança cujos depoimentos respectivamente são colocados a seguir:

Subcategoria Constrangimento

“Ambiente de clínica não é lugar para professor dar bronca de prova” [A11]. “Já vi situações onde o professor gritou com o aluno na frente do paciente, mostrando

falta de educação e desrespeito ao aluno” [A7].

Subcategoria Insegurança

“É horrível a forma como alguns professores corrigem os alunos com ignorância diante do paciente” [A19]. “Já vi professor corrigindo aluno com tom de voz hostil e desrespeitoso” [A26].

Nesse sentido é importante ressaltar que o processo de humanização requer a transformação da relação com o outro, seja ele usuário, aluno, professor ou colega de trabalho, fazendo-se necessário adotar um fazer democrático, respeitoso e solidário. É preciso ouvir o outro e aplicar tecnologias adequadas almejando o sucesso prático. Desse modo, norteados por uma pauta ética, poderemos contribuir para a qualificação do trabalho e para as mudanças nas relações sociais^{6,8,9}.

Nesta última categoria a ser analisada é possível verificar o sentimento dos alunos e os reflexos que as relações nem sempre solidárias produzem no dia a dia do trabalho nas clínicas multidisciplinares. Algumas situações constrangedoras acontecem e devem ser evitadas, pois fragilizam discentes e usuários comprometendo, muitas vezes, os atos de saúde. Se entendermos que a competência dos profissionais de saúde é estar atento para a identificação das necessidades, há que existir conversações e diálogo entre os que trabalham junto, o que significa acolher usuários e discentes, requerendo um processo de “negociação” que possibilite satisfação entre os atores envolvidos no ato de cuidar.

Portanto, a partir dessa categoria “reflexos gerados” por algumas fragilidades na relação docente-discente-usuário, emergiram as seguintes subcategorias com seus respectivos depoimentos:

Falta de apoio ao aluno:

“Há professores que ficam conversando no horário da clínica e deixam os alunos esperando” [A17]. “Seria importante que na clínica houvesse real integração dos

conhecimentos entre os professores” [A22]. “Os professores deveriam ser mais presentes durante os atendimentos, dando maior apoio ao paciente e aos estudantes” [A15].

Postura inadequada do professor

“Há professores que deixam os alunos nervosos por exigir agilidade, criticando-os na frente do paciente. O aluno é iniciante, os professores precisam entender isso” [A14]. “Algumas vezes eles ‘dão broncas’ desnecessárias na frente do paciente. Se for pra reclamar, chame o aluno no canto e converse. É mais ético” [A42].

Falta de interação interdocentes

“Os professores têm que entrar em acordo sobre os procedimentos, se encaminha ou não o paciente, se faz ou não radiografia e sobre o preenchimento do formulário do SUS” [A17]. “Em todo momento é visível que não há consenso entre a equipe: o que um acha essencial, o outro acha desnecessário. Com isso o aluno fica sem saber como agir, tendo que apelar para o seu próprio bom senso” [A22].

As dimensões que envolvem o cuidado ao usuário devem pautar a relação docente-discente que também possuem necessidades, desejos e singularidades diversas. Portanto é imprescindível tomar como base a ética na produção de saberes, das práticas e das relações no âmbito da saúde, aumentando o grau de comunicação, de colaboração e de compartilhamento entre os sujeitos de forma educada e como gostaria que fizesse consigo^{16,17}.

Nesse contexto, a implantação da Política Nacional de Humanização requer um processo de construção contínuo, fazendo-se necessário integrá-la à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para potencializá-la. Entendemos que a articulação de ações voltadas para essas políticas tem como interface a ressignificação do trabalho

em saúde e a potencialização de sujeitos éticos, solidários e acolhedores capazes de protagonizar inovações na prática cotidiana de acordo com as necessidades individuais e coletivas no âmbito da saúde bucal, refletindo-se em corresponsabilização e autonomia da tríade aluno-professor-usuário^{18,19}.

Nesse contexto é imprescindível estimular o debate entre os sujeitos que compõem a rede de cuidados em saúde bucal, pois embora a reforma/construção da estrutura física favoreça o melhor desenvolvimento das atividades, faz-se necessário desconstruir/reconstruir saberes e posturas inadequadas e ampliar o debate sobre práticas instituídas, no intuito de construir um novo saber-fazer em saúde, pautado na humanização e respeito pleno ao ser humano^{20,21}. Isso implica na capacitação/atualização de docentes e funcionários no que tange à questão da humanização e todas as dimensões que a envolve, considerando que a postura dos alunos advém como reflexo da boa convivência entre todos os envolvidos na construção do cuidado.

Considerações Finais

De modo geral a relação docente-discente foi considerada pouco satisfatória, à medida que os alunos reivindicam uma convivência mais amistosa e maior apoio/assistência/atenção por parte dos docentes durante o desenvolvimento das práticas de saúde bucal nas clínicas do DOD. Essas relações conflituosas entre docentes e discentes sugerem estudos futuros que ajudem a entender essa convivência e seus efeitos negativos sobre a formação do aluno.

As fortalezas do serviço em questão ficaram por conta da oferta de serviços odontológicos, à medida que a sociedade, a rede pública de Natal e demais cidades do Rio Grande do Norte o reconhecem como referência e apostam na sua qualidade.

Percebeu-se nesse estudo a necessidade de ampliação da escuta no DOD, com implantação efetiva do acolhimento e de melhoria na

acessibilidade. Isso pode ser traduzido para espaços de ouvidoria que vão dos mais simples, como instalação de caixas de sugestões, até um canal de comunicação que receba e registre sugestões, elogios e denúncias sobre o atendimento prestado.

Os resultados da pesquisa foram apresentados e debatidos pelos atores envolvidos e começam a subsidiar as práticas, favorecendo mudanças na estrutura física, de ambiência e que redundarão num ambiente mais acolhedor para desenvolvimento das ações de saúde bucal.

Referências

1. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comum. Saúde Educ* 2004; 8(14): 73-91.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional da humanização: relatório de atividades 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C Projetos, Programas e Relatórios).
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(2).
5. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão de ética. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2006 Jan./fev; 14(1):132-5.
6. Rodrigues MPR. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Rev Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13: 71-82.
7. Kantorski LP et al. Avaliação qualitativa de ambiência num centro de atenção psicossocial. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2059-2066.
8. Coelho MO, Bessa MS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; Suplemento, 1; 14: 1523-1531.
9. Merhy EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Rossi FR, Lima MAD. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*. 2005 Maio/jun; 58(3): 305-10.
11. Santiago VF, Duarte DA, Macedo AF. O impacto da cromoterapia no comportamento do paciente odontopediátrico. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde*. 2009; 11(4):17-21.
12. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr/jun; 15(2):320-5.
13. Costa ICC, Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16: 1181-1189. Suplemento 1.
14. Costa ICC. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento em saúde: reflexões e confluências. *Rev ABENO*. 2007; 7(1): 122-9.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2003.
16. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto

Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003 Jan/fev.; 19(1): 27-34.

17. Cavalcante Filho JB et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface Comum Saúde Educ. 2009; 13(31): 315-28.

18. Lima ENA, Souza ECF. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. RGO (Porto Alegre). 2009 Out./dez.; 58(2): 231-238.

19. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização

(PNH). Interface Comum. Saúde Educ. 2009; 13: 681-88. Suplemento 1.

20. Szpilman ARM, Oliveira AE. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. Rev Esp para a Saúde. Londrina, 2011 Jun.; 12(2): 28-37.

21. Souza PC, Scatena JHG. Satisfação do usuário da assistência hospitalar no mix público-privado do SUS do estado de Mato Grosso. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, 2014 Jul./set.; 15(3): 30-41.

Apêndice 1

"Caso Madalena"

"Madalena, 35 anos, moradora do assentamento Barra de Santo Estevão, distrito de São Paulo do Potengi, distante 102 km de Natal, com renda familiar inferior a um salário mínimo, há alguns dias queixava-se de dor de dente e de grande inchaço no rosto. Procurou atendimento no seu município onde não teve resultado porque o serviço estava em greve. Foi orientada a procurar atendimento no Departamento de Odontologia-DOD da UFRN. Saiu de casa às 4 horas da manhã depois de comer algumas bolachas e uma xícara de café, pois tivera que deixar o restante do pacote para seus seis filhos. Chegando no DOD por volta das 07h30, foi informada que o atendimento só começaria às 14h00. Disseram para aguardar sua vez na sala de espera da Clínica Multidisciplinar I. O lugar

pareceu-lhe um pouco quente e, de certa forma, escuro. Após horas de espera, finalmente, chegou o momento de ser atendida. Madalena foi chamada e conduzida por um dos alunos à clínica. Durante o exame, constatou-se que ela tinha uma lesão na base da língua. O aluno chamou dois professores para examiná-la, os quais discutiram o caso clínico entre si, sem se incomodar com a presença da paciente que ouvia tudo muito assustada. Por fim, sem dialogar com o aluno sobre o caso, optaram por encaminhá-la à cirurgia para realização de biópsia. Ao aluno coube explicar para a paciente o que isso significava e os caminhos que ela deveria seguir. Diante do caso de Madalena, como docente você concorda com a atitude desses professores? Como você particularmente faria?".