GRACIELA SOARES FONSÊCA

**Formação pela experiência:
revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia ‘in vitro’**

Versão Original

São Paulo
2015

GRACIELA SOARES FONSÊCA

**Formação pela experiência:
revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia ‘in vitro’**

Versão Original

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

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de Araujo

Co-orientadora: Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira

São Paulo
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

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

Fonsêca, Graciela Soares.

Formação pela experiência: revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro' / Graciela Soares Fonsêca ; orientador Maria Ercília de Araújo; coorientador Simone Rennó Junqueira. – São Paulo, 2015.

263 p. : fig., quadro.; 30 cm.

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

Versão original.

1. Odontologia. 2. Ensino superior. 3. Saúde (recursos humanos). 4. Pesquisa qualitativa. 5. Saúde bucal. 6. Clínica ampliada. 7. Atenção primária à saúde. 8. Serviços de saúde. I. Araújo, Maria Ercília de. II. Junqueira, Simone Rennó. III. Título.

Fonsêca GS. Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro'. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____ Julgamento: _____

Papai e mamãe, dedico esse trabalho à vocês!

AGRADECIMENTOS

Nessa jornada dedicada à minha formação, que já ultrapassa dez anos, posso dizer que ‘o caminhar’ não foi fácil. No entanto, as pedras do caminho foram mais facilmente ultrapassadas porque pude contar com ‘mãos’ que apoiaram, ampararam, impulsionaram, seguraram e me permitiram caminhar sempre em frente. Perto ou distantes – fisicamente, porque não é a distância que mede o afastamento – sem as ‘mãos’ de vocês, essa conquista não existiria. Um sincero muito obrigada à todos!

Agradeço à **Universidade de São Paulo** por propiciar minha permanência e o usufruto de sua riqueza acadêmica e cultural.

Me considero privilegiada por ter tido a oportunidade de trilhar esses anos rumo ao doutorado com o apoio de grandes mestres. Dentre eles, destaco a professora **Maria Ercilia de Araujo**, a quem agradeço pelo apoio constante e partilha de saberes e experiências que rodeiam o formar em odontologia. De coração, agradeço à professora **Simone Junqueira** por ter me acolhido no começo da pós-graduação e se mantido presente em todo o percurso, confiando, apoiando e me oferecendo espaço para que eu pudesse me descobrir ao longo dessa formação. Para além disso, agradeço pela amizade, pelos bons conselhos e pelos exemplos marcantes de conduta profissional e humana. Ao *teacher* – como carinhosamente o apelidamos – **Carlos Botazzo**, a quem admiro desde os tempos da graduação, agradeço pela generosidade – intelectual e pessoal –, por partilhar, de forma tão humilde, seus saberes e experiências, e por proporcionar (re)(de)(trans) formações constantes no meu ser por meio das reflexões sobre nossos fazeres e práticas na produção do cuidado em saúde bucal. Incluo nesse grupo, ainda, a professora **Felismina Mendes** que me recebeu tão calorosamente em terras lusitanas e permitiu que minha curta estadia em Évora, durante o doutorado sanduíche, fosse intensa, enriquecedora e extremamente agradável.

Aos colegas portugueses **Alzira Cavacas**, **Antero Campião**, **Catarina Carvalho** e **Joana Gralha** que, além de dividirem comigo a intimidade do cotidiano dos seus trabalhos, foram amáveis e gentis durante toda a minha permanência em Portugal.

Agradeço aos funcionários da FOU SP pela prontidão e disponibilidade para ajudar sempre que necessário. Em especial agradeço às secretárias do Departamento de Odontologia Social, **Sônia**, **Andréia** e **Carmen**, às secretárias do setor de Pós-graduação **Alessandra** e **Cátia**, e às funcionárias do Sistema de Documentação Odontológica, especialmente à **Vânia** e à **Glauci**.

Aos estudantes que passaram pelo Projeto Inovação – **Karina Pidhorodheckyj**, **Letícia Koseki**, **André Clara**, **Eduardo Pinheiro**, **Diego Manarão**, **Brunna Machado**, **Suellen Nascimento** e **Andreia Cestarolli**– que, no agradável convívio das nossas tardes de atendimento clínico e reflexões, revelaram nuances da formação em odontologia e ofereceram subsídios para pensarmos o modelo de estágio.

A equipe do Projeto Inovação pela partilha diária – de vida, de experiências, de anseios, de angústia e de conquistas –, por mostrar o quanto é enriquecedor trabalhar em grupo e por despertar tantas ‘paixões alegres’. Em especial, agradeço à **Carolina Rogel** e à **Fabiana Pires**, queridas amigas e parceiras de jornada.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social, particularmente aos que compuseram à equipe da disciplina de Saúde Coletiva, disciplina que eu tive o privilégio de experienciar desde o começo do mestrado. **Celso Zilbovicius, Julie Silva, Sonia Cardim** e todos os outros professores com que eu convivi nesse período e que tanto me ensinou, obrigada!

Aos colegas pós-graduandos do Departamento de Odontologia Social – os que estão e os que passaram – pelo agradável convívio. Com carinho especial, agradeço à **Andrea Melani** e à **Jaqueline Montoril**.

Aos amigos **Jeidson Marques** e **Jamilly Musse** que, desde o começo, me apoiaram e me incentivaram a buscar o sonho da carreira acadêmica mostrando, com os próprios exemplos, que tudo é possível desde que se tenha coragem, humildade e força de vontade. Se não fosse por vocês, eu jamais teria ousado dar o primeiro passo. Obrigada!

Às amigas **Alana Azevedo, Roseane Nascimento** e **Josilene Cerqueira** por estarem sempre por perto, sobretudo, nos momentos mais difíceis.

À **Antônio Carlos Souza-Neto** pela amizade sincera e disponibilidade em auxiliar na correção ortográfica.

À **Cesar Diaz**, meu companheiro de vida, pelo amor, cuidado e compreensão, reflexos da sua grandeza de ser humano, que foram capazes de suavizar as limitações encontradas nesse percurso e multiplicar as alegrias.

Gratidão sublime aos meus pais, **Paulo** e **Eliene**, por todo carinho, amor e dedicação que oferecem à mim, desde o momento em que me deram a vida. Eu e meus irmãos – **Maurício** e **Gleika** –, à quem agradeço pela cumplicidade de uma vida inteira, crescemos juntos na cidade de Planalto, na Bahia, um lugar onde a determinação social reduz a possibilidade de escolhas e torna os caminhos limitados. No entanto, como poucos com a mesma origem, tivemos o privilégio de conhecer alternativas diferentes e recebemos na nossa educação – tão simples e, ao mesmo, tão rica – os instrumentos necessários para enfrentar o mundo e batalhar, com dignidade e determinação, pelos nossos sonhos. Por conta disso, um dia pudemos comemorar a formatura da primeira cirurgiã-dentista planaltense. Hoje, celebramos o primeiro título de doutorado. Sem vocês, isso não teria sido possível! Por isso, dedico essa conquista à vocês. Obrigada por tudo!

Por fim, estendo os meus agradecimentos à todos que torceram pela minha felicidade, aos que sorriram e choraram comigo, aos que aprenderam e ensinaram e aos que me apoiaram e me incentivaram nesse longo percurso que se iniciou muito antes da pós-graduação.

“Caminhamos atribuindo sentido ao nosso caminho. Às vezes sem o encontrar. Às vezes sem o questionar. Caminhamos e o que pensamos e sentimos acontece num espaço e num tempo que nos situa, mesmo que o ignoremos. Um tempo nosso, de uma seta que não se inverte. Um tempo presente que com outros tempos nossos interage, e por isso os reverte, para nos enraizar e direccionar. Um tempo que se alarga para além de cada um de nós e que é o das situações mais amplas, das quais nós somos parte... e espelho. Um espelho púnico, poliedro que refracta e reflecte imagens múltiplas. Imagens todas elas construídas que se contemplam e se antagonizam e que constituem o nosso mundo. Um mundo individual em interdependência com outros mundos. Em conflito e consonância. Ao longo do caminho. Um caminho pela qual nos transformamos. Sendo, a imagem dessa transformação, uma construção também” (Caetano, 2004).

RESUMO

Fonsêca GS. Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro'. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Original.

Os cursos de graduação em odontologia vêm privilegiando uma formação fundamentada na técnica, com práticas curativistas e individualizadas, tornando-se incapazes de formar a força de trabalho necessária à resolução dos problemas de saúde bucal da população. Com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em odontologia, uma série de mudanças curriculares vêm sendo executadas no sentido de favorecer a formação adequada. Acredita-se que a educação pela experiência configure-se como um conjunto de ferramentas viável e eficaz para garantir a formação adequada e coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Cita-se, como uma dessas possibilidades, os Estágios Curriculares Supervisionados (ECS), previstos nas DCN para serem desenvolvidos de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. O estudo destina-se a compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania por diferentes olhares e, aliado a experiências vivenciais dessa articulação, construir um modelo de Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em serviço público de saúde, no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), para cursos de graduação em odontologia. Trata-se de um estudo qualitativo dividido em duas fases. Na primeira, foi experienciado um modelo de estágio vinculado à um projeto de pesquisa que se propõe à inovar as práticas de saúde bucal no SUS, utilizando-se de uma proposta de clínica ampliada. Nessa etapa, participaram a pesquisadora, estagiários e preceptores que foram entrevistados e/ou escreveram diários de campo. Na segunda fase, alunos de odontologia, profissionais e gestores de serviços de saúde do município de São Paulo manifestaram suas percepções por meio de grupos focais e entrevistas individuais, respectivamente. O material coletado foi analisado por intermédio da hermenêutica dialética e da triangulação de dados. Os dados descortinam a intimidade das clínicas de uma Faculdade de odontologia, revelando o que se denominou de ensino da odontologia 'in vitro', distante da realidade e limitado no sentido de solucionar os problemas de saúde bucal do público atendido. Em

contrapartida, foi evidente os benefícios que as vivências no mundo real, nos mais variados espaços, podem trazer para esses estudantes. Para os estagiários do modelo experienciado, a prática em clínica ampliada permite extrapolar a odontologia 'in vitro' e se aproximar da realidade. Preceptores e gestores manifestam opiniões convergentes e explicitam, ainda, o poder transformador que a presença de estudantes denota para os serviços além de induzir à educação permanente dos profissionais que atuam como preceptores. Com bases nessas colocações, foi elaborado um modelo de ECS para cursos de odontologia, de modo a permitir que os estudantes experienciem a realidade de saúde e trabalhem na dimensão da clínica do corpo vivo, subjetivado e complexo. Deseja-se oferecer ao estudante a possibilidade de refletir e experienciar os espaços onde as ações em saúde são produzidas, em um processo de ensino-aprendizagem centrado metodologias ativas, com a mediação pedagógica desenvolvida por preceptores e docentes. Acredita-se que suas características, pensadas em função da triangulação dos diferentes olhares que compuseram o estudo, reverterem-se de força suficiente para inquietar o instituído e metamorfosear a formação disfarçada da odontologia.

Palavras-chave: Odontologia. Educação superior. Estágio Clínico. Estágio. Recursos humanos para a saúde. Pesquisa qualitativa. Saúde Bucal. Clínica Ampliada. Atenção Primária em Saúde. Serviços de Integração Docente-Assistencial.

ABSTRACT

Fonseca GS. Experiential learning: revealing new faces and breaking the veil of an “in vitro” dentistry. [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Original.

The undergraduate dentistry courses tend to distinguish a technical formation, with individualized and curative practices, being unable to built workforce to solve population's oral diseases. As the National Curricular Guidelines were implemented to these undergraduate dentistry courses, curricular changing are carrying out, with the aim to assist an adequate formation. It is believed that education by experience set up as feasible and effective tools to ensure proper and consistent training with the principles of the Unified Health System (SUS). The Supervised Curricular Internships, cited by DCN must be developed in articulated way and complexity during undergraduate process. The aim of this study is to understand teaching-work-citizenship relation in different views, and built a Supervised Curricular Internship Model in public service, in the primary health care to the undergraduate dentistry courses. It is a qualitative study composed by two stages. In the first stage, it was experienced an internship model tied to a survey project , wich purpose is to innovate oral practices in the Unified Health System (SUS), and the participants were the participants were the researcher, internship members and preceptors who were interviewed and/or wrote in diary. In the second stage, undergraduate students, professional and managers of public health services at São Paulo, expressed their perceptions by focal groups and individual interviews, respectively. The data were collected and analised by dialectical hermeneutics and technique of data triangulation. The data uncover the face of practical activity in Dentistry School Clinic, revealing a term named “in vitro” teaching dentistry, wich is far from the reality and unable to solve the oral diseases of the audience. On the other hand, it was clear that the benefits of the real experiences, in many spaces, can be positive to the students. The internship members of this model perceived that the model of “in vitro” dentistry can be approach to the reality. Preceptors and managers presented convergent opinions and highlighted that the students' presence can change the services and induce permanent education to the preceptors. In the light of this, an ECS model for dental courses was designed in order to allow the students to

experience it to health reality and work in size of the clinic of the living body, subjectivity and complex. An other objective is to offer the student the opportunity to reflect and experience health spaces, based on teaching-learning methodologies and mediated by preceptors and teachers.

Key-words: Education, Higher. Clinical Clerkship. Internships. Human Resources . Qualitative Research . Oral Health. Primary Health Care. Teaching Care Integration Services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2.1 - Ciclos de aprendizagem Experiencial e os modos de conhecimentos relacionados	49
Quadro 2.1 - Principais características de um profissional	57
Quadro 2.2 - Os dois modelos da competência de Le Boterf	59
Quadro 2.3 - Características essenciais dos estágios curriculares	78
Figura 2.2 - Modelo lógico-ideal de ECS	81
Quadro 4.1 - Características dos estagiários do primeiro ano do Projeto Inovação ..	86
Quadro 4.2 - Divisão dos participantes da segunda fase da pesquisa por grupos	90
Quadro 4.3 - Ilustração sintética do desenho do estudo	95
Quadro 5.1 - Organização das Unidades Curriculares responsáveis por conduzir os alunos nos serviços de saúde	200
Figura 5.1 - Grupo de aprendizagem para uma UBS com quatro ESB	213
Figura 5.2 - Exemplos de setores em UBS.....	215
Quadro 5.3 - Itens e critérios de avaliação do ECS.....	218
Figura 5.3 - Fases de implementação do ECS	222
Figura 5.4 - Modelo lógico-ideal para o ECS	223
Quadro 5.4 - Matriz avaliativa do ECS	224

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ADEA	American Dental Education Association
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPE	Centro de Atendimento à Pacientes Especiais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CIOSP	Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
COAPS	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
ECTS	European Credit Transfer System
ENLEC	Encontro Latino Americano de Equivalência Curricular
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
MOD	Mésio-ocluso-distal
OS	Organização Social
PAVAS	Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual

PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PLACEO	Projeto Latino Americano de Convergência em Educação Odontológica
PPP	Projeto Político Pedagógico
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SETEC	Secretaria da Educação Profissional e Tecnológica
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Apresentação da Pesquisa	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Formação em saúde bucal: contexto e transformações	20
2.1.1 Formação em odontologia no mundo: organização e influências no Brasil	29
2.2 Bucalidade e Saúde Bucal Coletiva: ampliando as fronteiras da formação em odontologia	34
2.3 Clínica Ampliada em saúde bucal: para além da boca e do discurso odontológico	38
2.4 Formação pela experiência: conhecendo o mundo real e desenvolvendo competências profissionais	45
2.4.1 Notas sobre a experiência por Jorge Larrosa Bondía	45
2.4.2 Aprendizagem pela experiência: reinventando saberes e dando sentido ao conhecido	47
2.4.3 Da experiência, constrói-se as competências	52
2.4.4 A formação pela experiência em serviços públicos de saúde: Entre o real e o desejável	65
2.4.5 Estágio Curricular Supervisionado: a formação pela experiência mediada pelos currículos	75
2.4.6 O modelo lógico-ideal de ECS	80
3 OBJETIVOS	82
4 METODOLOGIA	83
5.1 Tipo de estudo	83
5.2 Primeira Fase	83
4.2.1 O Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal	84
4.2.2 O cenário de estudo	84
4.2.3 Participantes do estudo	86
4.2.4 Técnica e instrumentos para coleta de dados	86
4.2.4.1 <i>Etapas 01: Observação Participante do CSE Paula Souza</i>	87
4.2.4.2 <i>Etapas 02: Clínica Ampliada de Saúde Bucal</i>	88
4.2.4.3 <i>Forma de registro das etapas 01 e 02</i>	88
4.2.5 Coleta de dados	90

4.3 Segunda Fase	90
4.3.1 Participantes do estudo	90
4.3.2 Técnica e instrumentos para coleta de dados	91
4.3.3 Coleta de dados	93
4.4 Análise e interpretação dos dados	93
4.5 O Doutorado Sanduíche e a busca de um modelo inspirador	95
4.6 Questões éticas	96
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
5.1 Capítulo 1	98
5.1.1 A ótica dos estudantes de odontologia	98
5.1.1.1 <i>Descortinando a intimidade das clínicas de ensino: a odontologia ‘in vitro’ e suas limitações</i>	98
5.1.1.2 <i>As metamorfoses advindas da experiencição do mundo real e a construção de competências</i>	109
5.1.2 A ótica dos preceptores	127
5.1.3 A ótica dos gestores	144
5.2 Capítulo 2	153
5.2.1 O percurso da (des) aprendizagem pela experiência: ampliando o olhar sobre a clínica	153
5.2.2 Extrapolando a odontologia ‘in vitro’ e encontrando uma Clínica Ampliada de Saúde Bucal	158
5.2.3 Construção de conhecimentos pela experiência: reflexões, afetos e competências	174
5.2.4 Os Protagonistas do Estágio no Projeto Inovação	190
5.3 Capítulo 3	199
5.4 Capítulo 4	212
5.5 Capítulo 5	225
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
REFERENCIAS	233
APÊNDICES	251
ANEXOS	23358

1 INTRODUÇÃO

A atual conjuntura da organização da atenção em saúde bucal exige profissionais cirurgiões-dentistas que, para além do domínio técnico, compreendam a relação da cavidade bucal com o território existencial e que relembram o estabelecimento de causas das doenças em função do entendimento da determinação social do adoecimento em saúde bucal.

O modelo de prática odontológica curativista, mutilador, baseado em densas tecnologias, elitista, predominantemente privado que, ao longo de anos, prevaleceu no Brasil, mostrou-se incapaz de solucionar os problemas de saúde bucal da população (Brasil, 1986; Narvai, 1994; Pucca-Júnior et al., 2009; Botazzo, 2013).

Na contemporaneidade, essas práticas estão em processo de substituição já que – como resultado de um processo maior – desde 2004 vem sendo implementada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), responsável por (re)organizar a atenção em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, no SUS, focando a humanização do cuidado, a integralidade e a promoção da saúde (Brasil, 2004b).

Uma das frentes priorizadas pela política refere-se à ampliação e à qualificação da saúde bucal na Atenção Primária em Saúde (APS), por intermédio do trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2004b).

No entanto, as propostas da PNSB ainda não conseguiram capilarizar-se no cotidiano de trabalho, não atingindo em plenitude a micropolítica das organizações, reproduzindo práticas antigas em uma nova roupagem (Pires, 2013). Dentre outros problemas, a inclusão da saúde bucal na ESF se defronta com a precária disponibilidade de cirurgiões-dentistas preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, sendo esse um dos limites mais relevantes para efetiva implantação da PNSB.

A formação em saúde, predominantemente, organiza-se na dimensão do corpo morto, com predomínio da centralidade biológica do adoecimento, eximindo os processos de subjetivação que acometem os corpos e a interação com a sociedade, reforçando, assim, o imaginário técnico-científico da saúde (Ceccim; Carvalho,

2011). Na odontologia, a realidade é semelhante. Observa-se grande ênfase no tecnicismo, nas práticas curativistas e individualizadas, e na fragmentação do conhecimento pelas especialidades (Araújo, 2006; Botazzo, 2013).

Desde 2002, ano em que foram implementadas as DCN para os cursos de graduação em odontologia, os currículos estão sendo reformulados com base nas necessidades demandadas pelo sistema de saúde vigente no país, ou seja, é imprescindível que a formação atenda aos preceitos do SUS. Pretende-se formar um cirurgião-dentista generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, pautando suas ações no rigor técnico-científico e na relevância social (Brasil, 2002).

Nesse panorama de reorientação da formação em saúde – aqui incluídos os cursos de odontologia – a formação pela experiência configura-se como um conjunto de ferramentas viável e eficaz no sentido de promover a construção de competências que se aproxime da formação adequada e coerente com os princípios do SUS. Cita-se, como uma dessas possibilidades, os Estágios Curriculares Supervisionados (ECS), previstos nas DCN para serem desenvolvidos de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação (Brasil, 2002).

Os ECS constituem-se em um momento no qual o estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a consolidação de conhecimentos no transcorrer do curso (Costa; Germano, 2007), por meio da problematização da prática.

Assim, as Faculdades de odontologia vêm desenvolvendo, ao longo dos últimos anos, modificações nas estruturas curriculares, objetivando atender às DCN. Cabe às disciplinas ligadas à Saúde Coletiva abordar assuntos promotores de conhecimentos, ideias, habilidades, capacidades formais e, também, disposições e atitudes relacionadas às práticas de saúde na esfera do SUS. Geralmente, a dinâmica dessas disciplinas comporta ações de integração ensino-trabalho, sobretudo relacionadas aos serviços de APS, no intuito de agregar “conhecimentos reais” à formação dos alunos, como os aspectos relacionados ao planejamento, organização e gerenciamento de práticas públicas de saúde.

No entanto, os esforços de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços se chocam com empecilhos de natureza diversa e tendem a desenvolver-se de forma reduzida. Torna-se, assim, imprescindível aprofundar as discussões relacionadas à essas variáveis, bem como explorar o potencial dos serviços como lócus pedagógico, buscando no SUS a ampliação da formação reduzida tão presente nos cursos de graduação em odontologia.

1.1 Apresentação da Pesquisa

O objeto de estudo insere-se no âmbito da formação em odontologia e é um dos objetivos específicos do projeto “Inovação na produção do cuidado em saúde bucal - possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde¹”, coordenado pelo professor Dr. Carlos Botazzo e desenvolvido com auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Projeto 403153/2012-3) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (2013/11668-2).

Além disso, o estudo foi desenvolvido em parceria e complementaridade com o projeto “Integração ensino-serviço na formação em odontologia: capacidade física e humana dos serviços do SUS para a prática pedagógica”, coordenado pelo professor Dr. Celso Zilbovicius.

¹ Ao longo da tese, ele será referido como Projeto Inovação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Formação em saúde bucal: contexto e transformações

A organização dos serviços de odontologia, no setor público, por um longo período foi caracterizada por procedimentos prestados de maneira assistemática (Pinto, 2008), sendo a conduta determinada pela 'odonto-queixa' dos pacientes traduzindo-se, predominantemente, por técnicas mutiladoras que isolavam as unidades dentárias do ser humano em detrimento de sua complexidade biológica, psíquica e social.

Esse modelo foi adjetivado como ineficaz, ineficiente, monopolizador, de alto custo, elitista, iatrogênico, mutilador e baseado em densas tecnologias, conforme consta no relatório da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986 (Brasil, 1986). Ou seja, suas características não eram capazes de solucionar os problemas de saúde bucal encontrados na época (Botazzo, 2013²).

De acordo com Narvai, a odontologia de mercado³ foi a que predominou ao longo dos anos, impondo-se historicamente, sendo esse o modelo responsável pela situação não ideal de saúde bucal no Brasil. Nessa conformação, o consultório privado assume uma centralidade como lócus do processo de trabalho em odontologia, dificultando o acesso de uma parcela significativa da população ao tratamento em saúde bucal (Narvai, 1994).

Nessa conjuntura, a formação dos cirurgiões-dentistas, ao longo dos anos, priorizou os aspectos técnico-biológicos da odontologia, mantendo-se distante das demandas sociais e da saúde bucal, propriamente dita. Na verdade, para Warmling (2009), as políticas de formação do cirurgião-dentista foram as responsáveis por

² O texto citado foi escrito em 1988 mas, na ocasião, não foi publicado. A publicação veio a ocorrer anos depois, em 2013. Apesar da "idade avançada" do texto, a leitura evidencia seu caráter extremamente atual e sua coerência com questões discutidas na contemporaneidade, inclusive antecipando-as.

³ Modelo que centra sua prática na assistência odontológica aos doentes, realizada exclusivamente por um sujeito individual no seu restrito ambiente clínico-cirúrgico. Ainda hoje, esse é o modelo que predomina no setor privado e exerce forte influência sob o setor público, no Brasil. Sua essência reside na base biológica individual sobre a qual é construído o fazer clínico e no modo de produção capitalista, com a compreensão dos cuidados de saúde como consumo material (Narvai, 1994).

definir, no Brasil, as práticas odontológicas, as identidades profissionais e os modos de entender a saúde bucal. Reconhece-se, no entanto, que essa relação causal mantém-se em círculo, sendo bidirecional.

No interior das faculdades, era estimulada a formação coerente com as necessidades da elite, desvinculada da noção de bem-estar social, sendo que as discussões sobre o processo saúde-doença tardaram à penetrar às estruturas curriculares das faculdade de odontologia (Haddad; Morita, 2006).

O processo de formação em saúde, em todo o mundo, desde o início do século XX, foi fortemente influenciado pelos princípios do relatório Flexner que, dentre outros aspectos, estimula a fragmentação do conhecimento e induz a uma excessiva objetivação dos processos de aprendizagem, além de enfatizar o biologicismo e o mecanicismo, exacerbando o saber enfermo-biológico em detrimento das dimensões do social e do subjetivo.

Desde o relatório Flexner, publicado em 1910, os cursos de graduação em saúde adotaram um modelo formador marcado por uma ciência das doenças, um corpo entendido como território onde as enfermidades evoluem e uma clínica experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos (Ceccim; Carvalho, 2011). Com essas influências, as Instituições de Ensino Superior (IES) tendem a produzir e disseminar um conhecimento baseado na compreensão do adoecimento como lesões restritas ao corpo biológico que o disfuncionaliza em relação à normalidade, olhando o corpo adoecido como local para o surgimento de lesões orgânicas, somente (Feuerwerker, 2012).

O incentivo a esse modelo contribui efetivamente para a precoce especialização dos estudantes da área da saúde, além do desejo pela superespecialização (Ceccim; Carvalho, 2011) e para o uso excessivo de tecnologias duras em detrimento das tecnologias leve-relacionais⁴ no cuidado em saúde (Merhy, 2013).

O relatório Gies, publicado em 1926, direciona os pressupostos cientificistas e positivistas do Relatório Flexner para a odontologia, confirmando a noção individualista do profissional, eximindo-o de uma abordagem crítica de sua prática e desprezando a concepção de integralidade da atenção.

⁴ O conceito das diferentes tecnologias do cuidado desenvolvido por Merhy (2013) será melhor descrito no tópico 2.2.

Dentre os inúmeros problemas relacionados à formação em odontologia, destacam-se a falta de integração da maioria das faculdades com os problemas de saúde bucal da população, a proliferação de faculdades que visam apenas objetivos comerciais, o ensino desvinculado da realidade, o pouco ou o nenhum conhecimento sobre o SUS por parte dos professores, e a estrutura curricular inadequada, com formação centrada na técnica e socialmente deficiente (Araújo, 2004). Nesse enquadramento, é evidente que os profissionais não são preparados de forma adequada para atuar na perspectiva da atenção integral à saúde.

Um profissional de saúde requer, além do conhecimento científico e tecnológico, conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar. Ele deve ser capaz de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. As escolas tendem a oferecer um “pacote” de conhecimentos que inclui os procedimentos “de ponta” e as novidades tecnológicas e farmacológicas, mas subestimam o potencial formador do cotidiano dos serviços e da gestão (Carvalho; Ceccim, 2009).

E, assim, como responsáveis – ao menos parcialmente – pelas condições ainda deficientes de saúde bucal da população brasileira, estão os fazeres e saberes arraigados e, historicamente, “ensinados” nos cursos de odontologia. A mutilação dentária aparece como uma característica comum entre adultos e idosos retratando as marcas de um modelo de atenção à saúde excludente, desigual e não integral.

Esse panorama ineficiente, ineficaz e mutilador tornou veemente, ao longo dos anos, a necessidade de modificar a oferta em saúde bucal em seu conjunto e, especificamente, no contexto público. Uma série de ações e medidas foram elaboradas com este intuito, encontrando seus maiores expoentes com a inserção da saúde bucal, no ano 2000, na ESF e com a promulgação da PNSB, em 2004 – conhecida como Brasil Sorridente – traduzida no documento Diretrizes da PNSB.

Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado, focando a promoção de saúde e a intervenção nos fatores que colocam a vida em risco, incorporando ações programáticas e intersetoriais, tomando como base a humanização da saúde (Brasil, 2004a, p. 2).

O documento pressupõe um compromisso com a qualificação da APS, integralidade nas ações de saúde bucal, diagnóstico das condições de saúde-

doença da população para estabelecimento do melhor projeto terapêutico, por meio do trabalho das ESB na ESF. A PNSB busca promover uma reorganização em todos os níveis da atenção em saúde bucal, com foco na noção do cuidado, compreendendo o conceito de saúde de forma atrelada à qualidade de vida (Brasil, 2004a).

Com a implementação da PNSB, uma série de ações individuais e coletivas envolvendo promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças bucais foram incluídas no rol de responsabilidades da saúde bucal, nos três níveis de atenção (Pucca-Júnior et al., 2009). Todas as ações devem se organizar com base nas linhas do cuidado – da criança, do adolescente, do adulto e do idoso –, com a criação de fluxos que implicam ações resolutivas das equipes de saúde, levando em consideração o acolhimento, a informação, o atendimento, o encaminhamento dos pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quando necessário, e a garantia de seu retorno para acompanhamento (Brasil, 2004a).

Essa política inova – sobretudo no arcabouço teórico – ao proporcionar o desenvolvimento do trabalho de forma interdisciplinar, em que a ESB divide o cotidiano das práticas com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde (Brasil, 2004a).

A PNSB entende a saúde bucal como parte de um todo bio-psico-social, determinante e determinada pelas condições de vida dos indivíduos. Corrobora, ainda, a ideia de que para reduzir iniquidades em saúde, é necessário que os sistemas de saúde voltem parte de suas ações para os determinantes sociais (Watt; Sheiham, 1999; Marmot, 2005) e implementem políticas de promoção de saúde apropriadas e efetivas (Watt et al., 1996).

Um grande paradoxo é que os cirurgiões-dentistas que iniciaram a composição das ESB foram concebidos segundo o modelo formador anteriormente citado, que privilegia o tratamento de doenças, trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e apresenta pouca familiaridade com as instâncias do SUS (Morita; Kriger, 2004), o que permite afirmar que não havia, naquele momento e, quiçá, ainda hoje, profissionais adequadamente formados para dar vida a teoria da PNSB.

Após mais de dez anos de existência da PNSB, é perceptível a manutenção do “*componente educativo controlista*” (*grifos do autor*) idealizado pelas práticas de saúde bucal públicas pré-SUS com a sua estrutura ideológica permeando tanto a formação quanto os serviços de saúde bucal, “justo ela que se propôs, e corretamente, diga-se, inovar e historicamente superar condições e práticas do passado”. Os serviços e os sistemas de informações mantêm-se “cárie-orientados” ou “cárie-dirigidos”, desde a promoção até a prevenção e assistência em saúde bucal, tornando “o lado coletivo da saúde bucal uma utopia distante” (Botazzo, 2013, p. 24).

[...] é sempre a *forma-criança da cárie* que se manifesta na teoria e na prática, a qual submete adultos e mesmo idosos aos regulamentos discursivos da escovação dos dentes e do controle da ingestão de sacarose. A manutenção dessa centralidade dentária tem sérias implicações para a saúde bucal e para a qualidade de vida de grandes setores da população. Basta pensar nas *doenças bucais negligenciadas* (*grifos do autor*) a formar ainda hoje vasta e incômoda lacuna (Botazzo, 2013, pp. 24-25).

O trabalho em saúde bucal continua intimamente ligado ao tecnicismo imposto pela odontologia revelando a necessidade, urgente, de deslocar-se para a vigilância à saúde e à promoção da saúde nos moldes da ESF. É perceptível que o lado coletivo da PNSB se encontra atrelado aos conceitos positivistas de diminuição dos índices epidemiológicos e aos indicadores operacionais e de gestão como a cobertura de primeira consulta odontológica programática, a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada, a média de procedimentos odontológicos básicos individuais e a proporção de procedimentos especializados em relação aos individuais.

As tecnologias “coletivas” para enfrentar os diversos problemas bucais ainda se restringem a escovação dental aprimorada, controle da dieta e correção de hábitos deletérios o que compromete a integralidade do cuidado (Pires, 2013).

Além disso, é perceptível que a gestão dos serviços de saúde mantém-se fortemente ligada ao modelo taylorista de administração, regulando o trabalhador apenas na conduta do que é prescrito por ela, focando a produtividade como objetivo, limitando assim, as renormalizações necessárias para a condução efetiva do trabalho em saúde. Essa modalidade de trabalho leva com ela uma grande complexidade e, por envolver uma atividade humana, não pode restringir-se à

prescrição e aos protocolos, uma vez que o que ocorre na realidade e seus imprevistos diferem do fixado (Reis, et al., 2015, p. 58).

Apesar do aumento no número de procedimentos restauradores e da melhoria do acesso da população brasileira aos procedimentos de média complexidade alcançados com a PNSB, o que vem gerando melhorias epidemiológicas importantes (Brasil, 2011), ainda há o aprisionamento ao modelo de atenção e de trabalho clínico do setor privado, com a mera reprodução dessa lógica no SUS. Os principais pontos a serem discutidos nesse aspecto dizem respeito ao modo como é organizada a consulta odontológica, a presença tímida ou a inexistência de pessoal auxiliar e as tecnologias de cuidado que se refletem na baixa cobertura, odontocentrismo e acentuada tecnificação (Universidade de São Paulo, 2010).

Ao manter o uso da odontotécnica em detrimento das tecnologias de cuidado em saúde bucal, reduz-se as potencialidades da ESF, ou seja, conserva-se antigas concepções em uma nova roupagem. Apesar da transformação almejada pelos defensores da saúde bucal coletiva ao idealizar a PNSB, as mudanças não adquiriram capilaridade no cotidiano dos serviços. A Política necessita de maior elaboração teórico-prática sobre uma tecnologia para o cuidado do sujeito com suas necessidades bucais (Pires, 2013).

Os fóruns de discussão e reflexão sobre saúde bucal, há pelo menos 20 anos, ou seja, muito antes da criação da atual PNSB, inferem a necessidade de mudanças no ensino da odontologia no Brasil. Processos de avaliação de naturezas distintas, evidenciam falta de preparo dos professores para as atividades de docência e de investigação, baixa produção de conhecimentos, currículos antigos, dissociação entre teoria e prática, desarticulação entre os ciclos básico e clínico, formação que favorece o uso indiscriminado de alta tecnologia e prática profissional descontextualizada (Araújo, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 2003, apresenta uma análise da relação entre ensino superior em odontologia e as necessidades do SUS. Nessa época, iniciou-se o significativo crescimento do número de faculdades de odontologia no país (Zilbovícius, 2007). Entretanto,

[...] a formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de

trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2004b, p. 55).

Predominam, no ensino, conhecimentos oriundos de outros países que não apresentam muita coerência com os problemas enfrentados pela sociedade brasileira. Na pesquisa, ênfase é dada à questões superficiais sem espaço para a participação das comunidades, sendo pequena a preocupação com a destinação social. Por fim, a extensão universitária encontra-se à margem do sistema educacional (Bordenave; Pereira, 1989).

O modelo pedagógico deve apresentar coerência com a organização da saúde bucal vigente no país, seja ela pública ou privada. Além disso, os cursos de graduação em saúde precisam incluir-se nos processos de mudanças e inovações do setor de saúde, visto que detém ferramentas poderosas nesse aspecto como a possibilidade e o incentivo para o desenvolvimento de pesquisas.

Assim sendo, esse modelo deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, como princípios norteadores dos movimentos de mudança, sustentados na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (Araújo; Zilbovícius, 2008).

Similar à formação dos profissionais das demais áreas da saúde, que se encontra numa perspectiva de desafios e mudança, a formação odontológica choca-se com uma profunda reflexão acerca dos paradigmas e conceitos pedagógicos que perfazem o contexto educacional na formação de profissionais (Zilbovícius, 2007).

Em 2002, potencializando e marcando o processo de reflexão e mudança, foram elaboradas as DCN para os cursos de graduação em odontologia, aprovadas por intermédio do Parecer CNE-CES⁵ nº 3, de 19 de fevereiro (Brasil, 2002). O documento representa a convicção de que o ensino em odontologia pode ser transformado, sem que ocorra perda na qualidade ou desprezo dos avanços técnico-científicos da área (Zilbovícius, 2007).

⁵ Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior – Ministério da Educação.

O processo de elaboração de novas diretrizes para os cursos de graduação em odontologia fez parte de um processo mais amplo em que todos os cursos de graduação da área saúde estavam se mobilizando para produzir modificações no interior dos seus processos de formação.

Essas DCN imprimiram marcas profundas no pensar a formação em saúde porque, em primeira instância, legislaram a aproximação das IES com o SUS – até então essa era uma luta restrita a alguns professores e movimentos estudantis, sem documentação específica que a legitimasse – constituindo-se no primeiro marco legal das iniciativas de mudanças nesse sentido, além de incluir nos marcos regulatórios da educação superior elementos que favorecessem maior sintonia entre as políticas de educação e saúde (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

Em segunda instância, destaca-se a importância das DCN no sentido de possibilitar uma base comum de orientação para a reestruturação curricular nas várias profissões da saúde, compartilhando competências entre os cursos e orientações como: articulação com o SUS, diversificação dos cenários de prática e a relevância da aprendizagem participativa na organização curricular (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

Além disso, as DCN constituíram-se na base para que o Ministério da Saúde desenvolvesse – muitas vezes em parceria com o Ministério da Educação – iniciativas políticas para estimular a reorientação da formação nos mais variados cursos da área da saúde (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

As DCN apontam para uma mudança rumo às práticas cuidadoras, ao trabalho conjunto em equipe e ao máximo compromisso com o SUS o que significa rever o conceito de saúde, aproximar-se da realidade local e “inventar” a aproximação dos futuros profissionais com o SUS visando ampliar capacidades, percepções e intervenções sobre a saúde (Ceccim; Carvalho, 2011).

O momento atual sinaliza uma fase de avaliação das mudanças originadas nesse trajeto, bem como uma revisão dos pressupostos colocados pelas DCN. Para os cursos de medicina, por exemplo, foram elaboradas em 2014 novas DCN no sentido de potencializar a reorientação da formação (Brasil, 2014).

As definições contidas nas DCN voltadas para os cursos de graduação em odontologia sinalizam uma mudança paradigmática na formação, buscando materializar um profissional crítico, capaz de, dentre outros critérios, trabalhar em

equipe e de levar em conta a realidade social. Propõem um cirurgião-dentista com perfil generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes (Brasil, 2002).

As DCN para os cursos de graduação em odontologia (Brasil, 2002, p. 1) definem como objeto:

Permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.

Apontam ainda que:

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe (Brasil, 2002, p. 3).

As DCN designam uma mudança na concepção reducionista de assistência odontológica, na medida em que abordam a questão da atenção integral e do desenvolvimento multiprofissional, enfatizando o trabalho em equipe (Zilbovicius, 2007), com maior possibilidade de garantir atenção à Saúde Bucal. Essas novas concepções regulamentadas se unem às Diretrizes da PNSB para potencializar a transformação nos saberes e fazeres, no sentido de proporcionar melhores condições de saúde bucal e, conseqüentemente, maior qualidade de vida à população brasileira.

O papel transformador e inovador das DCN e das Diretrizes da PNSB – principalmente, na esfera teórica – é reconhecido mas, seriam elas capazes de gerar as mudanças pretendidas? A resposta é negativa. Entre promulgar e implementar, de fato, as DCN e a PNSB, existe um vasto percurso a ser trilhado que exige esforços dos diversos setores e atores, direta ou indiretamente, envolvidos com a formação de profissionais em saúde bucal e com a organização do trabalho no SUS.

É importante frisar que as transformações no modelo de atenção e as mudanças na formação profissional acontecem de forma simultânea, articulada, imbricada, sendo que uma potencializa a outra e elas não ocorreriam de forma isolada. Assim, as mudanças na formação geram mudanças nos processos de ação

nos territórios e nas unidades de saúde, construídos de modo compartilhado (Feuerwerker; Capozzolo, 2013), ou seja, as adequações na formação em saúde bucal afetarão os saberes e fazeres praticados nos serviços de saúde, em um círculo de melhoria formação-serviço mutuamente beneficiados.

2.1.1 Formação em odontologia no mundo: organização e influências no Brasil

Também em âmbito internacional, a organização da formação em odontologia – ou das profissões equivalentes – acompanham o contexto das reformas universitárias e das práticas e Sistemas de Saúde de cada país. Para clarificar e gerar elementos potencializadores da discussão, optou-se por explanar a formação em odontologia nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina. Frisa-se, entretanto, que de maneira geral, no cenário mundial, o dentista atua predominantemente no setor privado (Reis et al., 2015). Por exemplo, dos países da União Europeia, apenas cerca de 11% dos profissionais desenvolvem práticas ligadas aos serviços públicos de saúde (Kravtitz et al., 2014). Faz-se esse destaque para que se tenha cautela ao realizar comparações ou buscar inspirações visto que, a PNSB é única no mundo e o contexto da organização da saúde no Brasil requer que a formação seja coerente com seus pressupostos.

Nos Estados Unidos, uma série de trabalhos aponta a necessidade de se promover mudanças nos currículos das escolas de odontologia com a expectativa de responder melhor aos problemas da população e avançar em relação aos pressupostos do Relatório Gies (Hendricson; Cohen, 2001; Bertolami, 2001; Kassenbaum et al., 2004; Haden et al., 2010).

Em 1995, foi publicado – pelo Instituto de Medicina norte-americano – o relatório "*Dental Education at the Crossroads: Challenges and Change*", com vistas a estimular mudanças curriculares relacionadas ao conteúdo e à modernização dos métodos de ensino e aprendizagem, gerando repercussões significativas nas escolas odontológicas (Marilyn, 1995).

Em consonância, o documento que define o perfil e as competências do dentista generalista americano foi revisado em 2008 e publicado em 2011. Desde

então, essas são as diretrizes para a realização das mudanças nas faculdades de odontologia do país (ADEA, 2011).

O dentista generalista, nos Estados Unidos, é o responsável por promover cuidados de saúde bucal em nível primário, contando com o apoio dos especialistas e outros profissionais de saúde. Um profissional que se ocupa das questões de saúde, além dos tradicionais cuidados de saúde bucal, que deve ser capaz de praticar uma odontologia abrangente, baseada em evidências, sempre com o objetivo final de melhorar a saúde da população. Deve apresentar comportamento profissional pautado na ética, ser capaz de se comunicar e demonstrar habilidades interpessoais. Precisa, ainda, estar atento às tecnologias emergentes, ser eficaz na resolução dos problemas e comportar-se criticamente diante das necessidades em saúde, atuais e futuras. O documento americano define seis domínios – pensamento crítico, profissionalismo, comunicação e habilidades interpessoais, promoção de saúde, gestão e práticas de informática, assistência à saúde⁶ – sendo que cada um deles comporta algumas competências desejáveis para o futuro profissional (ADEA, 2011).

É indispensável ressaltar que o sistema de saúde norte-americano é conceituado como plural, com espaço para a participação de grande variedade de instituições públicas e privadas, sendo a esfera estatal responsável por ações de controle (vigilância epidemiológica e sanitária) e pela provisão – e não a prestação direta – de serviços médico-hospitalares destinados a segmentos populacionais específicos. Ao setor privado compete a predominância na assistência direta à saúde da população (Noronha; Ugá, 1995), o que direciona os interesses de formação do dentista americano para uma lógica de trabalho no setor privado⁷.

Na Europa, desde a assinatura da Declaração de Bolonha em 1999 – desdobramento de um amplo processo que busca potencializar a união entre os países europeus –, as IES dos países que assinaram o documento vêm se

⁶ Os domínios aparecem no documento da seguinte forma: 1. Critical Thinking; 2. Professionalism; 3. Communication and Interpersonal Skills; 4. Health Promotion; 5. Practice Management and Informatics; 6. Patient Care: A. Assessment, Diagnosis, and Treatment Planning B. Establishment and Maintenance of Oral Health.

⁷ A análise do documento Americano revela que o mesmo exerceu grande influência na elaboração das DCN para os cursos de odontologia no Brasil.

mobilizando com vistas a alcançar as propostas contidas na declaração (Bolonha, 1999; Bianchetti; Magalhães, 2015).

O objetivo do processo de Bolonha é favorecer a mobilidade dos estudantes no território europeu, no sentido de viabilizar a circulação de pessoas e conhecimentos, por meio da criação de um sistema de equivalências reconhecidas entre as diversas instituições universitárias, baseado em unidades de crédito, o *European Credit Transfer System* (ECTS). Essa característica seria a responsável por favorecer o reconhecimento dos estudos entre os países membros e o exercício das profissões para além das fronteiras (Borges, 2013; Moíta, 2009).

Destacam-se, na Declaração e no consequente Tratado de Bolonha, a concepção de que a atividade universitária deveria centrar-se na aprendizagem e não mais no processo de ensino, ou seja, o foco foi deslocado do professor para o estudante. Até então, o que determinava o estilo, o ritmo e os conteúdos de formação era a transmissão de teorias de modo unidirecional, do professor para o aluno. Nessa conjuntura, o estudante passou a ter maior autonomia na definição do seu percurso acadêmico, sendo protagonista na elaboração dos objetivos a alcançar, assumindo um papel ativo e interativo no estudo, na investigação e na aquisição de competências. O foco na construção de competências permite que professores e estudantes tenham consciência dos conhecimentos teóricos e práticos que deverão desenvolver, o que viabiliza a articulação entre o saber e o saber-fazer (Moíta, 2009).

A Declaração de Bolonha propõe, ainda, o acompanhamento do percurso de aprendizagem do aluno de modo individualizado por um professor – sistema de tutoria – e uma avaliação contínua, abandonando as avaliações tradicionais, abrindo espaço para um maior comprometimento por parte dos estudantes e desenvolvendo uma cultura de avaliação, em todos os âmbitos, por todos os atores envolvidos (Moíta, 2009).

Além disso, os graus acadêmicos das universidades foram reorganizados em três: licenciatura (03 anos), mestrado (02 anos) e doutoramento (03 a 04 anos), tornando o mestrado muito mais necessário devido ao curto limite para conclusão da licenciatura (três anos), que permitiria uma qualificação mais elevada de recursos humanos, tendendo a generalizar níveis superiores de formação (Moíta, 2009).

Algumas faculdades criaram cursos que conjugam a Licenciatura e o Mestrado – os chamados Mestrados Integrados (05 anos).

Inseridas nessa conjuntura, as Faculdades de Medicina Dentária da Comunidade Europeia vem sendo transformadas desde a assinatura da Declaração de Bolonha. Um documento que se sobressai – aprovado para nortear as mudanças – é o “*Profile and competence for the European Dentist*”, publicado em 2004⁸. Ele se converteu em um conjunto de diretrizes curriculares para as Faculdades de Medicina Dentária da Europa (Plasschaert et al., 2005).

A intenção era uniformizar os cursos de medicina dentária, propondo 07 domínios – profissionalismo, comunicação e habilidades interpessoais, conhecimento de base, tratamento da informação e pensamento crítico, recolha da informação clínica, diagnóstico e plano de tratamento, estabelecimento e manutenção da saúde bucal e promoção de saúde⁹ – e 17 competências principais que deveriam ser alcançados por todos os cursos, além de outras competências de apoio que poderiam variar de acordo com a realidade local (Plasschaert et al., 2004).

O documento passou por um processo de revisão em 2009, tendo alguns acréscimos incorporados ou modificações realizadas com base em sugestões feitas pelas Escolas de Medicina Dentária Europeias, pelo Ministério da Saúde, Associações Dentárias Nacionais e Associações de Especialidades Odontológicas ou Sociedades da Europa (Cowpe et al., 2010). A intenção é continuar revisando o documento a cada cinco anos, com a participação dos atores envolvidos no processo com a premissa de melhorar a qualidade dos currículos.

A formação europeia buscar gerar um médico dentista generalista, com capacidade para o exercício da profissão no seu extenso domínio técnico e científico, com habilidade para trabalhar em parceria com os demais profissionais da saúde bucal ou da equipe de saúde dos variados países. Aparece, ainda, a importância de garantir o desenvolvimento das habilidades de comunicação, de

⁸ O documento europeu foi publicado posteriormente às DCN brasileiras, o que comprova a baixa influência exercida pela Europa no Brasil nesse período de reformulação curricular das escolas de odontologia, apesar do sistema de saúde do Brasil ser mais próximo, em termos ideológicos, à alguns dos sistemas de saúde europeus.

⁹ Os domínios aparecem listados da seguinte forma no documento: I Professionalism; II Communication and interpersonal skills; III Knowledge base, information handling and critical; Thinking; IV Clinical information gathering; V Diagnosis and treatment planning; VI Establishment and maintenance of oral health and VII Health promotion.

estimular o processo de formação de modo contínuo e viabilizar uma prática pautada pela evidência científica (Plasschaert et al., 2004; Cowpe et al., 2010).

Há um estímulo para que ocorra maior fusão das disciplinas de modo a proporcionar o desenvolvimento de uma abordagem holística do sujeito, colocando-o em primeiro lugar, o que beneficiaria, além dele, o futuro profissional. Dessa forma, o documento impulsiona reformas curriculares e prevê melhorias dos processos de avaliação, do processo de aprendizagem e dos cursos (Cowpe et al., 2010).

Sob grande influência do movimento europeu – desencadeado pela Declaração de Bolonha – e acreditando que a integração intercontinental de universidades será a próxima fase do processo de globalização, os países da América Latina, após aprofundadas discussões, constituíram o Projeto Latino Americano de Convergência em Educação Odontológica (PLACEO)¹⁰ (Alonso; Antoniazzi, 2010).

O PLACEO começou a ser esboçado no 1º Encontro Latino Americano de Equivalência Curricular (ENLEC), ocorrido durante o 25º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP), em 2007, com a participação de um grande número de autoridades acadêmicas de diferentes países da América Latina. Essas discussões se estenderam e, anualmente, novos ENLEC acontecem para dar seguimento à elaboração do documento (Alonso; Antoniazzi, 2010).

O principal objetivo do PLACEO é desenvolver diretrizes que norteiem as IES e as autoridades governamentais e acadêmicas no sentido de realizar as mudanças necessárias que permitam adaptar os sistemas educacionais existentes em odontologia e, conseqüentemente, alcançar o padrão de formação adequado às necessidades sociais (Alonso; Antoniazzi, 2010).

O documento propõe o seguinte perfil profissional:

[...] dentista clínico geral, com conhecimento e compreensão das ciências básicas e biomédicas e uma sólida formação técnico-científica em odontologia; com competências para resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal, tanto em nível individual como comunitário, atuando com ética e profissionalismo. Deve possuir formação humanística; consciente de sua responsabilidade social na promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal da população, apoiado na evidência científica; com capacidade de comunicação, gestão e liderança, capaz de integrar de

¹⁰ “O PLACEO tomou a definição de convergência entendida como um movimento global para padrões mais elevados, principalmente através do intercâmbio de recursos intelectuais, como também compartilhando as inovações e as boas práticas em currículos e avaliações, que possam promover a educação baseada em evidências” (Alonso; Antoniazzi, 2010, p. xxi).

forma eficiente e responsável por uma equipe interdisciplinar de saúde, com espírito crítico para investigar e socializar seu conhecimento, conhecedor de seu papel como agente de transformação da realidade social e responsabilidade com o meio ambiente; consciente da necessidade de atualização permanente de seus conhecimentos, motivado no processo de aprendizagem contínua e no desenvolvimento de ações que contribuam para seu crescimento pessoal e profissional (Alonso; Antoniazzi, 2010, p. 65).

Apesar das diferenças entre os sistemas de saúde de cada país, percebe-se uma convergência nos objetivos da formação em odontologia em distintas partes do mundo. O sujeito paciente assume um papel de destaque na relação terapêutica e há uma preocupação com a melhoria da saúde da população. Frisa-se, ainda, a imprescindibilidade de desenvolver competências no âmbito da comunicação e do trabalho em equipe.

2.2 Bucalidade e Saúde Bucal Coletiva: ampliando as fronteiras da formação em odontologia

Todo o processo histórico de formação da “ciência” odontológica foi alicerçado em técnicas voltadas para o tratamento de sintomas, práticas de extrair e restaurar dentes e até de inserir dentes artificiais, compreendendo os elementos dentários como estruturas individualizadas, apendiculadas ao corpo (Botazzo, 2000).

A história da odontologia não seria o estudo dos eventos que marcaram no tempo a trajetória de uma clínica das doenças da boca e dos dentes desde Hipócrates, e radicalmente alterada pela anatomia patológica e pela microscopia no século XIX, mas o percurso seguido por auxiliares e técnicos (mecânicos) que tomaram para si esse objeto no curto período que vai 1879 a 1900, uma experiência francesa, sem dúvida, mas abrigada como modelo hegemônico em quase todos os países do ocidente (Botazzo, 2000, p. 114).

Essa afirmação enche de sentido o fato de a formação em odontologia, até hoje, aparecer intimamente e veemente ligada às técnicas dentárias, mantendo o centrimento dentário no âmago dos currículos. Enxergar o elemento dentário em substituição ao indivíduo vem de um processo longo que se inicia logo nos primeiros semestres dos cursos de graduação e, quase na totalidade dos casos, estará completado um pouco antes do final do curso. Botazzo et al. (2015) denominam esse processo de ‘dentarização’ ou ‘odontologização’ do estudante.

Apesar de ser uma profissão da saúde, concebida por muitos até como uma especialidade médica, a odontologia transita com dificuldade em meio às outras clínicas e não consegue se pronunciar sobre problemas sociais que julga não serem seus (Kovaleski et al., 2006).

A odontologia criou sistemas próprios (biologia oral, terapêutica oral, patologia oral, medicina oral, etc.) que, dificilmente, relaciona a parte dentária com o todo (Botazzo, 2013).

Mergulhada em tais contradições, e de afirmar que *dentes* não se acham em relação de dependência com a *fisiologia do indivíduo* (*grifos do autor*), e vice-versa, mesmo no campo biotecnológico a ciência demorou um século para ligar periodonto com gravidez, apesar das provas em contrário, para ficar no exemplo mais cadente das últimas décadas. Teremos dado um importante passo na superação desse hiato quando nos pusermos na mesma cena discutindo com as demais práticas de saúde o que nos unifica, quando resolvermos o que é *generalidade* e o que é *particularidade regional* (Botazzo, 2013, p. 26, *grifo do autor*).

Além disso, há uma dupla desvinculação da prática dos dentistas em relação às demais práticas de saúde. Existe um recorte que retira o paciente do seu contexto social e um outro que deve ser analisado no próprio âmbito das práticas de saúde (Botazzo, 2013).

A odontologia, ao fazer da boca uma abstração, a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e “compreendido” apenas a partir dele. O ser em sua concretude, como realidade social, com seus nexos sociais, é ignorado pela clínica odontológica. Nisto reside sua particularidade. Tendo aprendido “definitiva e verdadeiramente seu objeto”¹¹, para fazê-lo a odontologia organizou-se independentemente das práticas médicas que então se constituíam. Desde o século XIX a odontologia é exercida com forte dose de autonomia, o dentista sozinho processando a cura (ao menos em tese), a ciência odontológica se bastando a si própria. Para estabelecer essa desvinculação precisou antes fazer outro recorte, outra desvinculação, consequência de sua organização independente: ao autonomizar sua prática autonomizou igualmente seu objeto em relação ao corpo biológico (Botazzo, 2013, p. 60).

No âmbito médico essa desvinculação foi fortemente aceita. O saber médico não penetra nas condições bucais que se mantêm como “coisa de dentista”. A linguagem odontológica é restrita ao meio odontológico, não entendível pelos demais profissionais de saúde e pacientes. “O universo vocabular que identifica alterações anatomofuncionais da cavidade bucal e anexos, bem como o que denomina procedimentos odontológicos, é indecifrável para os não iniciados”. É

¹¹ Gonçalves, R. B. M. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber, L. B. Programação em saúde. São Paulo: Hucitec, 1990.

imprescindível que a odontologia se permita abrir para outros saberes e incorporar outras práticas e, concomitantemente, também ser incorporada à outras práticas. (Botazzo, 2013, p. 62).

As unidades dentárias compõem, em solidariedade à outras estruturas como mucosas, glândulas, músculos, nervos, etc., um “território” (Botazzo, 2006). Esse território realiza um conjunto de trabalhos que podem ser distribuídos em três vertentes: manducação, erótica e linguagem. O potencial para realizar essas três funções ou trabalhos, ou seja, “ter a capacidade para ser boca” é, ao mesmo tempo, realização biológica, social e psíquica. Esses dizeres conceituam a bucalidade (Botazzo, 2000; 2006; 2008a; 2008b). Os trabalhos bucais expressam três dimensões da vida do homem em sociedade e, por isso, podem ser entendidos como a “produção social da boca humana”.

O conceito de bucalidade traz para a cena a não restrição da saúde (bucal) à forma clínica e a insuficiência da teoria odontológica para recuperar o homem por inteiro, frisando a influencia dos determinantes sociais no adoecimento bucal (Botazzo, 2000).

Para exemplificar, cita-se a cárie dentária, a doença bucal mais estudada e discutida, que é caracterizada por marcadores e determinantes sociais, se conformando como a doença que prevalece entre os “pobres”, marginalizados sociais, com sorrisos constituídos por manchas escurecidas nas superfícies proximais, gengivas intumescidas e resíduos dentários (Botazzo, 2013), ou seja, a sua existência não é “*mutans*-dependente” e sim, “social-dependente” (Freitas, 2001). A saúde bucal deve, então, ser discutida a partir da sociedade, baseada nas necessidades coletivas e nos condicionantes sociais (Kovaleski et al., 2006).

A boca, parte de um todo biológico, sofre desgaste pelos modos de viver e trabalhar e não é a-histórica ou indeterminada. O uso do corpo biológico – com boca, obviamente – difere de acordo com as classes sociais e a inserção dessas classes no processo produtivo. O padrão de desgaste físico-biológico encontra-se diretamente vinculado ao uso social do corpo, ou seja, esse padrão é socialmente determinado pelos modos de produção. “Definitivamente, bocas proletárias não se assemelham a bocas burguesas, por mais estruturas anatômicas que tenham em comum” (Botazzo, 2013, p. 87).

É assim que essa bucalidade se desloca do solo odontológico e da carga da disciplina dentária que lhe é próprio, porque a odontologia, historicamente articulada como um constructo biológico, só pode falar dos dentes (e da boca) dos homens como *natureza* e assim igualmente naturalizar (odontologizar) o adoecimento deles e os procedimentos que adota. Esta é a sua política, ou a representação política do homem que incessantemente elabora, e pela mesma razão nos parecem canhestros seus discursos sociológicos (ou os econômicos, os psicológicos, etc.), assim como as arbitrariedades e artificialismos que emprega para garantir a separação do seu objeto a um só tempo do corpo do homem e da sociedade (Botazzo, 2006, p. 13).

Ressalta-se, nessa ótica de pensamento, pressupostos teóricos da saúde bucal coletiva, não aquela “apreendida apenas como dispositivo instrumental e técnico, ou o suporte para as tecnologias de cuidado da antiga odontologia preventiva e social”, mas sim aquela que se prolonga por limites não alcançados pela odontologia visto que a saúde bucal coletiva representa a visão do objeto odontológico (cavidade bucal) de outro ângulo, com um outro olhar, em uma vertente não odontológica (Botazzo, 2013, p. 19).

Odontologia e saúde bucal coletiva se ocupam de problemas diferentes e, igualmente, para solucioná-los se valem de teorias diferenciadas. A visão odontológica encontra-se cingida, seja na pesquisa ou na prestação de serviços, pela biologia e tecnologia aplicadas aos elementos dentários e aos tecidos moles bucais em procedimentos de remoção, substituição e inserção, compreendendo que a manifestação da doença é individual e exige atuação clínica (assistência) da equipe de saúde bucal em um corpo biológico. A atenção em saúde bucal, por outro lado, engloba as ações assistenciais em um conjunto macro que se preocupa com o processo de determinação social das doenças, o que exige atuação extra clínica e extra setor de saúde ou de saúde bucal. A determinação social do processo saúde-doença se constitui em um conceito que permite explicar a gênese das doenças, sua distribuição e localização nos grupos populacionais. “As práticas de saúde derivadas desta concepção denominam-se Saúde (Bucal) Coletiva” (Botazzo, 2013, p. 50).

Em outras palavras, entende-se que o objeto da atuação do trabalho odontológico é a boca, para o qual são dispensadas tecnologias que visam reestabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo, enquanto a saúde bucal coletiva se volta para o social como lócus de produção de doenças bucais e utiliza tecnologias que buscam não a “cura”, como a odontologia, e sim a diminuição e controle das morbidades em sua dimensão coletiva (Botazzo, 2013; Narvai, 2006).

A formação em saúde bucal deve pautar-se nos princípios da bucalidade e da saúde bucal coletiva, entendendo a gênese social do adoecimento bucal, bem como sua relação com os modos de vida, compreendendo-os como a maneira pela qual os sujeitos se posicionam diante do mundo, na sua produção da vida, estruturado – e, ao mesmo tempo, estruturante – por um conjunto de regras, valores, hábitos e costumes historicamente definidos (Kovaleski et al., 2006). O processo formador precisa garantir a aproximação e a compreensão por parte dos educandos da complexidade da boca humana social, real, não elaborada pelas necessidades dos componentes curriculares na forma de lesões e sintomatologias dentárias, presentes em pacientes selecionados, no interior das clínicas das faculdades. A realidade deve ser vivida e discutida como tal, sem máscaras ou disfarces e os efeitos são visíveis como mostra a fala de uma aluna participante do PET-Saúde da Universidade de São Paulo (USP) Capital:

[...] Isso me mostrou que vai muito além do dente, da boca da pessoa. Eu não tenho que chegar e olhar pra boca como 'eu sou dentista, eu só vou olhar pra isso'. Não, eu tenho que olhar pra pessoa, o que ela é, de onde ela vem, o que ela come, onde ela mora, pra depois pensar em abrir a boca dela pra ver o que tá de errado na boca dela, mas eu tenho que ver o que tá influenciando ela tá daquele jeito (Fonsêca; Junqueira, 2014).

Os cursos de odontologia carecem de um discurso que englobe a saúde bucal e não esteja restrito ao campo odontológico – como vem predominando. Ao adotar a bucalidade e a saúde bucal coletiva como pilares, com um processo de mudança estabelecido nas bases dos cursos, poder-se-ia atingir a inversão da formação reconhecendo a odontotécnica ou a técnica bucal como arranjos tecnológicos de atuação secundários e não como principal ponto a ser ensinado.

2.3 Clínica ampliada em saúde bucal: para além da boca e do discurso odontológico

A formação em saúde, com algumas exceções, oferece aos estudantes, no início do curso, disciplinas biológicas o que significa que muito antes de compreender os sentidos e a subjetividade dos sinais e sintomas do adoecimento, o estudante mergulha na anatomia, na fisiologia e na histologia, por exemplo,

disciplinas que permitem ao aluno o conhecimento e a aproximação com o corpo morto, seus órgãos e células, em detrimento da sua dinâmica, seus estados e afetos. Soma-se a essa referência do corpo restrito ao biológico, o imaginário técnico-científico da saúde que reproduz a crença da história natural das doenças e não percebe as singularidades do viver e do sentir (Ceccim; Carvalho, 2011).

Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando e formando a partir de um olhar – quando existem inúmeras possibilidades e, nesse sentido são olhares (no plural) – fixo, focado num corpo inerte, anistórico e descontextualizado da vida (Ceccim; Carvalho, 2011, p. 72).

De maneira paradoxal, a intervenção em saúde caracteriza-se pela produção do cuidado, ou seja, atua na dimensão do corpo vivo, um corpo sob processos de subjetivação que apresenta interação com o *socius* e com o ambiente. Ou seja, a formação pouco se volta para as práticas cuidadoras, visto que não prioriza o contato dos educandos com o corpo vivo, aquele que carrega marcas de uma história de vida com dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades e culturas. Inseridos nessa realidade, encontram-se os usuários atendidos e assistidos com base no olhar e nas práticas de dissecação do corpo em sinais e sintomas biológicos, como ensinaram as disciplinas dos primeiros anos do curso, abstendo-se da escuta ou do contato com a alteridade (Ceccim; Carvalho, 2011).

Esse modo de formar tem afastado os estudantes da experiência da clínica em sua totalidade, principalmente no que se refere à aprendizagem da observação, da escuta e convivência com o paciente que requer, para muito além do domínio biológico, paciência e uma atenção sensível e delicada. Os efeitos desse “formar” são danosos porque predominará a compreensão dos quadros clínicos com base abstrata, desencarnada, desvinculada do contexto histórico e social dos usuários (Kastrup, 2013).

No caso específico da odontologia, observa-se no interior das faculdades uma clínica fragmentada que analisa e trata a lesão de cárie, frequentemente desarticulada da clínica de periodontia que, por sua vez não encontra ligação com a clínica das lesões de tecidos moles, etc. Além disso, percebe-se uma deficiência na articulação dos achados clínicos bucais com as condições sistêmicas (biológicas) dos pacientes e a negação dos fatores sociais no entendimento e na condução do processo saúde-doença.

Vale frisar que a emergência dos cursos de odontologia no Brasil foi marcada pela ausência da matéria de clínica dentária ou odontológica, sendo que a clínica se confundia com a técnica, apresentando-as como sinônimos (Warmling, 2009).

Almeja-se a integralidade nas práticas de saúde bucal, entretanto, a odontologia não pode ser considerada integral somente por não separar a prevenção da cura mas sim por concordar que a cavidade bucal e suas estruturas (moles e duras) apresentam estreitas relações com outros órgãos e, conseqüentemente, com o todo que compõe o organismo e estes não deveriam ser desconsiderados no momento da execução da clínica. “À medida que a odontologia vai se tornando cada vez ‘mais integral’, vai também se tornando cada vez ‘menos odontologia’” (Botazzo, 2013, p. 53).

A integralidade, uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras, perfila-se pela produção de projetos terapêuticos singulares, donde se presentificam sobretudo as profissões do assistir individual (a clínica como um dobrar-se ao leito do paciente), não se podendo esperar da totalidade de profissões referidas a mesma dimensão do cuidado. Essa clínica, entretanto, implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais para que cada profissional chegue a ser um trabalhador em saúde e não um tecnocrata dos saberes profissionais; também implica mudança nas relações de poder entre profissional e usuário, para que se produza autonomia dos últimos e autopoiese dos primeiros (Ceccim; Carvalho, 2011, p. 78).

A qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários é proporcional ao “sucesso terapêutico”. No encontro entre um profissional de saúde e um usuário no mundo do cuidado, é produzido “um lugar situacional em ato” que pode ser caracterizado por meio do conceito-ferramenta ‘intercessor’”. Ambos, profissional e usuário, são produtores do espaço intercessor, gerando um sobre o outro efeitos intensos diversos. Há uma “micropolítica” produzida no ato (Merhy, 2013, p. 253).

A produção do cuidado apresenta dimensões tecnológicas próprias e elas podem ser agrupadas da seguinte maneira: a) dimensão tecnológica leve-dura – constituída pelos saberes dos trabalhadores de saúde, como o saber clínico, epidemiológico, pedagógico, etc; b) dimensão tecnológica dura: constituída pelos equipamentos utilizados no ato do cuidado como máquinas de exames, procedimentos muito estruturados, estruturas físicas, entre outros; c) dimensão tecnológica leve/relacional: existente no ato do cuidado como acontecimento, ocorre

no encontro com o outro, se evidencia pela ação na presença do outro no mundo do cuidado. Todo ato de cuidar só se realiza em decorrência das três dimensões no processo produtivo (Merhy, 2013).

Predominantemente, há centralidade do profissional sobre o usuário na construção do ato cuidador. Nesse caso, as dimensões leve-duras e duras são mais centrais que as leves-relacionais. O modelo do cuidado, contrariamente, deveria priorizar a dimensão leve-relacional que “não está a serviço do trabalhador *a priori*, mas do usuário”. É o que deveria ocorrer em processos de cuidado em que as histórias de vida do usuário são fundamentais e suas formas de compor os processos do cuidado também. As demais dimensões tecnológicas deveriam se colocar a serviço das tecnologias leve-duras e duras e não o oposto (Merhy, 2013).

É no encontro com o outro que é produzido o acolhimento – momento em que o outro mostra sua presença por meio de falas e afetos e é ouvido pelo profissional, um “agir centrado nas tecnologias leve-relacionais”. O acolhimento apresenta um efeito fundamental na elaboração do projeto terapêutico porque reconhece o outro como “legítimo desejante e sabido” e enxerga suas necessidades como o centro do processo, proporcionando uma produção do cuidado mais competente e baseada “nos modos de produção das distintas formas de viver”, essencial no campo da saúde, na qual “o organizador de sentido dos seus agires é sempre as lógicas da vida do usuário, o mundo das suas necessidades, que se fazem aí presentes no ato do encontro” (Merhy, 2013, p. 257).

A centralidade da atenção de saúde no usuário, defendida por aqueles contrários à dessingularização (observadores ou analistas das condições de interação ou da ordem dos encontros), diz de uma orientação da atenção **ao outro**, não para com os fatores externos ao encontro, como técnica, rotina, protocolo, profissão, instituição ou razão. Logo, essa centralidade no usuário é a centralidade **no encontro/na interação**, centralidade **no contato com a alteridade**. A atenção implicando a constitutividade de relações de alteridade, portanto, implicando encontros para além das forças a que chamamos por **externas**. Aí, o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo **singular** da produção de saúde, e não como um campo **particular** da prestação de assistência. O cotidiano adquire natureza de produção de realidades, trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas pelas forças de criação (*grifos do autor*) (Ceccim; Merhy, 2009, p. 533).

Além disso,

Consideramos como centralmente terapêutico os processos de produção do cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente fazer os processos

de remissões de sintomas ou sinais, por ideais de curas como simples recuperações de funções orgânicas (Merhy, 2013, p. 257).

É preciso ir além do agir sobre o corpo biológico, compreender que o cuidado deve operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário, entendendo que o trabalho em saúde é vivo, acontece em ato, no encontro com o outro (Merhy, 2013).

Damos contexto a esse plano da humanização - a construção de práticas de saúde cuja contemporaneidade esteja na atualização de processos intensivos de viver a vida, e não apenas **sobreviver**, ou de, acima de tudo, estar vivo, apesar da ausência de prazer, de compartilhamento, de potência de si e de produção de entornos criativos e audazes. A potência de si e de produção de entornos criativos e audazes é o viver intensamente a invenção do vivo, daquilo que afirma a criação ou que põe a vida como obra de arte da existência. Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. Esta é uma pontuação necessária no momento **atual** em que vivemos, onde a conformação do campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, vive uma **contemporaneidade** do fenômeno da **medicalização** e suas consequências, entre as quais: um perfil de prestação das práticas de atenção, de educação dos profissionais da área e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas (*grifos do autor*) (Ceccim; Merhy, 2009, p. 535).

Ampliar a clínica denota focar a ação no **Sujeito** concreto, com seu corpo e sua dinâmica corporal marcados por uma singularidade – a presença de algum tipo de doença, ou sofrimento ou, até mesmo, uma deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. É imperativo que a doença seja colocada entre parênteses para permitir a entrada em cena do paciente, o sujeito enfermo, voltando o olhar para a doença do doente concreto. A clínica do sujeito demanda trabalho em equipe, escuta ampliada, atenção às singularidades, ponderação e partilha de dúvidas e incertezas com outros profissionais (*grifo nosso*) (Campos, 2003).

A odontologia como prática de saúde insere-se nesse contexto. É urgente a necessidade de diminuição da excessiva autonomia técnica do cirurgião-dentista no processo de cuidar. O usuário deve assumir um papel central no processo e a divisão técnica do trabalho deve ser adotada, incorporada efetivamente, agregando profissionais auxiliares e técnicos às práticas rotineiras para assumir parcelas do atendimento, em espaços físicos compatíveis (Botazzo, 2013).

Além disso, é imprescindível conduzir à interdisciplinaridade das práticas, buscando os diferentes saberes que aportam no mesmo objeto com a consciência de mútua colaboração entre os profissionais de áreas diversas no desenvolvimento do trabalho em saúde, em detrimento da intervenção compartimentada (Botazzo, 2013), predominante historicamente na odontologia.

Romper esse monopólio implica superar a referência teórico-metodológica que sustenta essa prática, propondo simultaneamente a divisão técnica do trabalho odontológico e substituindo o trabalho individual do dentista pela equipe de saúde bucal. Ainda deve ser considerado que conteúdos odontológicos devem não apenas ser incorporados por outras práticas de saúde mas também dissolvidos na cotidianidade das práticas que se dão nos espaços socialmente reconhecidos. Isto não significa a descaracterização da odontologia como prática de saúde específica. Significa, apenas, aproximar-se das outras práticas, significa “perder-se” no turbilhão do movimento sanitário para encontrar-se revitalizada, fertilizada por outros saberes e reaparecer não mais como odontologia, mas como parte da Saúde Coletiva, no interior da qual deverá tornar-se operante a modernidade da sua prática (Botazzo, 2013, p. 63).

O atendimento clínico deve adotar, como pressupostos, o atendimento aos problemas bucais mais relevantes para o usuário, com uma construção social da demanda, o descentramento dentário (Botazzo et al., 2012) e a construção do caso clínico por meio da anamnese, como escuta qualificada da queixa do usuário (Barros; Botazzo, 2011), privilegiando as tecnologias leves-relacionais no encontro clínico.

Como elementos estruturantes prevê-se o agendamento no balcão da unidade, com marcação eletrônica de consulta – sempre que possível – e uso extensivo e comum do prontuário único, dispensando uso do odontograma (Botazzo et al., 2012).

São concebidas 3 modalidades de consultação:

- 1) Consulta de odontoestomatologia - Na consulta é realizado o acolhimento da queixa do paciente, anamnese, exame físico e hipótese diagnóstica; são solicitados exames complementares e feitas prescrições; a consulta poderá ser realizada em salas comuns dentro da unidade, não necessitando de equipo odontológico, bastando haver mesa, cadeira, cama clínica, espátulas descartáveis, água corrente, toalha de papel e papel manilha e boa iluminação; os achados são anotados no prontuário único; não é prevista a realização de procedimentos neste momento, o objetivo é acolher a queixa do paciente e constituir o caso clínico; havendo

intercorrências agudas, o paciente deverá ser referenciado ao serviço de pronto-atendimento ou encaixado como urgência na mesma unidade para atendimento pela ESB ou, nos casos elegidos, para um serviço especializado (CEO); na ausência de intercorrências, o paciente será encaminhado para retorno ou agendado para realização de procedimentos (Botazzo et al., 2012).

- 2) Odontologia básica (ação programática) – pratica-se a anamnese coletiva, que é uma atividade em grupo com no máximo 12 pacientes, onde a parte inicial da ficha de saúde bucal é preenchida e discutida entre os participantes no grupo; realiza-se o acolhimento do paciente nos serviços e processa-se a vinculação entre o paciente e o profissional; o exame físico e o registro dos achados no prontuário único são realizados após a atividade de grupo; especialmente indicada para situações sócio-epidemiológicas com grande acúmulo de necessidades, em grupos sociais vulneráveis, realizada em 5 sessões, na qual é feita a adequação do meio bucal (escovação supervisionada, remoção de focos residuais, TRA, curetagem gengival, dentre outros procedimentos), e referenciamento, se for o caso (Botazzo et al., 2012).
- 3) Procedimentos cirúrgicos (incluindo biópsias) e restauradores, próteses e órteses – como expressão do componente clínico da APS, são realizadas restaurações dentárias, exodontias, tomadas de impressões, confecção de guias oclusais e placas de mordida, prótese total e parcial, dentre outros procedimentos, consoante as necessidades diagnosticadas (Botazzo et al., 2012).

Em qualquer das modalidades, o matriciamento (interconsulta) deve tornar-se rotina, prevendo-se a discussão de casos complexos com outras categorias profissionais, envolvendo membros da equipe de saúde. Explicita-se que a saúde bucal deverá fazer parte da pauta da reunião clínica da equipe e o trabalho da saúde bucal deverá ser integrado pelos trabalhadores da enfermagem, como ocorre com as demais clínicas, incluindo expurgo e manutenção da cadeia asséptica (Botazzo et al., 2012).

2.4 Formação pela experiência: conhecendo o mundo real e desenvolvendo competências profissionais

Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece (Bondía, 2002, p. 27).

2.4.1 Notas sobre a experiência por Jorge Larrosa Bondía

Em uma conferência proferida durante o I Seminário Internacional de Educação de Campinas, Jorge Larrosa Bondía propôs uma reflexão sobre a educação em modo contraposto ao pensamento vigente de educação baseada na relação entre ciência e técnica ou entre teoria e prática. Dada à coerência do pensamento de Bondía (2002) com o que se busca nesse trabalho, explicita-se nesse tópico os principais pontos de sua exposição.

No entender de Bondía (2002), o par *teoria/prática* leva à um pensamento político e crítico e, nessa perspectiva, tem sentido a palavra 'reflexão' e expressões como 'reflexão crítica', 'reflexão sobre a prática ou a não prática', 'reflexão emancipadora', etc. O autor se propõe a explorar outra possibilidade que é pensar a educação a partir do par *experiência/sentido*. Nesse ínterim, sugere alguns significados para essas palavras em distintos contextos.

Para iniciar,

Começarei com a palavra *experiência*. Poderíamos dizer, de início, que a experiência é, em espanhol, "o que nos passa". Em português se diria que a experiência é "o que nos acontece"; em francês a experiência seria "ce que nous arrive"; em italiano, "quello che nos succede" ou "quello che nos accade"; em inglês, "that what is happening to us"; em alemão, "was mir passiert" (Bondía, 2002, p. 21).

No cotidiano, muitas coisas se passam mas, pouco é que toca as pessoas, ou seja, a experiência é rara. São muitas informações, entretanto, informação não é experiência. Na verdade, Bondía considera a informação como o contrário de experiência, quase uma antiexperiência. A busca incessante pela informação propicia que nada aconteça ao sujeito. De igual modo, a obsessão pela opinião também anula as possibilidades de experiência, faz com que nada aconteça.

Desde pequenos até a universidade, ao largo de toda nossa travessia pelos aparatos educacionais, estamos submetidos a um dispositivo que funciona da seguinte maneira: primeiro é preciso informar-se e, depois, há de opinar, há que dar uma opinião obviamente própria, crítica e pessoal sobre o que quer que seja. A opinião seria como a dimensão “significativa” da assim chamada “aprendizagem significativa”. A informação seria o objetivo, a opinião seria o subjetivo, ela seria nossa reação subjetiva ao objetivo. Além disso, como reação subjetiva, é uma reação que se tornou para nós automática, quase reflexa: informados sobre qualquer coisa, nós opinamos. Esse “opinar” se reduz, na maioria das ocasiões, em estar a favor ou contra. Com isso, nos convertemos em sujeitos competentes para responder como Deus manda as perguntas dos professores que, cada vez mais, se assemelham a comprovações de informações e a pesquisas de opinião. Diga-me o que você sabe, diga-me com que informação conta e exponha, em continuação, a sua opinião: esse o dispositivo periodístico do saber e da aprendizagem, o dispositivo que torna impossível a experiência (Bondía, 2002, p. 23).

Além disso, a experiência é cada vez mais rara por falta de tempo e por excesso de trabalho. O fato de não poder parar pra pensar, impede que algo aconteça ao sujeito.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p. 24).

A segunda reflexão feita por Bondía (2002) diz respeito ao sujeito da experiência que se define por sua passividade, sua receptividade, sua disponibilidade, sua abertura e não por sua atividade, ou seja, é um sujeito disponível, aberto.

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “exposição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (Bondía, 2002, p. 24).

O sujeito da experiência não é um sujeito que permanece sempre de pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo. Ele é um sujeito tombado, derrubado que, nem sempre, alcança o que propõe ou se apodera do que quer. O sujeito da experiência é sofredor, padecente, receptivo, aceite, interpelado, submetido. Já o sujeito incapaz de experiência é firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade (Bondía, 2002).

A experiência apresenta uma enorme capacidade de formação e de transformação. Ao nos tocar, a experiência nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência é um sujeito aberto à própria transformação (Bondía, 2002).

Se a experiência é o que nos acontece, e se o sujeito da experiência é um território de passagem, então a experiência é uma paixão. Não se pode captar a experiência a partir de uma lógica da ação, a partir de uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito agente, a partir de uma teoria das condições de possibilidade da ação, mas a partir de uma lógica da paixão, uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito passional. E a palavra *paixão* pode referir-se a várias coisas (Bondía, 2002, p. 26).

O autor continua sua reflexão afirmando que a experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética.

O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis. O que ocorre é que se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. De fato, a experiência é uma espécie de mediação entre ambos [...]. Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. No saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece (Bondía, 2002, pp. 26-27).

2.4.2 Aprendizagem pela experiência: reinventando saberes e dando sentido ao conhecido

Aprender pela experiência, aprendizagem experiencial e formação pela experiência são expressões relativamente recentes utilizadas, por vezes, como sinônimos e por vezes com sentidos diferentes¹². Atribui-se o início dos estudos

¹² Nesse trabalho, adotou-se 'formação pela experiência', apenas por uma afinidade semântica. Não se está fazendo diferenciação do termo em relação aos demais.

nessa área à autores norte-americanos, sendo bastante conhecida a expressão '*experiential learning*'. O início formal dos estudos sobre formação pela experiência data da década de trinta do século XX (Abreu, 2001).

O psicólogo russo Vygotsky foi o maior impulsionador destes estudos (Abreu, 2001). A partir dos trabalhos desenvolvidos por ele e por estudiosos como Dewey, Lewin, Piaget e outros, Kolb formulou a teoria da aprendizagem experiencial. Para ele, há grande semelhança entre os modelos de processo de aprendizagem sugeridos por esses estudiosos e, se forem tomados em conjunto, eles formam uma perspectiva única sobre a aprendizagem e o desenvolvimento, sendo ela caracterizada pelas seguintes proposições: a) a aprendizagem é melhor concebida quando considerada como um processo e não como um resultado; b) a aprendizagem é um processo contínuo, que se fundamenta na experiência; c) o processo de aprendizagem requer a resolução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo; d) a aprendizagem é um processo holístico de adaptação ao mundo; e) aprender envolve transações entre o aprendiz e o ambiente (Kolb, 1984).

Baseando-se nessas proposições, Kolb (1984) conceitua a teoria da aprendizagem experiencial como um processo por intermédio do qual o conhecimento é criado pela transformação da experiência, em um decurso adaptativo que envolve o todo do ser aprendiz. Sugere-se, através da aprendizagem experiencial, um desenho de aprendizagem holístico que combina experiência, percepção, cognição e comportamento. No modelo de Kolb (1984), aparecem dois modos dialeticamente relacionados de apreensão da experiência – a experiência concreta e a conceptualização abstrata – e dois modos dialeticamente relacionados de transformação da experiência – a observação reflexiva e a experimentação ativa (Figura 2.1) (Kolb, 1984).

A transação entre esses quatro modos figura a base do processo de aprendizagem. Nos polos abstrato-concreto, encontram-se representados os dois diferentes e opostos processos de interiorizar a experiência: o primeiro ligado à interpretação conceitual e às representações simbólicas (compreensão) e o segundo ligado à experiência tangível (apreensão). Já nos extremos ativo-reflexivo – onde ocorre a transformação – há duas formas distintas de transformar a experiência: a reflexão interna (intenção) e a manipulação ativa (extensão) (Kolb, 1984).

Kolb (1984) acredita que para que uma formação possa ser considerada experiencial, é necessário ter contato direto com a situação e ter a possibilidade de agir diante dela. Ao experienciar os acontecimentos e os problemas, ocorre uma mudança de valores, sentimentos, conhecimentos e habilidades e, conseqüentemente, um comprometimento em todas as dimensões do indivíduo (cognitiva, afetiva e comportamental). A aprendizagem pela experiência não está restrita ao domínio do 'saber-fazer' e, menos ainda, da experiência propriamente dita, já que se materializa como um processo amplo de desenvolvimento de saberes, viabilizando uma intensa atividade intelectual e o confronto da própria experiência, reinventando-a e dotando-a de sentido.

Figura 2.1: Ciclos de aprendizagem Experiencial e os modos de conhecimentos relacionados
Fonte: Kolb (1984).

A aprendizagem assume características diversificadas nos indivíduos visto que o processamento interno das informações permite escolhas individuais e a entrada em cena de experiências anteriores, objetivas e subjetivas, conscientes e

inconscientes, o que dá sentido ao conceito de estilos de aprendizagem (Abreu, 2001).

Como resultado da hereditariedade, da história de vida e das exigências do contexto, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que enfatizam o desenvolvimento de determinadas competências, em detrimento de outras. Através da socialização que ocorre na família, na escola e no trabalho, resolvem-se as dicotomias entre ser-se activo ou reflexivo e entre ser-se imediato ou analítico, surgindo como resultado um estilo típico de aprendizagem, congruente com os diversos tipos de conhecimentos: estilos de aprendizagem convergente, divergente, assimilativo ou acomodativo¹³ (Abreu, 2001, p. 121).

O conhecimento oferecido na universidade para a formação específica de cada profissão é limitado e insuficiente porque não consegue abranger as realidades da vida e das práticas profissionais. A reflexão sobre a prática – ou as práticas reflexivas – sustenta a aprendizagem e, em consequência, reforça essas práticas já que propicia uma 'reflexão sobre a ação' e, ao mesmo tempo, uma 'reflexão na ação' (Brockband; McGill, 2002¹⁴).

Nessa discussão de práticas reflexivas, destacam-se os trabalhos de Schön (1992) sobre a formação de profissionais reflexivos. Ele afirma que existem zonas indeterminadas da prática como a incerteza, a singularidade e o conflito de valores, que escapam do escopo da racionalidade técnica. Quando uma situação problemática é incerta, a solução técnica do problema depende da construção prévia de um problema bem definido, o que em si mesmo é uma tarefa técnica. Quando um 'prático'¹⁵ reconhece uma situação como única, não pode tratá-la somente mediante a aplicação de teorias e técnicas derivadas de seu conhecimento profissional. Em uma situação de conflito de valores, não há metas claras e consistentes que guiem a seleção das técnicas. São precisamente essas zonas indeterminadas da prática as que os profissionais práticos e os observadores críticos das profissões estão começando a entender com maior clareza, nos últimos anos, como centrais nas práticas profissionais. Para Schön (1992, p. 25), um profissional de destaque não possui um acumulado maior de conhecimentos que outro mas, apresenta mais "sabedoria, talento, intuição e arte".

¹³ No trabalho de Kolb (1984), os estilos de aprendizagem são minuciosamente explicados mas, como esse não é o foco do trabalho, optou-se por não explaná-los.

¹⁴ Brockband e McGill estão reinterpretando os trabalhos de Schön.

¹⁵ Em todo trabalho, o autor usa a terminologia 'prático' (pratico, na tradução para o espanhol ou practioner, no original em inglês) para se referir à 'profissional'.

Tal vez, entonces, el aprendizaje de todas las formas de arte profesional dependa, al menos en parte, de condiciones similares a aquellas que se producen en los talleres y en los conservatorios: la libertad de aprender haciendo en un contexto de riesgo relativamente bajo, con posibilidades de acceso a tutores que inician a los estudiantes en las tradiciones de la profesión y les ayudan, por medio de la forma correcta de decir, a ver por sí mismos y a su manera aquello que más necesitan ver. Por tanto, deberíamos estudiar la experiencia del aprender haciendo y el arte de una buena acción tutorial. Y deberíamos fundamentar nuestro estudio en la hipótesis de trabajo de que ambos procesos son inteligentes y – dentro de los límites aún por descubrir – comprensibles. Y además, deberíamos buscar ejemplos donde quiera que se encuentren: en el currículum dual de las escuelas profesionales, en el aprendizaje iniciático y las prácticas que los aspirantes a profesionales más ambiciosos descubren o crean por sí mismos, y en las tradiciones singulares de los talleres y de los conservatorios (Schön, 1992, p. 29).

Schön (1992) utiliza o termo 'arte profissional' (*professional artistry*) para referir-se aos tipos de competência que os profissionais mostram algumas vezes em situações de prática que resultam singulares, incertas e conflitivas. Além disso, ele acrescenta à terminologia 'conhecimento na ação' (*knowing-in-action*) para referir-se aos tipos de conhecimentos que se revelam durante a execução de ações inteligentes, sendo que, nesse caso, o conhecimento encontra-se na ação e é revelado através de nossa execução espontânea e hábil. A atividade de conhecer sugere a qualidade dinâmica do conhecer em ação que, quando descrevemos, converte-se em conhecimento na ação.

Uma vez que aprendemos algo, podemos seguir sequências fáceis de ação, reconhecimento, decisão e ajuste sem ter que 'pensar sobre ela'. Podemos refletir sobre a ação, retomando nosso pensamento sobre o que fizemos para descobrir como nosso conhecimento na ação pode ter contribuído para um resultado inesperado. O conhecimento na ação de um profissional está incrustado num contexto estruturado a nível social e institucional que é compartilhado por uma comunidade de 'práticos'. O conhecimento na prática é exercitado nos âmbitos institucionais próprios da profissão e organiza-se em função de suas unidades características de atividades e suas formas familiares de situações da prática, impedido ou facilitado por um tronco comum de conhecimento profissional e por um sistema de valores (Schön, 1992).

A reflexão na ação é incerta, singular e conflitiva, ou seja, o conhecimento profissional não se acomoda a cada caso e nem todos os problemas têm uma resposta correta. Os estudantes precisam aprender um tipo de reflexão na ação que vai além das regras existentes, não só por estabelecer novos métodos de raciocínio

mas, também, pela construção e comprovação de novas categorias de conhecimento, estratégias de ação e maneiras de formular os problemas. Os tutores devem dar ênfase às zonas indeterminadas da prática e as conversas reflexivas com os componentes de uma situação (Schön, 1992).

2.4.3 Da experiência, constroem-se as competências

O conceito de competência vem sendo utilizado por várias disciplinas, em abordagens diversificadas, tornando seu entendimento difícil e não consensual. A polissemia deste termo encontra-se relacionada com o emprego da palavra em contextos muito diferentes e com o fato de as concepções que estão subjacentes às diversas abordagens ligarem-se à paradigmas distintos (Pires, 2002; Rua, 2009).

O trabalho de Pires (2002) apresenta uma reflexão sistematizada sobre o conceito de competência, em contextos diferentes e em distintas disciplinas como linguística, psicologia, ergonomia, ciências da educação, sociologia do trabalho e gestão de recursos humanos.

No geral, mesmo com abordagens tão diversificadas, existe uma tendência para compreender o conceito de competência como uma construção que se reverte de significados constituídos social e culturalmente. No que concerne à compreensão da utilização desse conceito na esfera da formação em saúde, os contributos da psicologia, das ciências da educação e da sociologia do trabalho se mostram pertinentes (Rua, 2009).

Ao longo do século XX, a psicologia da aprendizagem e do desenvolvimento humano foi se delineando com base em distintas correntes de pensamento, com destaque para as correntes behaviorista, cognitiva e construtivista e a corrente humanista que, de maneira indireta influenciaram a concepção de competência (Pires, 2002).

A corrente behaviorista influenciou o entendimento de competência como atrelada ao desempenho, ou seja, competência seria o resultado de uma soma de comportamentos fragmentados e atomizados com valorização do resultado final – produto objetivado (Pires, 2002).

Há, nessa perspectiva, uma coerência com o modelo biomédico de assistência à saúde que entende a prestação de cuidados como um conjunto de atividades ou tarefas extremamente voltadas para os aspectos técnicos – pautados em procedimentos – supervalorizando os processos que levam ao diagnóstico e buscam a cura, ou seja, valoriza-se o resultado final, enxergando o sujeito paciente como um conjunto de órgãos que formam um sistema.

Na formação e no trabalho em odontologia, a competência que se busca construir ou que se deseja para o profissional está fortemente moldada por esse enfoque. A construção social da profissão requer um cirurgião-dentista com as características e habilidades ligadas ao 'sabe fazer', em uma perspectiva muito próxima do modelo Taylorista de organização do trabalho, tão predominante na odontologia de mercado e até nas práticas desenvolvidas no serviço público.

Com os trabalhos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, a corrente cognitiva e construtivista trouxe uma compreensão de competência pautada na mobilização de instrumentos cognitivos. O desenvolvimento de competências não é percebido como um somatório de conhecimentos ou condutas. O conhecimento é entendido como uma construção ativa do sujeito que articula sua experiência com conhecimentos adquiridos, sendo a aprendizagem uma reorganização e transformação das representações criadas previamente. Já Vigotsky direcionou a ênfase do desenvolvimento da aprendizagem e das competências para os aspectos sociais, valorizando-os em relação à questões individuais, dando origem ao construtivismo social (Pires, 2002).

Ainda sob a ótica da psicologia, a corrente humanista, nutrida especialmente pelos trabalhos de Maslow e de Rogers, valoriza a dimensão subjetiva da atividade humana, defendendo que cada pessoa experiencia e constrói perspectivas a partir de interpretações pessoais (Pires, 2002).

A abordagem humanista da psicologia perspectiva o desenvolvimento humano como um processo global, integrador, e holístico. Valoriza as dimensões afectivas e relacionais da aprendizagem, defendendo a centralidade da pessoa e da sua subjectividade. A influência desta abordagem mais abrangente da pessoa humana e do seu processo de desenvolvimento também pode ser identificada nas concepções actuais de competência, principalmente naquelas que perspectivam as competências como um processo dinâmico, integrativo, holístico, e em que a dimensão subjectivo (traduzida em parte por aspectos como a motivação, intencionalidade, autonomia) desempenha um papel determinante (Pires, 2002, p. 235).

Ao sujeito é atribuído papel de destaque na elaboração e criação do conhecimento. Esse conhecimento é derivado da experiência entendida como um conjunto de realidades vividas pelo estudante, dotadas de significados reais para ele, impulsionando mudanças e crescimento. Dessa forma, a educação busca uma aprendizagem balizada por conceitos e experiências, levando sempre em consideração o processo de aprendizagem individual (Mizukami, 1986).

Essa perspectiva apresenta-se de maneira mais completa e abrangente. De um modelo biomédico, pautado nas doenças bucais e no resultado final alcançado pelos procedimentos técnicos – influenciado pela corrente behaviorista – passa-se para o modelo desejado de atenção em saúde bucal: centrado no sujeito, com a busca de respostas para suas necessidades.

Pensando o trabalho em saúde bucal a partir dessa lógica, o desenvolvimento de competências pode ser considerado como um processo que resulta da interação do futuro cirurgião-dentista com o sujeito usuário e o contexto em que ele se insere e não apenas como um amontoado de saberes acumulados.

“O desenvolvimento de competências profissionais não é uma aquisição intrínseca do sujeito, nem uma entidade estática” (Rua, 2009, p. 59). O desenvolvimento das competências ocorre no decurso da experiência profissional, na relação com o outro, no manejo das imprevisibilidades e complexidades de cada situação.

Levando a discussão para a esfera das ciências da educação, Pires (2002) apresenta ao leitor uma série de autores que colaboraram com a conceituação de competência. Dentre essas conceituações, destaca-se a definição de competência – elaborada por Perrenoud – como faculdade de mobilizar uma gama de recursos cognitivos como saberes, capacidades, informações no sentido de solucionar situações. De modo similar, a competência seria um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se manifesta no nível de desempenho adequado à situação (Alarcão, 2000).

A perspectiva da sociologia do trabalho traz importantes contribuições para a abordagem das competências que foram evoluindo, do debate sobre as qualificações profissionais, para o debate sobre as competências profissionais. Na década de setenta, a sociologia centrou-se no estudo dos postos de trabalho e nas tarefas e, a partir dos anos oitenta, com a evolução das formas de produção

industrial, a sociologia passou a discutir os conhecimentos utilizados no trabalho e as competências dos trabalhadores (Pires, 2002).

Essa mudança decorre da evolução social, do desenvolvimento tecnológico, do aumento da complexidade dos contextos de trabalho, da gestão de recursos humanos, entre outros fatores (Rua, 2009).

Tudo isto gera um impacto nas relações de trabalho que se estabelecem entre o(s) indivíduo(s) e a(s) instituição(ões), influenciando diretamente vários aspectos da vida humana, transformando a discussão sobre competências e identidades profissionais, igualmente complexa (Rua, 2009, p. 61).

Pires (2002) coloca, ainda, que há na literatura uma abordagem distinta das apresentadas, que evidencia o caráter dinâmico e complexo do termo, valorizando os atributos do sujeito articulando-os com o contexto específico onde se situa. Trata-se de uma abordagem mais abrangente, uma vez que oferece elementos para compreensão da competência na sua globalidade, posicionando-se na linha das abordagens sistêmicas. Ela possibilita associar aspectos éticos e valores como elementos do desempenho competente, além da prática reflexiva, da importância do contexto e da existência de mais de uma forma do 'agir competente' (Hager; Gonczi, 1996¹⁶, apud Pires, 2002).

Por esse enquadramento, compreende-se que a competência constitui-se em um processo que pressupõe a capacidade de agir de um indivíduo em um contexto determinado, por meio de uma integração dinâmica de saberes que não pode ser desligada da motivação e da intencionalidade do sujeito porque a competência sempre estará imbricada com a situação significativa que o sujeito constrói (Pires, 2002).

Le Boterf (2003) acredita que, para administrar uma situação profissional complexa, deve-se: saber agir com pertinência, saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender e saber envolver-se.

¹⁶ Hager P, Gonczi A. Professions and competence. In: Boundaries of adult learning. Open University Press. Routledge: London, 1996. 303p.

O 'saber agir' – que não é o mesmo que o 'saber fazer'¹⁷ – refere-se à ir além do prescrito, ou seja, saber tomar iniciativas e decisões, arbitrar, negociar, escolher, assumir riscos, reagir e inovar diante de situações imprevistas e das contingências. Na verdade, 'saber agir' é 'saber o que fazer' em situações desconhecidas em que o resultado não é elaborado de antemão, ou seja, o caminho não é predefinido mas, o profissional sabe direcionar suas ações e desenvolver atos pertinentes, atos dotados de sentido, com vistas a solucionar os problemas. 'Saber agir com pertinência' embute a lógica de 'saber julgar', escolher diante das adversidades profissionais que também remete à ideia do 'saber o que fazer'. O autor frisa que, por vezes, 'saber agir' pode ser 'não agir' ou 'saber reagir' já que uma boa reação pode ser a 'não-intervenção' (Le Boterf, 2003).

O 'agir com competência' do profissional de saúde – incluído aqui o cirurgião dentista – é entendido de forma coerente com as práticas e conceitos de saúde doença de cada época e cultura, variando da valorização dos aspectos técnicos de produção de procedimentos até a atual valorização – ainda tímida e pontual – dos aspectos relacionais e de produção do cuidado.

Com relação à segunda competência – saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional – Le Boterf (2003) demonstra que o bom profissional não é o que possui conhecimentos e habilidades mas, sim o que consegue mobilizá-los em um contexto profissional. Competência é sempre 'competência para', ou seja, sem o ato a competência não existe, a competência só pode ser entendida como competência em situação.

O profissionalismo se desenvolve em uma prática de trabalho. A competência emerge na junção de um saber e de um contexto. A mobilização das competências deve exercer-se sob dupla imposição: a imposição objetiva, externa, do contexto, e a imposição subjetiva que o sujeito atribui para si. Com efeito, é em função da percepção que o sujeito tem das imposições existentes que julgará se pode ou não ativar a operacionalização do que sabe (Le Boterf, 2003, p. 49).

É essencial que o profissional saiba selecionar os elementos necessários no seu conjunto de saberes, bem como organizá-los e empregá-los para executar uma atividade profissional de modo coerente. A competência não pode ser reduzida à soma de saberes parciais, ela deve ser compreendida como a capacidade de

¹⁷ Para Le Boterf (2003), o 'saber fazer' referente à execução é o grau mais elementar da competência.

integrar saberes diversos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades, o que quer dizer que é preciso 'saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos' (Le Boterf, 2003).

Ao analisar-se o desenvolvimento de competências na odontologia por essa vertente, percebe-se que o profissional mobiliza – ou deve mobilizar – seus recursos individuais (cognitivos, relacionais, atitudinais e técnicos), bem como os recursos do meio (interação com os outros, utilização de normas e regras, recursos materiais), de modo a selecioná-los, integrá-los e combiná-los com a finalidade de administrar a complexidade das situações que surgem nos contextos de trabalho.

Além disso, o profissional competente necessita 'saber transpor'. Em outras palavras, ele não pode limitar-se a execução de tarefas únicas e repetitivas, mas deve saber adaptar essas tarefas aos distintos contextos de trabalho. "Uma competência profissional é um roteiro que serve para agir em uma família de contextos e que receberá ajustes cada vez que for solicitada" (Le Boterf, 2003, p. 70).

É indispensável, ainda, 'saber aprender e saber aprender a aprender'. Nas palavras de Le Boterf (2003, p. 77):

O profissional sabe tirar as lições da experiência. Ele sabe transformar sua ação em experiência e não se contenta em fazer e agir. Faz de sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber. Sabe administrar seu tempo não somente em função de imposições a serem respeitadas mas, também para fazer dele um tempo de aprendizagem e auto-realização. O profissionalismo é um produto da história do profissional e de seu percurso o biográfico, quer trate-se de sua vida pessoal, social ou profissional.

Por fim, Le Boterf (2003) afirma que todas as características colocadas até aqui supõem 'envolvimento' do profissional, ou seja, é necessário saber 'evolverse'. "É preciso 'querer agir' para poder e saber agir. Há envolvimento tanto da subjetividade, quanto da objetividade" (Le Boterf, 2003, p. 80). O quadro 2.1 sintetiza as principais características de um profissional segundo as concepções de Le Boterf (2003).

O processo de construção de competências não se finaliza e está em permanente recomposição, além de ser complexo e de difícil avaliação em termos quantitativos. Há uma necessidade estrita de que esse processo seja entendido como uma dinâmica global e não dissociativa. Deve-se reconhecer que existe uma relação de complementaridade e de recomposição entre as aprendizagens oriundas

da formação institucionalizada e as aprendizagens que ocorrem em função da experiência, na dinâmica de construção de competências (Pires, 2002).

O profissional: aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa	Saber agir e reagir com pertinência	<ul style="list-style-type: none"> - Saber o que fazer; - Saber além do prescrito; - Saber escolher na urgência; - Saber negociar, arbitrar, decidir; - Saber encadear ações de acordo com a finalidade.
	Saber combinar recursos e mobilizá-los em um o contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Saber construir competências a partir de recursos; - Saber tirar partido não somente de seus recursos incorporados (saberes, saber-fazer, qualidades), mas também dos recursos do seu meio;
	Saber transpor	<ul style="list-style-type: none"> - Saber memorizar múltiplas situações e soluções-tipos; - Saber distanciar-se, 'funcionar em dupla direção'; - Saber utilizar seus metac conhecimentos para modelizar; - Saber determinar e interpretar indicadores de contexto; - Saber criar as condições de transponibilidade com auxílio de esquemas transferíveis;
	Saber aprender e aprender a aprender	<ul style="list-style-type: none"> - Saber tirar as lições da experiência; saber transformar sua ação em experiência; - Saber descrever como se aprende; - Saber agir em circuito duplo de aprendizagem.
	Saber envolver-se	<ul style="list-style-type: none"> - Saber envolver sua subjetividade; - Saber assumir riscos; - Saber empreender; - Ética profissional.

Quadro 2.1: Principais características de um profissional
Adaptado de Le Boterf (2003)

Levando, novamente, a discussão para o âmbito da odontologia, indaga-se a respeito dos limites do sistema de formação vigente para o desenvolvimento das competências requeridas para a prática profissional. Até que ponto a formação em odontologia aceita e valoriza as experiências anteriores dos formandos, respeitando o caráter holístico e integrativo do processo de construção de competências? Se as competências são derivadas da articulação de domínios diferentes, numa perspectiva integrativa e de recomposição, como descrito nesse item, conclui-se que a formação em odontologia não se adequa a esta finalidade.

Recorre-se, novamente, ao trabalho de Le Boterf (2003) para explicitar os dois modelos de competências que coexistem, atualmente, no cotidiano do trabalho. No modelo A – uma herança da concepção taylorista e fordista – o sujeito é considerado um operador com competência apenas para executar ações que são prescritas. No modelo B – oriundo da perspectiva da economia do saber – o sujeito é considerado um ator, indo além do prescrito, sabendo agir e tomando iniciativas coerentes (Quadro 2.2).

Quadro 2.2: Os dois modelos da competência de Le Boterf
Adaptado de Le Boterf (2003)

No cerne da formação do cirurgião-dentista, existe uma definição clara, contida nas DCN, de quais são as competências desejáveis para o futuro profissional. O Artigo 4º lista essas competências que devem ser construídas durante seu processo de formação. A seguir, descreve-se e comenta-se cada uma dessas competências.

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (Brasil, 2002, p. 2).

A competência 'Atenção à saúde', na verdade, engloba uma série de outras competências e, por essa constatação, ela pode ser considerada a competência mais complexa e mais difícil de ser alcançada e mensurada. Ao longo do referencial teórico contido nesse trabalho, fica explícito a necessidade de sensibilizar o profissional para atuar além da técnica, enxergando o sujeito e suas necessidades – de uma forma articulada ao seu contexto social – como o centro da produção do cuidado, com a incorporação das tecnologias leves no processo terapêutico. É aqui que se encontra toda a complexidade do raciocínio clínico e do estabelecimento do vínculo com o sujeito atendido bem como da responsabilização do profissional com relação ao cuidado oferecido, elementos-chave para o sucesso terapêutico.

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (Brasil, 2002, p. 2).

A dinamicidade, imprevisibilidade e complexidade dos atos em saúde requerem um modelo de competência compatível com o modelo B de Le Boterf (2003) (Quadro 2.2). O profissional dentista deve ser capaz de mobilizar seus conhecimentos e transpô-los à realidade em que se encontra, agindo com pertinência diante do novo e do imprevisto.

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (Brasil, 2002, p. 2).

Apesar de não estar escrito nas DCN, acredita-se que a competência comunicação é imprescindível para desenvolver processos terapêuticos com sentido e resolutivos uma vez que o diálogo estabelecido entre os profissionais e os pacientes são definidores das condutas e, por sequintes, dos bons resultados.

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (Brasil, 2002, p. 2).

A liderança, de algum modo, se sobrepõe a próxima competência: Administração e gerenciamento já que parte das suas características podem ser inclusas como sendo de gerenciamento (Gardner, 1990).

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (Brasil, 2002, p. 2).

Essa competência representa um grande nó crítico no processo de formação do cirurgião-dentista. O distanciamento da maioria das escolas em relação ao contexto do trabalho em saúde impede a apropriação do que vem a ser, de fato, a gestão dos serviços de saúde. Além disso, quando essa abordagem acontece nas IES, quase restritamente, ela está voltada para o contexto privado, gerando um descompasso com a realidade dos serviços de saúde e uma lacuna na formação do cirurgião-dentista.

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (Brasil, 2002, p. 2).

Durante seu processo de formação universitária, o sujeito necessita desenvolver um senso de responsabilidade sobre a construção do seu saber, representando um sujeito ativo no processo de aprendizagem. Em consonância, deve desenvolver autonomia para continuar buscando conhecimentos durante sua vida profissional.

As DCN colocam, ainda, a necessidade de dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I-respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II-atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III-atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV-reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V-exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI-conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII-desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII-identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX-cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X-promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI-comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII-obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII-aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV-analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV-organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI-aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII-participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XVIII-participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX-buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;

XX-manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
XXI-estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
XXII-reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
XXIII-colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
XXIV-identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
XXV-propor e executar planos de tratamento adequados;
XXVI-realizar a preservação da saúde bucal;
XXVII-comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
XXVIII-trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
XXIX-planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
XXX-acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

A formação em odontologia norte-americana considera competência como um complexo comportamento ou capacidade, imprescindível para o que o dentista inicie sua prática sem a necessidade de supervisão. Nesse conceito encontra-se inserida a ideia de conhecimento, experiência, pensamento crítico, habilidades para resolver os problemas, profissionalismo, valores éticos e as habilidades técnicas e procedimentais. Agrega, ainda, que competência pressupõe que todos os comportamentos serão executados com um grau de qualidade consistente com o bem-estar do paciente. Diz, também, que os currículos devem considerar as competências a serem desenvolvidas, as experiências de aprendizagem que levem ao desenvolvimento dessas competências e formas de avaliar a aquisição delas (Adea, 2011).

De forma resumida, as competências requeridas para o dentista americano são:

- 1 - Pensamento Crítico - integrar e avaliar conhecimentos para aplicação no cuidado em saúde para uma prática baseada em evidências que alia excelência técnica com valores do paciente;
- 2 - Profissionalismo - aplicar padrões éticos e legais no cuidado odontológico;
- 3 - Comunicação e habilidades interpessoais - desenvolver habilidades próprias para a comunicação e comportamento para um cuidado centrado no indivíduo;
- 4 - Promoção da saúde - desenvolver ações de prevenção, educação, participação na gestão de ações de promoção da saúde com outros membros da equipe de saúde bucal e outros profissionais da saúde.

5 - Gestão da prática e informática - avaliar, conhecer e aplicar informações clínicas e de gestão da prática de saúde contemporâneas, incluindo sistemas de cuidado, risco de doenças, recursos humanos e financeiros.

6 - Assistência ao paciente - gerenciar o cuidado e atendimento odontológico em todas as fases da vida da população, incluindo exame, diagnóstico integrado, planejamento e avaliação de tratamento seja restaurador, reabilitador e/ou preventivo utilizando as devidas diretrizes de controle de infecção.

Em consonância, na Europa, espera-se que os profissionais dentistas portem competências como ser capaz de atuar em todas as áreas da odontologia clínica, estar apto a trabalhar em equipe com outros profissionais, sendo dotados de boa capacidade de comunicação além de estarem preparados para dar continuidade ao seu processo de formação, aprendendo ao longo da vida, sempre pautado por evidências científicas na resolução de problemas, utilizando habilidades teóricas e práticas (Plasschaert et al., 2005).

Já o contexto Latino Americano, por intermédio do PLACEO, lista competências fundamentais – como a capacidade de observação, compreensão, análise, síntese e abstração no sentido de resolver problemas – competências instrumentais – incluem habilidades cognitivas, capacidades metodológicas, destrezas tecnológicas e habilidades linguísticas – competências interpessoais – referem-se às relações interpessoais, a capacidade de trabalhar em equipe e o compromisso social e ético – e, por fim, competências sistêmicas – ligadas às habilidades de planejar as mudanças no sentido de melhorar os sistemas e propor inovações (Alonso; Antoniazzi, 2010).

O PLACEO, após definir competências gerais (listadas no parágrafo anterior), propôs competências próprias do CD incluídas nos domínios clínico, inquiridor, psicossocial e administrativo e de gestão (Alonso; Antoniazzi, 2010).

2.4.4 A formação pela experiência em serviços públicos de saúde: Entre o real e o desejável

Articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de 'abertura dos possíveis' (*grifos dos autores*). Esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à *experienciação* (*grifo dos autores*) e não a sobredeterminação do desconhecido pelo conhecido (Pinheiro; Ceccim, 2011, p. 13).

O mergulho na experiência permite o encontro com o usuário no seu contexto social e econômico, em conjunto com os membros de uma equipe de saúde transdisciplinar com seus olhares e saberes específicos, na dinâmica cotidiana dos serviços de saúde, envolvendo, ainda, a experiência de um encontro consigo mesmo (Kastrup, 2013).

Essa imersão coloca o estudante em contato com o paciente real, inserido em seu território existencial com suas organizações de vida, suas conexões afetivas, suas redes sociais, suas demandas, suas semióticas e modos de viver diferenciados. Além disso, o desenvolvimento de um trabalho partilhado com uma equipe de saúde composta por profissionais de várias áreas convida o estudante a atravessar e transpor as fronteiras disciplinares, em busca da construção de uma clínica que vai além das especialidades e favorece um trabalho coletivo (Kastrup, 2013).

O encontro com os serviços de saúde reais, com seus problemas, dilemas, tecnologias, dispositivos e políticas viabiliza a *experienciação* da realidade das condições de atenção e assistência à população ao passo em que também desperta o desejo de invenção e de reinvenção das rotinas de trabalho e das práticas cotidianas (Kastrup, 2013).

Essas três ordens de experiências têm desdobramentos no que chamei de encontro consigo mesmo. Isso significa que, ao experimentar o contato direto com os pacientes, com a equipe e com os serviços de saúde, os estudantes experimentam, por meio de uma atenção a si, virtualidades em sua própria prática, bem como ressonâncias e reverberações de experiências, que os afetam e acionam transformações em cada subjetividade (Kastrup, 2013, p. 152).

As relações estabelecidas no cotidiano do trabalho em saúde favorecem a problematização, tornando-se lugares concretos de discussão, análise e reflexão das práticas (Pinheiro; Ceccim, 2011).

A integralidade pressupõe práticas de inovação em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários (todos aqueles em que se dá a produção de saúde e do cuidado) e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento profissional no âmbito das competências específicas de cada profissão. Então se ampliam e preenchem espaços não nomeados pela clínica do assistir individual, sem deixar de interrogar pelo acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários (Ceccim; Carvalho, 2011, p. 78).

Assim, a formação deixa de ser construída na transmissão de conteúdos e processamento de informações e passa a ser efetivada no que se conhece como processo de produção de subjetividade (Karstrup, 2013).

Com as mudanças impulsionadas por diversos movimentos como a Reforma Sanitária, a extensão da cobertura de cuidados primários, a ênfase na educação popular, entre outras, a saúde comunitária contribuiu para gerar no interior das IES importantes reformas curriculares traduzidas, essencialmente, nos projetos de extensão universitária e nos projetos extramuros. Entretanto, essas ações não foram capazes de alterar o modelo de ensino e geraram uma nova dissociação: a clínica como território das ações individuais e as ações de caráter populacional (promoção de saúde, prevenção de doenças e produção da qualidade de vida) como pertencentes à saúde pública, excluindo a integralidade (Ceccim; Carvalho, 2011).

A Constituição de 1988 explicita a necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde, o SUS, co-responsabilizando o sistema pela formação dos profissionais (Brasil, 1988).

Ainda na década de 80, em consonância com o cenário de críticas e mudanças, os modelos profissionais, assistenciais e educacionais foram fortemente questionados e passou-se a buscar outras experiências para o que seria uma *integração ensino-serviço* diferenciada, em que os hospitais não deveriam ser o foco da inserção de estudantes. Acreditava-se que essa inserção deveria ocorrer também no nível básico no sentido de recuperar a integralidade. Nesse período, também ocorreu a incorporação mais intensa dos conteúdos de ciências sociais e humanas aos currículos (Pinheiro; Ceccim, 2011).

Surge a Rede de Integração Docente-Assistencial (IDA), com projetos em toda a América Latina, impulsionando experiências de integração ensino-serviço importantes para expandir as noções de atenção integral à saúde, de articulação entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva, entre outras (Ceccim; Carvalho, 2011).

A noção de integração docente-assistencial demarca que não só é possível a interseção ensino-serviço, como ela é desejável em uma rede-escola do sistema de saúde e para a expansão dos programas de residência em todas as áreas profissionais. Do ponto de vista do sistema de saúde, esta é a década das ações integradas em saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da Constituição Cidadã, alvorecer e execução da Reforma Sanitária que culminou como Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado nos anos 1990 (Ceccim; Carvalho, 2011, p. 83).

Já na década de 90, reconheceu-se a importância de agregar à integração ensino-serviço à representação popular para favorecer a formação de profissionais e serviços com maior capacidade de acolher e escutar os usuários. Passou-se a utilizar o termo *integração ensino-serviço-comunidade* para expressar o ideal de integração com uma comunidade participativa nas redes locais de saúde em detrimento das unidades-escolas (Ceccim; Carvalho, 2011).

Ainda nessa década, em conjunto com uma série de outras mudanças, ocorreu em toda a América Latina a reunião da rede de projetos UNI (integração ensino-serviço-comunidade) e da rede de projetos IDA, culminando com a estruturação da Rede Unida e com encaminhamentos importantes para a transformação da educação profissional em saúde como a necessidade de romper as barreiras profissionais – visto que a mudança não poderia ocorrer de maneira isolada –, a necessidade de ultrapassar os departamentos e instituir a multiprofissionalidade no sentido de alcançar a integralidade, a importância do espaço para os usuários nesse processo com uma gestão de mudança participativa e a ampliação da interação com o sistema de saúde (Ceccim; Carvalho, 2011).

Dessa forma, frisava-se a importância das relações orgânicas entre IES, estruturas de gestão em saúde, órgãos de representação popular e os serviços de atenção em saúde, estabelecidas com benefícios mútuos, definidos em função das necessidades de saúde e não das necessidades de formação.

Pinheiro e Ceccim (2011) acreditam que a transformação da formação passa pela construção da integração *ensino-trabalho-cidadania*. Na visão dos autores,

esse conceito superaria os movimentos de integração ensino-serviço, integração docente-assistencial e integração ensino-serviço-comunidade, termos que foram se modificando ao longo das discussões sobre a educação pela experiência, como descrito anteriormente. A troca do termo “serviço” pelo termo “trabalho” visa desconstruir a ideia de praticismo, de inserção dos alunos para aprendizagem de técnicas específicas de cada área. Em realidade, pretende-se que o estudante compreenda o trabalho em saúde como um todo em sua complexidade organizacional, sua gestão, a atenção prestada e a participação da comunidade (controle social) (Ceccim; Carvalho, 2011).

Além disso, ao utilizar o termo cidadania, os autores objetivam substituir a comunidade concebida como *lócus* de aplicação de ações, em uma visão instrumental, por um local nascente da política de construção das cidades. Almejam a cidadania do ensino, do trabalho e da participação (Ceccim; Carvalho, 2011).

Cidade como a inscrição local no global, as localidades como nascentes de autoria de projetos de si, dos entornos e do mundo: cidadania (cidadania do ensino, do trabalho e do *socius* em que inscrevemos nosso ensino e trabalho) (Ceccim; Carvalho, 2011, p. 87).

A compreensão do termo ensino-trabalho-cidadania retoma e instaura o conceito do quadrilátero do ensino na saúde: formação, atenção, gestão e participação social (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Pinheiro; Ceccim, 2011).

É interessante compreender os processos de formação como um recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, multiplicando a formação de agentes sociais que entendem e defendem o SUS. Esse processo decorre da experimentação¹⁸ em ato no trabalho em saúde, permitindo a produção de movimentos de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde (Passos; Carvalho, 2015).

Os agentes dessa estratégia, em geral, são apoiadores institucionais, agentes que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde mudanças nas percepções, na forma de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, conseqüentemente, alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde [...] Formar é também apoiar equipes em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações

¹⁸ Manteve-se o termo ‘experimentação’ porque assim estava escrito na fonte original.

problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é fomentar experiências coletivas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho. A construção e sustentação de sentimento de pertencimento ao grupo e corresponsabilização coletiva são imprescindíveis para a contratação de tarefas com as quais se busca ampliar a eficácia das práticas e, ao mesmo tempo e de forma indissociável, qualificar os espaços de trabalho, afirmando-os como importante lócus de realização profissional (Passos; Carvalho, 2015, p. 96).

Pinheiro e Ceccim (2011) afirmam que a construção do conhecimento em saúde deve pautar-se na integralidade e que os cenários pedagógicos devem ser ativos, capazes de proporcionar o abandono do que se é (profissional ou estudante desta ou daquela profissão) para se tornar produção de subjetividade – “todo tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão de processo de trabalho” (p.16). Ainda segundo eles, essa formação poderia estar ligada com a produção de conhecimento com sentido e com a construção de práticas cuidadoras.

Nessa direção, o plano de emergência da clínica e do cuidado não se dá no campo do conhecimento, no antes, mas sim no ato, onde se insere outra micropolítica para além do encontro (intercessor, sempre): a do trabalho vivo no mundo do trabalho, no campo produtivo do fazer [...] (Merhy, 2013, p. 22).

Deve-se buscar a inversão da lógica “saber-fazer” para o “fazer-saber”, mesmo entendendo as dificuldades para desligar-se de uma concepção tão corrente nos fazeres formadores em saúde ao longo dos anos, concepções essas baseadas na noção de que os seres humanos pensam antes para agir depois, como um processo natural com uma forte carga de subjetividade fabricada e impressa nesses seres (Merhy, 2013).

Portanto, colocar isso em questão, é colocar em questão a nós mesmos naquilo que já adquiriu o estrato de natural e óbvio. Mas, há que se tentar colocar isso em evidencia nessas novas apostas de formação. Há que se construir possibilidades de produção de acontecimentos e encontros de força intercessora a ponto de desorganizar o que para nós aparece como nossa essência natural: o pensar que sempre vem antes é parte da nossa substância humana (Merhy, 2013, p. 27).

A formação pela experiência gera o desafio da criação de uma “política cognitiva” que inclua a abertura de atenção para os sérios e desafiantes problemas colocados pelo setor saúde, com a possível invenção de novos procedimentos, novas práticas e novas tecnologias de cuidado (Kastrup, 2013).

[...] O que o conceito de política cognitiva busca evidenciar é que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, uma atitude, um *ethos*. A política cognitiva inventiva, que emerge de uma formação baseada na experiência, constitui uma certa maneira de estar no mundo, de habitar um território existencial e de se colocar na relação de conhecimento. Com uma nova política cognitiva, que toca ao mesmo tempo o ensino e a aprendizagem, podemos apostar na formação de profissionais mais capacitados para enfrentar os desafios da saúde pública brasileira. Por meio de ações locais, a aposta é que esta política se propague em forma de rede, amplificando seu alcance e estimulando novas experiências no âmbito universitário e processos mais avançados no campo social (Kastrup, 2013, p. 161).

É interessante “criar formas de construção coletiva de situações de encontros que nos afetam”. Nessas situações, o próprio sujeito se (re) produz e enxerga esse processo de (re) produção, podendo explicitar suas implicações éticas com a produção da vida e do conhecimento com os demais sujeitos, possibilitando a experiência de viver “a própria construção coletiva do conhecimento com todos que ali estão, e centralmente com o próprio usuário do mundo da produção do cuidado” (Merhy, 2013, p. 27).

As afetações geradas a partir dessas experiências são capazes de produzir novas conformações, novos instrumentos, para os “agires” dos trabalhadores, dos docentes e dos usuários por meio das linhas de força que vêm de uns para outros (Merhy, 2013). Acrescenta-se, nesse conjunto, os estudantes, aqueles que estão em processo de formação, como afetados por todo o processo que está experienciando no ato, potente o suficiente para provocar o “desfazer” da aprendizagem prévia para uma construção nova, real, crítica e sólida.

O agir micropolítico do trabalho vivo em ato tem permitido visualizar como no mundo dos atos produtivos se constituem os processos em fuga do que já está estabelecido e instituído, e munícia a noção de que o ato precede o saber, que o acontecimento no encontro precede a intenção e o conhecer *a priori*, colocando-os em dúvida. Pois ali, no mundo do trabalho, tanto do ensino como do cuidado, há o encontro, sempre intercessor, como lugar de afecções “entre”, e como tal de afetos, e assim, ali no mundo do trabalho, operar atos produtivos no campo do encontro é estar na incerteza dos vários agires de quem ali se encontra e do que pode, em si e entre si (Merhy, 2013, p. 30).

O mesmo autor citado acima acredita que na “superfície de produção do agir em saúde na micropolítica do trabalho vivo em ato” há espaço para o novo, o imprevisível, o não planejado porque “o agir estruturado e previsto das coisas normatizadas está sempre sendo subvertido pelos atos, em ato” (Merhy, 2013, p. 30). Esse dinamismo revela conhecimentos não contidos nos livros e não discutidos e debatidos na formalidade das salas de aula, em que se aprende a fazer por meio

da teoria. O imprevisto que permeia e rompe os protocolos do trabalho em saúde inquieta e desperta reflexões que, por sua vez, levam ao pensamento crítico, estruturado, carregado de subjetividades, contribuindo para a construção de um conhecimento com significado pelos estudantes.

O “agir trabalhador”, construído no ato, no encontro com o outro, é imprevisível e, justamente por isso, não pode ser “ensinado” pelas IES, não há normas rígidas ou regras previamente estabelecidas. Há que se sensibilizar o futuro profissional para outras questões que não os sinais e sintomas biológicos. É necessário ampliar o leque de exploração das possibilidades envolvidas nesse encontro, o que pode ser fortemente potencializado pela experiência de contato com o corpo vivo durante o processo formativo, com a vivência da clínica real, no mundo do trabalho em saúde.

Estreitar essas relações é levar novos objetos para a aprendizagem, novos problemas, novas relações que suscitam outros encontros e ajudam a questionar e desafiar o modelo dominante de compreender, intervir e produzir modos de ser e estar no mundo (Feuerwerker, 2012).

Muitos são os sujeitos envolvidos com o processo formador e, igualmente, os encontros produzidos são muito variados. Os processos inovadores mais interessantes têm investido na produção de relações mais democráticas nas universidades porque é indispensável abrir múltiplos e pequenos espaços geradores de relações vivas, afrontando a micropolítica do encontro (Feuerwerker, 2012).

Algumas ações vem sendo pensadas e desenvolvidas para viabilizar e estreitar as relações entre ensino e trabalho. Nesse contexto, tornou-se imprescindível uma atuação conjunta por parte dos Ministérios da Educação e da Saúde, no sentido de estabelecer um diálogo capaz de enfrentar poderes assinalados em distintas esferas e em instituições políticas, acadêmicas e serviços de saúde. O expoente desse processo foi alcançado em 2005 quando o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU), da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), estabeleceram uma parceria para cooperação técnica. Desde então, passaram a desenvolver projetos e

programas que articulam as bases epistemológicas da saúde e da educação superior (Brasil, 2005).

Em 2007, pelo Decreto de 20 de junho, foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Em suma, ela se caracteriza pela função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2007b).

Essa aproximação inicial, fortalecida pelo decreto citado acima, ocasionou a execução de ações setoriais que articulam as políticas da educação e da saúde, com o objetivo de qualificar a formação em saúde. A primeira dessas ações se traduz no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Campos et al., 2010) que, em suma, almeja a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, entendendo essa prática como um mecanismo indispensável para potencializar o aprendizado, levando em consideração a realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira. O Pró-Saúde propõe que os objetivos de mudança sejam construídos em torno de três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (Brasil, 2007a).

Esse processo de transformação contínua encontra outro expoente com a proposição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), uma das ações derivadas do Pró-Saúde para garantia de alcance dos seus objetivos. O PET-Saúde foi instituído em 2008, com o objetivo de fomentar grupos de aprendizagem tutorial¹⁹ na ESF (Brasil, 2008b). Caracteriza-se como uma das ações direcionadas ao fortalecimento da APS, em conformidade com as necessidades do SUS e como fio condutor da interação entre as IES e os serviços de saúde, eixo básico para reorientar a educação na área da saúde.

Com o PET-Saúde, trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção de saúde como processos de cognição e subjetivação (Haddad et al., 2006). As suas características inovadoras o configuram como um modelo de formação pela experiência mais próximo do ideal, principalmente pela garantia da interprofissionalidade, pela inserção longitudinal dos estudantes no

¹⁹ Os grupos de educação tutorial são formados por um tutor – professor de graduação em saúde –, dois preceptores – profissionais dos serviços de saúde – e doze alunos de graduação.

trabalho, por ter seus objetivos de atuação definidos em função das demandas sociais e dos serviços e por efetivar o profissional do serviço como mediador pedagógico, contribuindo também para a educação permanente (Fonsêca et al., 2014; Fonsêca; Junqueira, 2014a; 2014b).

Em 2014, foi instituído pela Portaria Interministerial no 1.646 o componente 'GraduaCEO – Brasil Sorridente', no âmbito da PNSB. O componente constitui-se em uma série de ações e serviços de saúde bucal, desenvolvidos e prestados por IES que tenham curso de graduação em odontologia de modo articulado ao SUS. Dizendo de outra maneira, as clínicas odontológicas das IES que aderirem ao componente, recebem incentivo financeiro do Ministério da Saúde e se articulam, de modo mais próximo, ao SUS, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2014).

São objetivos do GraduaCEO:

- I - ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS;
- II - qualificar os serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia na RAS;
- III - ampliar os mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES com cursos de graduação em odontologia;
- IV - melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população; e
- V - integrar as clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal (Brasil, 2014, p. 2).

Anseia-se que o GraduaCEO-Brasil Sorridente seja capaz de potencializar a articulação das IES com o SUS ao passo que as clínicas se tornam parte do Sistema e o formando estaria à todo momento atuando 'no' SUS.

Em 2015, foi lançado o edital 'PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017', trazendo um novo formato para o PET-Saúde sendo os grupos tutoriais conformados por estudantes e professores do mesmo curso de graduação, com a finalidade de discutir "a mudança curricular nucleada em cada curso" preservando, no entanto, as interfaces com outros cursos/profissões, com a participação máxima de seis cursos em cada IES (Brasil, 2015a, p. 126).

Esses programas, bem como outras tentativas que buscam permitir que os aprendizes experienciem os cenários de produção de saúde do SUS, que podem ser compreendidos como ações perpendiculares às DCN no sentido de auxiliar na sua efetiva implementação, reconhecidamente, provocaram ou estão provocando

modificações positivas no processo formador (Junqueira, 2013; Santos et al., 2013; Fonsêca et al., 2014; Fonsêca; Junqueira, 2014a; 2014b; Cruz et al., 2015; Gusmão et al., 2015; Madruga et al., 2015; Silva et al., 2015). No entanto, é necessário que haja garantias de continuidade e institucionalização dessas práticas, o que poderia ser alcançado por meio da inserção de ações dessa natureza na estrutura curricular dos cursos de graduação.

Novos rumos com vistas a reduzir à instabilidade da formação pela experiência começaram a ser trilhados com a promulgação da Portaria Interministerial no. 1124, de 04 de agosto de 2015 que “Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS” (Brasil, 2015b, p. 193).

O COAPES deverá ser regido pelos seguintes princípios:

- I - formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença;
- II - respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática;
- III - compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral;
- V - singularidade das instituições de ensino envolvidas no processo de pactuação e contratualização das ações de integração ensino e serviço, especialmente as especificidades relativas à natureza jurídica das instituições de ensino;
- V - compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região;
- VI - compromisso das instituições de ensino, Estados e Municípios com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;
- VII - integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;
- VIII - planejamento e avaliação dos processos formativos, compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, garantida a autonomia progressiva do estudante no desenvolvimento de competências em serviço e de integração do processo de trabalho da equipe em saúde; e
- IX - participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde (Brasil, 2015b, p. 193).

O documento lista as competências dos Ministérios da Saúde e da Educação, das IES e dos programas de residência em saúde, bem como da gestão municipal e estadual em saúde e do Controle Social em saúde, frisando as responsabilidades de

cada ator na instância do COAPES e definindo as formas de contrapartida das IES. É evidente o papel de destaque conferido aos preceptores com a garantia de benefícios como gestão da carga-horária e incentivo para progressão profissional – dentre outros – e à comunidade, por meio do controle social, que figura um dos atores dos contratos. Ressalta-se que cada município deverá celebrar apenas um COAPES, envolvendo todas as IES e programas de residência em saúde (Brasil, 2015b).

Como essas diretrizes ainda são muito recentes, é necessário aguardar a celebração dos COAPES e analisar seus nós críticos e benfeitorias no sentido de aperfeiçoá-lo e, conseqüentemente, lapidar as relações de ensino-trabalho-cidadania.

2.4.5 Estágio Curricular Supervisionado: a formação pela experiência mediada pelos currículos

O ECS constitui-se em uma maneira institucionalizada, garantida nas estruturas curriculares, de proporcionar a formação por meio da experiência nas mais diferentes áreas profissionais.

A legislação federal que dispõe sobre o estágio de estudantes o define como um “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior”. Ainda segundo a mesma legislação, “visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e a contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho” (Brasil, 2008a, p. 1).

Estágio pode ser conceituado, ainda, como a prática de campo que proporciona aos estudantes a transição do mundo acadêmico para o mundo do trabalho. Ele conforma-se por uma série de atividades desenvolvidas pelos estudantes que contribuem para o seu processo formativo (Burgatti, 2012).

Por serem previstos no projeto pedagógico do curso de graduação são chamados obrigatórios. Tem carga horária pré-estabelecida, sem o qual não há aprovação. Além disso, deverão ser supervisionados pelo professor orientador da

IES e por um supervisor da parte concedente, ou seja, por um trabalhador dos serviços de saúde (Brasil, 2008a).

O ECS se insere no sistema de saúde na perspectiva de proporcionar às (aos) discentes as competências exigidas legalmente, e, também, o ser competente através de ações que favoreçam a conquista da cidadania individual e coletiva, principalmente como profissional no contexto e atendimento dos princípios do SUS. Assim, espera-se que o profissional egresso tenha a capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimento na solução de problemas do seu cotidiano e estabeleça relações socioculturais, éticas e educativas com a equipe de saúde e a comunidade onde está inserido. Essa experiência de ensino e trabalho requer da (o) aluna (o) a articulação de conteúdos teóricos e práticos vivenciados nas disciplinas anteriores, o que torna o ECS uma etapa de aprendizagem dialética (Araújo, 2011, p. 62).

Acredita-se que o modelo de estágio ideal deve ter seus objetivos definidos também em função das demandas dos serviços de saúde, com ações também voltadas para o serviço, numa visão integral e de forma interdisciplinar, não permitindo que os objetivos das disciplinas criem uma pseudo-realidade. Além disso, é ideal que ocorra uma inserção longitudinal e que o estudante crie vínculos com serviços de saúde de forma a sentir-se corresponsáveis pelas suas práticas.

A integração entre uma instituição de ensino superior e outra, de serviços de saúde, acontece de fato quando existe, para ambas, uma intencionalidade complementar e convergente, com objetivos comuns e peculiares, capazes de permitir a constituição de espaços pedagógicos com vivências e experimentações que possibilitem, para ambas, ganhos reais. A cada momento, a própria realidade deve ser o objeto do aprendizado, havendo lugar para o previsto e o imprevisto, o conhecido e o desconhecido, o já experimentado e o novo. O aprendizado ocorrerá por meio de novas práticas, também pedagógicas, a partir de vivências e experimentações com a garantia do lugar de sujeito para professores, profissionais dos serviços, alunos e usuários. A nosso ver, estes são, por excelência, os cenários (pedagógicos) ideais ao desenvolvimento dos estágios curriculares supervisionados (Werneck et al., 2010, pp. 228-229).

No caso da odontologia, as DCN preveem que o processo de formação dos profissionais garantam o desenvolvimento de estágio curricular, sob supervisão docente. O ECS deve ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do ECS deverá atingir 20% da carga horária total do curso de graduação (Brasil, 2002).

As DCN colocam, ainda, que os profissionais de saúde bucal necessitam aprender a aprender de forma a torná-los co-responsáveis pela sua formação e pelo treinamento das futuras gerações profissionais. Assim, deve ser garantido o

benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (Brasil, 2002).

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), no documento intitulado “Diretrizes da ABENO para a definição do ECS nos cursos de odontologia”, estabeleceu, com base nas DCN, as diretrizes norteadoras dos estágios (Abeno, 2002).

O documento afirma que:

O estágio supervisionado é o instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área. Ele deve também ser entendido como o atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta à comunidade, intra e extra muros. O aluno pode cumpri-lo em atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados (Abeno, 2002).

O ECS deve fomentar a relação das IES com os serviços e ampliar as relações da universidade com a sociedade. Como ferramenta pedagógica, deve proporcionar ao futuro profissional a experiência da realidade social, incluindo as práticas políticas em saúde pública e a realidade do mercado de trabalho, possibilitando ao aluno ser um agente transformador dessas realidades (Abeno, 2002).

Ao analisar esse documento, Werneck et al. (2010) teceram algumas críticas, dentre elas a variedade de experiências que o documento denominou de ECS, o que impossibilita a definição dos critérios adotados para classificá-las dessa maneira.

As citações são de tal forma genéricas que se pode supor, inclusive, que as instituições de ensino poderiam simplesmente inserir qualquer atividade de atendimento ao público na categoria estágio, ferindo frontalmente a dimensão transformadora e inovadora que gerou o estabelecimento das DCN e do documento da própria ABENO (Werneck et al., 2010, p. 222).

Existe, na área odontológica, uma representação de que para realizar estágios é suficiente a união de um consultório, dentes e/ou gengivas, um estudante e um supervisor (o dentista professor) operando saberes estruturados, não diferenciando os locais de realização que podem abranger desde as clínicas das faculdades – distantes da realidade – até UBS que trazem consigo a equipe de saúde, a comunidade e suas particularidades (Leme et al., 2015).

No entanto, para configurar-se como ECS, a atividade deve ser obrigatória, desenvolvida fora dos muros da IES, de forma integrada aos serviços de saúde. Dessa maneira, viabiliza-se a vivência do futuro profissional com o quadro

epidemiológico presente, sua determinação social e cultural, bem como a compreensão do seu verdadeiro papel e dos limites da sua atuação profissional. Além disso, é despertada no futuro cirurgião-dentista a noção do papel e do compromisso com o sistema de saúde vigente e com a população (Werneck et al., 2010).

A partir desse referencial teórico, foi possível esquematizar um quadro-resumo (Quadro 2.3) com as características essenciais para que uma atividade curricular seja considerada como ECS.

Registra-se que, na cidade de São Paulo, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, existe uma diretoria – Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas (GEDEP) – responsável por promover a integração das áreas de formação, qualificação e desenvolvimento de pessoas, no sentido de fomentar a Gestão do Conhecimento melhorando, assim, a qualidade e a gestão dos serviços públicos de saúde. À GEDEP compete, dentre outras responsabilidades, coordenar e implementar a Política Municipal de Estágios, obrigatórios e não obrigatórios, no âmbito dos serviços de saúde da rede municipal, tarefa atribuída à Gerência de Estágios (São Paulo, 2012).

Uma atividade curricular, para ser considerada ECS, deve:
Estar regulamentada no Projeto Pedagógico do curso
Ser desenvolvida fora dos muros da IES
Estar integrada aos serviços de saúde
Ser obrigatória para a conclusão do curso de graduação
Desenvolver-se com supervisão docente
Envolver os profissionais do serviço

Quadro 2.3: Características essenciais dos estágios curriculares

A Portaria Municipal 595, publicada em 2015, que trata dos Estágios desenvolvidos na rede de serviços públicos de saúde do município de São Paulo, afirma que cabe à unidade cooperada:

- I - Elaborar o Plano de Estágio detalhado, que especificará o objetivo do estágio, as áreas técnicas de interesse, a quem será destinado, o número de estagiários envolvidos no Programa, o período de realização, a carga horária mínima, o coordenador/supervisor do estágio da Instituição solicitante, o seguro de vida e de acidentes pessoais em nome dos estagiários;
- II - Supervisionar o estágio através de docentes devidamente treinados, visando a Integração Ensino-Serviço;
- III - Colaborar para a implantação de programas de saúde;
- IV - Apresentar a relação dos estagiários às Unidades de Saúde destinatárias 10 dias antes do início do Estágio;
- V - Elaborar e providenciar as assinaturas das partes, Cooperante, Cooperada e aluno, do Termo de Compromisso, nos termos da Lei nº 11.788/08, que deverá seguir obrigatoriamente o modelo previsto no Anexo VII;
- VI - Compatibilizar o horário de estágio com o horário escolar e o de funcionamento das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde;
- VII – Providenciar a identificação do estagiário por meio de crachá;
- VIII – Exigir que os alunos estejam adequadamente uniformizados;
- IX - Indicar um professor/supervisor para cada estágio a ser realizado, em número compatível com o grupo de alunos, que deverá, diuturnamente, acompanhar as atividades e procedimentos realizados (ANEXO IV);
- X - Zelar pela observância dos alunos quanto às Normas Internas da Unidade concedente relativas à disciplina, segurança do trabalho e biossegurança;
- XI – Orientar que os alunos tenham sua conduta pautada nos termos do que dispõe o Código de Ética profissional;
- XII - Fornecer todo Equipamento de Proteção Individual (EPI) a ser utilizado pelos alunos, de acordo com legislação vigente, que serão necessários para as atividades dos estagiários;
- XIII- Em caso de acidente no local de estágio, a concedente dará assistência imediata ao estagiário (primeiros socorros), desde que o fato ocorra em Unidade de Saúde, cabendo a Instituição de Ensino a adoção de todas as providências necessárias ao pleno atendimento ao estagiário, segundo instruções contidas no certificado de seguro e normas técnicas vigentes (São Paulo, 2015, p. 9).

A portaria é clara ao afirmar a obrigatoriedade do professor/supervisor nos campos de prática, quando diz que é obrigação da IES: “Garantir a presença diária do professor/supervisor que acompanha o grupo de estagiários, nos termos do disposto no § 1º, art. 3º da Lei 11788/08” (São Paulo, 2015, p. 6). A citação da referida Lei, afirma que:

O estágio, como ato educativo escolar supervisionado, deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente, comprovado por vistos nos relatórios referidos no inciso IV do caput do art. 7º desta Lei e por menção de aprovação final (Brasil, 2008a).

A presença do professor/supervisor deve obedecer à quantidade máxima de alunos permitida que, no caso de UBS, é de até 08 alunos por grupo, como consta na mesma portaria (São Paulo, 2015).

É também exigência que um profissional do serviço supervisione as atividades desenvolvidas. Nesse caso, os profissionais assumem o papel de mediadores pedagógicos, ou seja, precisam dialogar permanentemente de acordo com o que acontece no momento; trocar experiências; debater dúvidas, questões ou problemas; apresentar perguntas orientadoras; auxiliar nas carências e dificuldades técnicas ou de conhecimento quando o aprendiz não consegue se conduzir sozinho; garantir a dinâmica do processo de aprendizagem; propor situações problemas e desafios; desencadear e incentivar reflexões e criar intercâmbio entre a aprendizagem e a sociedade real (Masetto, 2003). Essas atribuições, em algumas circunstâncias, podem gerar sobrecarga e, como consequência, resistência dos trabalhadores para desempenhar esse papel.

2.4.6 O modelo lógico-ideal de ECS

De posse desses dados e sustentados pelo referencial teórico que apoiou o delineamento do projeto, elaborou-se o modelo lógico-ideal²⁰ de ECS como ilustrado na Figura 2.2.

O modelo ressalta a importância de se manter uma inserção longitudinal dos estudantes nos cenários de produção de saúde, de modo a oferecer à eles a possibilidade de experienciar uma clínica ampliada em Atenção Primária, propiciando o entendimento do sistema estomatognático de maneira articulada ao indivíduo em suas dimensões biopsicossociais.

O modelo prioriza a compreensão da organização dos serviços de saúde de forma integral e o entendimento do SUS no seu cotidiano, com seus limites e desafios, permitindo o rompimento de conceitos pré-estabelecidos e a apropriação do conhecimento real.

Pedagogicamente, apoia-se na aprendizagem pela reflexão e conta com a colaboração de profissionais dos serviços de saúde como mediadores pedagógicos.

²⁰ Essa etapa do trabalho foi redigida em formato de artigo científico e publicada na Revista da ABENO, volume 15, número 2, em 2015, com o título: Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica (Fonsêca et al., 2015).

3 OBJETIVOS

O estudo destina-se a compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania por diferentes olhares e, aliado a experiências vivenciais dessa articulação, construir um modelo de Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em serviço público de saúde, no âmbito da APS, para cursos de graduação em odontologia.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania pelo olhar do estudante de odontologia;
- Compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania pelo olhar da gestão de serviços de saúde;
- Compreender a articulação ensino-trabalho-cidadania pelo olhar de trabalhadores dos serviços de saúde;
- Experimentar um modelo de estágio em saúde bucal, vinculado ao Projeto Inovação;
- Revelar as possibilidades de atuação clínica dos estudantes de graduação em odontologia no âmbito da APS;
- Conhecer o modelo de estágio curricular supervisionado da Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, Portugal, desenvolvido em serviços de Cuidados Primários de Saúde;

4 METODOLOGIA²¹

5.1 Tipo de estudo

Elegeu-se uma abordagem metodológica qualitativa por entender que esse tipo de enfoque se baseia no dinamismo existente entre o mundo real e o sujeito, a interdependência viva entre sujeito e objeto, o vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores. A tríade conhecimento-sujeito/observador-objeto aparece com uma conformação própria em que o conhecimento não é reduzido à um conjunto de dados isolados, o sujeito/observador é integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos de modo a atribuir-lhe significados e, por fim, o objeto não conota um 'dato inerte e neutro' mas, possui significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações (Chizzotti, 2009).

Nesse tipo de estudo, se busca uma verdade mais profunda (Greenhalgh, 2008), preservando as complexidades do comportamento humano em uma perspectiva holística (Green; Britten, 1998). Essa modalidade de pesquisa é importante para compreender os valores culturais e as representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos (Minayo, 2010b).

Diferente da pesquisa quantitativa, que busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos a que se deseja tratar, em uma busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão (Minayo, 2010a, p. 197).

O estudo foi desenvolvido em duas fases, conforme descrito a seguir.

5.2 Primeira Fase

A primeira fase corresponde ao desenvolvimento do componente pedagógico do Projeto Inovação.

²¹ Entendida como o caminho do pensamento para alcançar os resultados.

4.2.1 O Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal

O Projeto Inovação se constituiu em um projeto de pesquisa multicêntrico, desenvolvido com auxílio do CNPq e da FAPESP com o objetivo de “Experientiar as possibilidades da clínica ampliada de saúde bucal na Atenção Primária, na perspectiva da integralidade” (Botazzo et al., 2012, p. 14).

O projeto previa, entre outros objetivos, a inclusão de alunos de graduação, matriculados em distintos anos do curso de odontologia – os estagiários – visando “compreender o espaço da clínica como espaço pedagógico e *lócus* privilegiado de observações” (Botazzo et al., 2012, p. 14). À eles cabia, além de auxiliar no desenvolvimento da metodologia do projeto, experienciar uma proposta de estágio coerente com os pressupostos do Projeto Inovação e com o objetivo do presente estudo.

4.2.2 O cenário de estudo

A primeira fase do estudo foi desenvolvida no Centro de Saúde Escola (CSE)²² Geraldo de Paula Souza, UBS integrada à Faculdade de Saúde Pública da USP.

²² Curiosidade: o atual CSE Paula Souza foi, lá pela década de 20 ou 30 do século XX, a residência de Tarsila do Amaral e Oswald de Andrade, dois ícones do modernismo brasileiro, iniciado em 1922, com a Semana de Arte Moderna. Oswald de Andrade foi o autor do Manifesto Antropofágico, publicado na revista Antropofagia em 1928 que, segundo os próprios autores (todos modernistas, incluindo Tarsila do Amaral) teve duas “dentições”, uma em 1928 e outra em 1929. Em suma, o movimento antropofágico brasileiro tinha por objetivo a deglutição da cultura do *outro externo*, como a norte americana e a europeia e do *outro interno*, a cultura dos ameríndios, dos afrodescendentes, dos eurodescendentes, dos descendentes de orientais, ou seja, não se deveria negar a cultura estrangeira, mas ela não deveria ser imitada. O movimento antropofágico utiliza, metaforicamente, a noção da manducação, ou seja, o ato de comer, um dos trabalhos bucais que conforma o conceito de bucalidade (obviamente definida posteriormente). No movimento antropofágico, a boca metafórica é o veículo para apropriação cultural, para conhecimento do mundo, por meio da “devoração”, no sentido de criar uma cultura “genuinamente” brasileira. Isso não parece familiar? Não se conhece, atualmente, uma discussão parecida? Certamente, a noção de boca, vista por esse movimento, não é a da boca “odontologizada” e “biológica”, mas sim da boca social que discute, que se posiciona criticamente, que concorda, que também discorda, que revela subjetividades, que (re)cria sua própria cultura, sua própria identidade e que, não é utilizada da mesma forma por todos os seres humanos que a portam, ou seja, ao revelar subjetividades ela também evidencia diferenças e desigualdades. Ora, vivia-se as primeiras décadas do século XX, mas já se falava, mesmo inconscientemente e parcialmente, em bucalidade. Uma feliz coincidência!

O Paula Souza é o primeiro CSE conformado no Brasil, construído em 1925. Ele engloba ações de atenção em saúde, envolvendo ensino, pesquisa e extensão. As atividades desenvolvidas encontram-se, predominantemente, no âmbito da APS, mas há ações no nível secundário. Para a população de abrangência, ele disponibiliza os seguintes serviços: saúde do adulto, saúde da mulher, saúde da criança, nutrição, saúde bucal, oftalmologia, saúde mental, homeopatia, acupuntura, fonoaudiologia e serviço social. Além disso, constitui referência nas seguintes especialidades: dermatologia sanitária, tuberculose, hanseníase, geriatria, endocrinologia e no atendimento às vítimas de abuso sexual por meio do Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS).

A população da sua área de abrangência é de, aproximadamente, 137.000 habitantes, envolvendo os bairros de Pinheiros e Cerqueira Cesar, localizados na região oeste do município de São Paulo.

Por ser um serviço-escola, recebe alunos de diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde da USP ou de outras instituições de ensino. Esse fato configura o CSE Paula Souza como um campo fértil para a aprendizagem interprofissional auxiliada por profissionais experientes em compartilhar sua rotina com estudantes, ou seja, preparados para desempenhar o papel de mediadores pedagógicos no processo de ensino-aprendizagem.

No setor de saúde bucal, o CSE conta com um consultório equipado com três cadeiras odontológicas, distribuídas em um espaço amplo, com boa organização e disponibilidade de materiais. Vinculada ao setor, quando a pesquisa foi iniciada, havia apenas uma cirurgiã-dentista com vínculo de trabalho de 30 horas semanais, ou seja, existia grande disponibilidade de espaço físico para que a equipe de pesquisa desenvolvesse o trabalho proposto.

Essa riqueza acumulada com a experiência na área do ensino em saúde, a diversidade de setores presentes na unidade e a possibilidade de utilização do espaço físico do setor de saúde bucal foram os motivos primordiais para a eleição desse cenário como campo de estudo. Outro motivador importante foi a aceitabilidade da gerência e dos profissionais da unidade em relação ao projeto de pesquisa, o que facilitou, significativamente, a imersão dos participantes no campo.

4.2.3 Participantes do estudo

O critério de estabelecimento de uma amostra qualitativa não é numérico visto que, nesse caso, uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (Minayo, 2010b). É necessário considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade de informações.

Nessa fase do estudo, além da pesquisadora, participaram os 02 preceptores e os 03 estagiários²³ que compuseram a equipe do primeiro ano do Projeto Inovação, sendo a amostra caracterizada como intencional²⁴.

A participação dos sujeitos no Projeto Inovação ocorreu no âmbito do atendimento em clínica ampliada de saúde bucal e nas discussões de casos que ocorriam após o período de atendimento, com a presença do professor, coordenador.

O quadro 4.1 ilustra a organização da inclusão dos graduandos no estágio.

Estag.	Gênero	Ano de matrícula no curso	Período de participação no estágio	Participação na observação participante	Escreveu diário?	Foi entrevistado?	Participação em discussão de casos clínicos
01	F	6º ano do curso noturno	10/2013 a 12/2015	Sim	Sim	Sim	Sim
02	F	6º ano do curso noturno	07/2014 a 12/2014	Não	Sim	Sim	Sim
03	M	4º ano do curso noturno	02/2012 a 12/2015	Não	Não	Sim	Sim

Quadro 4.1: Características dos estagiários do primeiro ano do Projeto Inovação

4.2.4 Técnica e instrumentos para coleta de dados

Quando se admite que o conhecimento produzido por uma pesquisa qualitativa é uma aproximação da realidade, passível de reformulação, isso não

²³ A intenção era agregar todos os estagiários mas, por limitações relacionadas ao tempo de conclusão da tese, não foi possível.

²⁴ A amostra intencional designada por Patton (1990). Nesse caso, todos os participantes do estudo possuem algum tipo de experiência com o tema.

significa que para se chegar a ele não se faça uso de métodos que visam assegurar o rigor científico necessário à redução dos vieses da pesquisa (Minayo, 2010b).

Os instrumentos para construção de dados são parte fundamental da dinâmica de uma pesquisa científica. Operacionalizam os objetivos, os indicadores e os conceitos do estudo, na forma de variáveis ou temas e geralmente assumem o formato de questionários e roteiros (Souza et al., 2010).

4.2.4.1 Etapa 01: Observação Participante do CSE Paula Souza

Na observação participante é o próprio investigador o instrumento principal de observação. Isto significa que, de acordo com os postulados epistemológicos do paradigma interpretativo ou compreensivo, o investigador pode compreender o mundo social do interior, pois partilha a condição humana dos indivíduos que observa. Ele é um ator social e o seu espírito pode aceder às perspectivas de outros seres humanos, ao viver as mesmas situações e os mesmo problemas que eles (Lessard-Hébert et al., 2003, p. 155).

O objetivo da técnica de observação participante é recolher informações sobre ações, opiniões e perspectivas às quais um observador externo não teria acesso. É indicada para os trabalhos que desejam compreender um meio social que, em um primeiro momento, é estranho e que vai permitir integrar-se progressivamente nas atividades das pessoas que nele vivem (Lessard-Hébert et al., 2003).

Nessa etapa, a pesquisadora e um dos estagiários desenvolveram a observação participante do trabalho na UBS para possibilitar a compreensão e apreensão da realidade de saúde dos usuários em nível de generalidade clínica, buscando “ver as coisas de dentro” (Haguette, 1995), sempre com o olhar voltado para o potencial pedagógico dessa modalidade de experiência.

A observação participante implicou o acompanhamento das consultas clínicas, em vários setores, e na vivência na organização do trabalho na UBS, interagindo com a equipe de saúde no dia-a-dia do trabalho, ampliando a percepção da clínica em nível sistêmico (geral) na APS, familiarizando-se com rotinas, percebendo a dimensão do universo a ser investigado, propiciando a constituição de

novas possibilidades práticas, outras percepções, linguagens, interesses, formas de organização.

4.2.4.2 Etapa 02: Clínica ampliada de saúde bucal

Essa fase do trabalho de campo foi realizada como pesquisa de intervenção em atividade experimental²⁵ de clínica ampliada no setor de saúde bucal do CSE Paula Souza.

A metodologia e os passos seguidos no atendimento clínico foram os mesmos preconizados pelo Projeto Inovação descritos no item 2.3. O atendimento acontecia semanalmente, no período vespertino.

4.2.4.3 Forma de registro das etapas 01 e 02

Para registro das informações colhidas durante a primeira fase da investigação – nas etapas 01 e 02 –, foram confeccionados diários de pesquisa, onde os participantes do estudo – pesquisadora, preceptores e estagiários – tentaram produzir uma metáfora da realidade em que estiveram imersos durante o estudo (Hess, 2006), imprimindo reflexões, fatos, angústias, inquietações, etc, por meio das narrativas do cotidiano.

Segundo Lourau (1993), no diário de pesquisa, o pesquisador narra seu contexto histórico-social, implicado com e na pesquisa, refletindo sobre e com sua atividade de diarista. Ele acredita que o diário reflete o processo de pesquisar como um meio de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir em uma pesquisa, evitando ilusões e fantasias que fogem a realidade. A restituição escrita proporciona uma

²⁵ O termo experimental refere-se à experimentação da clínica ampliada de odontologia, nas UBS. Os procedimentos cirúrgicos-restauradores foram desenvolvidos levando em consideração o estado atual da ciência, seguindo os protocolos vigentes.

reflexão própria do escrever, ocasionando a desnaturalização da neutralidade do pesquisador (Lourau, 1993).

Os diários são registros sistemáticos dos acontecimentos do campo, com descrições, trechos de falas, impressões e sentimentos. Eles devem ser lidos e relidos durante o desenvolvimento da pesquisa para que outras interpretações ganhem espaço e questões antigas sejam aprofundadas (Dalmolim et al., 2002).

Além disso, os estagiários e os preceptores foram entrevistados de modo a facilitar que construíssem uma narrativa sobre o seu percurso no projeto de pesquisa. “A pessoa, ao narrar, narra-se e, ao fazê-lo, ressignifica experiências, vivências, aprendizagens, dando-lhes novo significado” (Frison; Simão, 2011, p.198).

[...] de um ponto de vista mais formal, a narrativa se caracteriza: pela ordenação sequencial de ações e eventos; pela configuração de personagens e cenários em que essas ações e eventos são agenciados, colocando em causa a sua relação com os contextos diegéticos (espaços narrativamente estruturados ou internos à narrativa); pelo enredamento desses elementos em histórias (que conformam um todo ou um universo temporal diegético). Porém, mais do que uma mera descrição sequencial de ações e eventos, entendemos que a narrativa consiste em uma forma de estabelecimento do sentido de ser-no-mundo, na medida em que situa os eventos e ações em “dramas” instituídos na ordem temporal do vivido. Nesse sentido, as narrativas são modos de elaboração da experiência social. Isso ocorre não somente nas narrativas autobiográficas ou em primeira pessoa, mas também nas narrativas que descrevem situações vivenciadas por personagens que não representam o narrador (Castellanos, 2014, p. 1071).

Os pesquisadores solicitaram aos participantes que imaginassem ou ilustrassem uma série de acontecimentos de forma a descrever a experiência que tiveram com o tema de estudo com a finalidade de compreender os sentidos dados por eles à experiência vivida (Stulhiller; Thorsen, 1997).

Foi utilizado o seguinte disparador:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em ‘fazer’ uma experiência isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, ‘fazer’ aqui significa: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e nos submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiência, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (Heidegger).

No caso dos preceptores, utilizou-se, ainda um roteiro com questões norteadoras (Apêndice A).

4.2.5 Coleta de dados

A primeira fase ocorreu entre maio de 2013 e novembro de 2015.

Para iniciar os trabalhos no CSE Paula Souza, foi realizada uma reunião de pactuação com a gerência. A partir dessa reunião, a pesquisadora contatou pessoalmente os profissionais dos diversos setores e agendou os períodos de observação dela e de um dos estagiários.

No atendimento clínico, os estagiários permaneceram por períodos específicos. Eles foram convidados a integrar a proposta e selecionados de acordo com o perfil e a disponibilidade de tempo.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2014 e setembro de 2015 e, com os sujeitos estagiários, foram conduzidas por uma pesquisadora que não acompanhou as atividades clínicas com o intuito de evitar vieses de pesquisa. Elas foram gravadas e transcritas.

4.3 Segunda Fase

4.3.1 Participantes do estudo

Participaram dessa etapa do estudo 21 alunos de graduação em odontologia, 03 profissionais e 03 gestores de serviços básicos de saúde que recebem alunos de graduação, totalizando 27 participantes do estudo.

Os participantes foram organizados em grupos conforme o quadro a seguir (Quadro 4.2):

Grupo	Descrição
A	Alunos de graduação em odontologia
P	Profissionais de serviços de saúde que recebem alunos de graduação
G	Gestores de serviços de saúde que recebem alunos de graduação

Quadro 4.2: Divisão dos participantes da segunda fase da pesquisa por grupos

4.3.2 Técnica e instrumentos para coleta de dados

Grupo A

Para conduzir a coleta de dados com os estudantes elegeu-se a técnica do grupo focal, cuja essência consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, com o objetivo de gerar dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.

Uma das maiores vantagens apontadas para a utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados é a possibilidade de inter-relação entre os participantes dessa atividade. Isso permite que cada um e o grupo como um todo forme e defina sua posição quanto à temática proposta, a partir do intercâmbio de percepções e argumentos (Fernandez; Sacardo, 2008).

Os grupos focais podem revelar dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas pelas técnicas mais tradicionais de coleta de dados, como valores culturais ou normas do grupo, sendo particularmente adequados para o estudo de atitudes e experiências (Britten, 2006).

No intuito de propiciar a visibilidade das interações grupais, não se busca nesse tipo de abordagem, uma fala única e consensual. O que se procura é exatamente a cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados. O grupo permite, ainda, o aprofundamento das influências recíprocas entre os falantes, ou seja, a flexibilidade das opiniões. Além do conteúdo do que se debate, a dinâmica do grupo focal permite inferir o tipo de relações que existe entre seus participantes (Deslandes, 2010).

No sentido de viabilizar a condução dos grupos focais foram construídos roteiros orientadores (Apendice B) para permitir um debate entusiasmado e participativo e promover condições de aprofundamento. Os roteiros foram montados com base nos dados levantados pela pesquisa intitulada “Modalidades de ensinar e aprender: estratégias extramurais e à distância no curso de odontologia” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP), sob o número 36/11.

Esse trabalho, que foi realizado por um grupo de pesquisa do qual a aluna vinculada a esse projeto faz parte, utilizou uma abordagem quantitativa para revelar os tipos de atividades extramurais que os alunos frequentaram durante a graduação – ligadas ou não às disciplinas obrigatórias – bem como as dificuldades para realizar essas atividades e se elas geraram algum tipo de contribuição para a formação deles. Do total de 715 alunos matriculados no curso de odontologia no ano em que a coleta de dados foi realizada (2012), 400 alunos participaram do estudo.

Utilizou-se, ainda, os achados da pesquisa de avaliação do PET-Saúde USP Capital (Fonsêca; Junqueira, 2014a; 2014b) para confecção dos roteiros orientadores.

Foram desenvolvidos três grupos focais, no mês de outubro de 2014, com a participação de 05, 08 e 08 alunos, respectivamente, em cada um dos grupos.

Como disparador da discussão, foi utilizado o seguinte verso:

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma do nosso corpo, esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos (Fernando Pessoa).

Todas as conversas foram gravadas com auxílio de câmera filmadora, notebook e tablet utilizados em conjunto com o intuito de gerar um produto com boa qualidade que permitisse a transcrição com facilidade e sem grandes perdas.

Grupo P

Três profissionais de saúde, vinculados à serviços distintos – um Centro de Apoio Psicossocial e duas UBS com ESF – que recebem alunos de graduação, foram convidados a refletir sobre seu cotidiano de trabalho com a presença de alunos das diferentes áreas da saúde, ligados à disciplinas de graduação, à programas de extensão universitária, à residência em saúde e/ou ao PET-Saúde. Para condução das entrevistas, utilizou-se um roteiro orientador (Apêndice A).

Grupo G

Para coletar os dados com os gestores de saúde, foram feitas entrevistas estruturadas individuais, com auxílio de um roteiro (Apendice C). Essa é uma técnica privilegiada de coleta de informações, que oferece a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo, 2010b).

Optou-se por entrevistas individuais para esse grupo devido às dificuldades existentes para a promoção de encontros em grupo. Três gestores foram entrevistados.

Essa etapa foi desenvolvida em conjunto com a pesquisa “Integração ensino-serviço na formação em odontologia: capacidade física e humana dos serviços do SUS para a prática pedagógica”.

4.3.3 Coleta de dados

Os participantes dessa fase foram convidados para participar do estudo via e-mail, telefone, redes sociais e/ou contato pessoal. Após o aceite, foi definido um local e uma data para realização dos grupos focais e das entrevistas. Os dados foram coletados entre outubro de 2014 e outubro de 2015.

4.4 Análise e interpretação dos dados

Na modalidade de pesquisa qualitativa, todos os fenômenos possuem o mesmo grau de importância e preciosidade: a constância das manifestações e sua

ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio. Interpretar os significados manifestos e desvelar os ocultos são atos indispensáveis para permitir que se descreva, analise e interprete a experiência do sujeito da forma mais aproximada da realidade vivida (Minayo, 2010b).

Considera-se que a análise do material qualitativo é iniciada quando a coleta de dados começa e continua em um processo constante de 'ida e vinda' ao material gerado (Streubert; Carpenter, 2002, p. 32).

Os investigadores qualitativos necessitam ouvir cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados. O ciclo natural de questionamento e verificação é um aspecto importante da colheita e análise de dados. Para além da análise que ocorre ao longo do estudo, ocorre um período posterior de imersão, no final da colheita de dados. Durante esse período de vivência em comum com os dados, os investigadores questionam todas as conclusões prévias, de forma a esclarecer o que descobriram no contexto todo. Geralmente, este período de análise de dados consome uma quantidade considerável de tempo. Os investigadores passarão semanas ou meses com os dados, dependendo da sua quantidade (Streubert; Carpenter, 2002, p. 32).

Os dados gerados pelos diários de pesquisa e pelas entrevistas (individuais e nos grupos focais) foram analisados com base na Hermenêutica-Dialética, unindo os conceitos de Gadamer (1998) e Habermas (1987), e as possibilidades de junção das duas abordagens apresentadas por Minayo (2013).

A hermenêutica e a dialética não devem ser reduzidas a uma teoria, simploriamente falando, de tratamento de dados. Como a junção desses dois elementos – hermenêutica e dialética – possibilita uma reflexão que se fundamenta na *práxis*, há a possibilidade de conduzir um processo que seja, ao mesmo tempo, compreensivo e crítico de análise da realidade social (Minayo, 2013).

Uma análise hermenêutico-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica as ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (Minayo, 2013, p. 101).

O material derivado das diversas técnicas de coleta utilizadas foi tratado pela triangulação de dados. A combinação de dados é útil para confirmar e assegurar a

integridade dos dados, além de enriquecer o produto final (Streubert; Carpenter, 2002).

A validade dos métodos qualitativos é imensamente aperfeiçoada pelo uso de mais de uma técnica em combinação pelo pesquisador (Koch; Harrington, 1998). Assim, sempre que possível, deve-se utilizar uma triangulação de métodos, ou seja, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de aproximação (Minayo, 2010b).

O quadro 4.3 ilustra sinteticamente o desenho do estudo.

<u>Primeira fase</u>			
	Cenário do estudo	Participantes	Forma de registro
Etapa 01: <u>Observação participante</u>	CSE Paula Souza	Pesquisadora, 02 preceptores e	Diários de pesquisa
Etapa 02: Clínica ampliada de saúde bucal		03 estagiários de odontologia	Entrevistas individuais
<u>Segunda Fase</u>			
	Participantes	Forma de registro	
	21 alunos de odontologia	03 grupos focais	
	03 profissionais dos serviços de saúde	03 entrevistas individuais	
	03 gestores de saúde	03 entrevistas individuais	
<u>Análise dos dados</u>			
Hermenêutica-Dialética e Triangulação			

Quadro 4.3: Ilustração sintética do desenho do estudo

4.5O Doutorado Sanduíche e a busca de um modelo inspirador

Entre os meses de fevereiro e julho de 2015, a pesquisadora foi contemplada com uma bolsa de Doutorado Sanduíche (processo nº 99999.009886/2014-01), desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, Portugal.

A intenção era conhecer a organização dos ECS do curso de enfermagem que são realizados nos serviços de saúde da cidade de Évora.

Com esse propósito, a pesquisadora participou de reuniões de estágios – que envolvia o docente, o preceptor e os estagiários –, teve acesso à documentação que organiza os ECS e foi inserida em um dos Centros de Saúde onde o estágio era

desenvolvido, realizando observação participante e registrando as impressões no diário de pesquisa. Foi possível, ainda, entrevistar uma das alunas estagiárias com o intuito de compreender melhor a dinâmica dos estágios, utilizando um roteiro orientador (Apêndice D).

A organização dos ECS da Escola de Enfermagem da Universidade de Évora encontra-se descrita no item Resultados mas, optou-se por não proceder à uma análise aprofundada do material já que a intenção era usar o modelo como fonte de inspiração.

4.6 Questões éticas

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOU SP, sendo aprovado por meio do parecer 428.731 de 18/10/2013 (Anexo A) e apreciado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora, aprovado para desenvolvimento por meio do parecer 15006 (Anexo B).

Para elaboração da proposta de pesquisa, foram atendidos os princípios éticos que constam na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS (Brasil, 2012).

Os riscos foram mínimos e relacionados às expressões de opiniões durante as entrevistas individuais e/ou em grupo e durante a elaboração dos diários. Havia risco de constrangimento, medo ao expor ideias, não empatia entre as pesquisadoras e os participantes e receio de posterior identificação.

A coleta de dados foi realizada após o esclarecimento aos participantes da proposta de estudo e da obtenção do consentimento, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C, D, E e F).

A diretoria do Paula Souza, após tomar conhecimento da proposta de pesquisa, autorizou a entrada e permanência da pesquisadora na unidade (Apêndice G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse tópico foi organizado em cinco capítulos, seguindo as fases de desenvolvimento do estudo.

No primeiro, revela-se as percepções de estudantes de odontologia, preceptores e gestores de saúde do município de São Paulo, oferecendo subsídios para pensar um modelo de ECS que seja significativo para esses três grupos.

O capítulo 2 destina-se a explanação das características pedagógicas do Projeto Inovação, sob a ótica dos estagiários, dos preceptores e da pesquisadora, revelando possibilidades para inserção dos estudantes de odontologia no desenvolvimento de uma clínica ampliada de saúde bucal.

Já o capítulo 3 analisa as disciplinas de Ensino Clínico em Enfermagem da Universidade de Évora, Portugal, trazendo elementos que ampliam a compreensão da formação pela experiência e extrapola as fronteiras disciplinares e institucionais.

O capítulo 4 delinea, baseado em todos os dados que foram revelados e discutidos na tese, norteia os caminhos para a organização do modelo de ECS para os cursos de graduação em odontologia.

Por fim, no último capítulo – um adendo à esse estudo – desvela-se o percurso da pesquisadora como aprendiz pela experiência durante o desenvolvimento da pesquisa, apontando rumos para aprofundar a discussão da formação na pós-graduação.

Para facilitar a leitura e a compreensão pelo leitor, os capítulos serão apresentados em sessões independentes a partir da página seguinte. Alguns temas foram coincidentes mas, devido à origem diversificada dos dados – já que cada sessão comporta um grupo diferenciado de sujeitos de pesquisa – optou-se por mantê-los sempre que emergiram.

5.1 Capítulo 1

Faces e disfarces da formação em Odontologia: a odontologia 'in vitro' e as metamorfoses oriundas da experiencição da realidade

*“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no
mundo que nós nos fazemos”.
Paulo Freire*

Esse capítulo desvela o olhar de estudantes de odontologia, trabalhadores e gestores de saúde do município de São Paulo no que diz respeito à inserção dos alunos no cotidiano do trabalho. A interpretação hermenêutico-dialética das narrativas desses sujeitos deixou transparecer as minúcias, as várias nuances, os limites e os benefícios da inserção dos estudantes nos serviços de saúde.

5.1.1 A ótica dos estudantes de odontologia

Apesar de existir uma quantidade significativa de estudos e relatos de experiência sobre os ECS de odontologia na APS (Cavalcanti, 2008; Werneck et al., 2010; Alves et al., 2012; Lima et al., 2013), ainda há escassez de estudos qualitativos, referentes à formação em odontologia, que revelem a visão dos estudantes sobre as vivências nos cenários reais (Daher et al., 2012; Leme et al., 2015). A importância desse tipo de abordagem reside na crença de que a narrativa do aluno é reveladora de significados e aspectos que, muitas vezes, não podem ser incluídos nos instrumentos objetivos como os questionários estruturados (Leme et al., 2015).

5.1.1.1 Descortinando a intimidade das clínicas de ensino: a odontologia 'in vitro' e suas limitações

Um acontecimento comum nos três grupos focais desenvolvidos com alunos de graduação em odontologia foi o desejo manifesto e espontâneo dos estudantes

de falar sobre o atendimento clínico realizado na Faculdade, mesmo sem que houvesse uma pergunta direta a respeito dele. Infere-se, a partir disso, o quanto a clínica marca a formação desses estudantes e o quanto ela assume um papel de destaque nesse processo, tornando-se uma forte referência para o futuro desempenho profissional.

Um estudo em que os sujeitos foram graduandos de odontologia evidenciou que as atividades clínicas²⁶ ocupam a centralidade dos interesses da maioria deles, mesmo que já exista o reconhecimento da importância dos conceitos da saúde coletiva para a prática profissional (Noro; Torquato, 2010). Os autores atribuem isso à grande oferta de disciplinas clínicas nos currículos de odontologia. Em convergência, outro trabalho mostrou que o perfil profissional de cirurgiões-dentistas, vinculados à ESF é voltado para o desenvolvimento de procedimentos clínicos, como uma consequência da formação e da organização dos serviços, ambos procedimento-centrados (Araújo; Dimenstein, 2006).

Os graduandos em odontologia são fortemente estimulados – pelo curso e pela sociedade – a adotarem posturas ligadas ao tecnicismo, sendo influenciados, mesmo que indiretamente, a preferirem atividades relacionadas aos processos de cura com o uso de tecnologias duras (Badan et al., 2010). Na visão dos estudantes, o bom cirurgião-dentista é o profissional que possui conhecimentos técnicos e se mantém atualizado nessa esfera (Sanchez et al., 2008).

Além disso, acredita-se que a valorização do desenvolvimento da clínica odontológica fechada nas faculdades de odontologia é ainda uma marca da concepção flexneriana de formação em que o conhecimento técnico compartimentalizado, de base biologicista e entendimento uni causal das doenças são prioridades a serem ensinadas (Araújo; Zilbovicius, 2008).

Assim, volve-se relevante descortinar e trazer para discussão os fazeres, as crenças e as intencionalidades do que ocorre no interior das clínicas das faculdades de odontologia, ambiente de experiencição do que deveria ser o mundo real para os graduandos em odontologia.

²⁶ No mesmo trabalho, os autores afirmam que clínica e saúde coletiva não são campos opostos e que o grande desafio para os cursos de odontologia é a formação de profissionais de saúde que enxerguem a clínica como o espaço de abordagem das doenças tanto em sua dimensão biológica quanto numa perspectiva ampliada (Noro; Torquato, 2010).

A instituição que foi cenário dessa fase do estudo vem implementando uma nova estrutura curricular com o objetivo de aproximar a formação dos cirurgiões-dentistas da proposta feita pelas DCN. As mudanças ocorreram – ou deveriam ocorrer – no âmbito das disciplinas, tanto nas abordagens teóricas quanto nas práticas. No entanto, a narrativa dos alunos sobre suas experiências nas clínicas da Faculdade revela os impasses ainda encontrados para favorecer a formação humanística, reflexiva e ética desses profissionais.

Para os estudantes, o objeto de atuação das clínicas não é o paciente em sua integralidade e sim, os elementos dentários vistos de modo desvinculado da complexidade da pessoa que os carrega.

“[...] infelizmente, quando a gente vai fazer uma restauração, a professora fala: ‘olha, faz a restauração do elemento 36 em amálgama’. Ela não tá dando um paciente pra você, ela tá dando um elemento, ‘vai e restaura’ [...] é tudo elemento não é o humano ali, o paciente, ou uma pessoa com todos aqueles outros problemas de saúde” (Grupo focal – 01).

“[...] É bem assim mesmo: ‘trata aquele dente, naquele quadrante, ponto[...]’” (Grupo focal – 01).

É notória a existência de uma odontologia 'in vitro', ou seja, o ensino de uma odontologia despida de realidade, elaborada de acordo com a conveniência e necessidades das disciplinas – necessidades essas baseadas quase que restritamente em procedimentos técnicos – de modo fragmentado, fechado, sem espaço para a entrada das inúmeras variáveis que acompanham o sujeito em sua complexidade psíquica, biológica e social. Por ser tão cerrada, também não permite o ingresso do novo, do inesperado. A clínica aparece configurada como um espaço de reprodução dos procedimentos laboratoriais nos elementos dentários que trazem com eles um sujeito não tão merecedor de importância.

A despeito de que o currículo odontológico tenda a incorporar novas perspectivas pedagógicas e a formar um profissional mais comprometido com as demandas sociais, o núcleo 'duro' da graduação odontológica mantém-se intocado e por dentro dele funciona o 'currículo oculto' que tende a contrapor-se, ideologicamente, ao Sistema Único de Saúde e à Reforma Sanitária, porque mantém o centramento dentário da formação do dentista, com ênfase no adestramento técnico e no consumo tecnológico, e a um só tempo faz o proselitismo do consultório particular [...]. Resulta, desse modo, muito fragmentada a formação do aluno, pois à fragmentação das disciplinas e áreas do conhecimento junta-se à impossibilidade – por pressão dos departamentos 'clínicos' – de que saúde coletiva possa conduzir processos pedagógicos integrais, devendo antes registrar-se aos aspectos 'sociais' que lhe seriam inerentes [...]. Assim, torna-se tarefa complicada colocar o aluno diante da possibilidade da produção do cuidado íntegro em saúde bucal (Botazzo, 2013, p. 268).

O discurso odontológico não engloba a fisiologia bucal e, por esse motivo, aparecem ressaltados os componentes mecânicos da sua prática – os dentes – de onde provém a ênfase nas técnicas e no adestramento da mão (Botazzo, 2006).

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

Tal achado contrapõe-se à integralidade, entendida como o cuidado à pessoas, grupos e coletividades que percebe o sujeito como ser histórico, social e político, imbricado e articulado com seu meio familiar e com a sociedade à qual pertence (Machado et al., 2007). A integralidade pode dotar-se da potência necessária para superar a modelagem de serviços e do próprio ensino centrado em procedimentos, vertente onde o usuário é visto como “saco de órgãos”, o que ocasiona o enfretamento dos eventos de saúde apenas pela esfera biológica (Pinheiro; Ceccim, 2011).

A formação em odontologia, como em outros cursos da área da saúde, organiza-se na dimensão do corpo morto, dividido em disciplinas como anatomia, histologia e fisiologia, eximido de subjetividade e afetos (Ceccim; Carvalho, 2011). Como consequência, o centramento dentário permanece em uma posição de destaque nos currículos das escolas de odontologia, o que ocasiona a substituição do sujeito pelo elemento dentário (Botazzo, 2013).

Os manequins utilizados no laboratório são substituídos por modelos com constituições teciduais reais vistos, entretanto, sob a mesma lógica da intervenção laboratorial. Os discursos a seguir trazem exemplos do quanto as clínicas das Faculdades de odontologia tornam-se não resolutivas e distantes da realidade ao valorizar procedimentos em detrimento do paciente na sua complexidade e integralidade.

“É, ele é um fantochinho nosso, né. Vai praqui, depois vai pra lá, aí volta pra cá e não resolve nada pro paciente. Eu fico [sinais de indignação], porque é tanto aluno, é muito aluno” (Grupo focal – 01).

“Os pacientes são antigos. Alguns são muito antigos aqui. Tem paciente desde 2008 e aí o cara chega e quer ensinar o que eu vou fazer, sabe tudo,

manja tudo e eu viro pra esse cara que já tem um prontuário desse tamanho [gesto com os dedos mostrando a largura do prontuário] e eu perguntando: 'endereço'” (Grupo focal – 01).

“Eu tava atendendo uma paciente na dentística direta, né, daí agora a gente foi pra dentística indireta só que a gente ainda tava fazendo um pouco de clínica direta, né. Daí, eu tava com uma paciente e a gente já ia terminar. Tinha mais umas duas coisas pra fazer e aí acabaram mandando ela pro noturno. Aí, ela me ligou, perguntou porque e aí eu falei: 'ah, não sei porque te mudaram pro noturno', né, mas eu sei que agora que ela tá no noturno, eu tenho um paciente novo. Tanto que na sexta-feira, na outra sexta-feira, paciente novo sempre gera algum problema, falta, não sei o quê e eu acabei ficando sem paciente. Daí, ela me ligou ontem, tal, querendo saber. Na sexta-feira, foi uma loucura, a gente tava pegando técnico, acompanhante pra saber se queria atendimento e eu fiquei sem paciente e ela falou que foi pro noturno só que ela chegou lá, e ela: 'ah, mas eles vão começar tudo de novo, voltaram a fazer todas as perguntas e vai fazer toda a coisa de novo, tudo de novo, sendo que a gente já tava acabando'. Eu falei: é, realmente, a gente tinha mais, tipo, duas restauraçõezinhas, acabamento e polimento. E ela falou assim: 'daí, vou fazer tudo de novo e agora eu não vou poder ficar de noite porque teve um problema lá pra ela e ela queria voltar de dia'. Só que falaram que pra ela voltar de dia, ela vai ter que entrar na lista de espera de novo [...]. De repente fazer alguma coisa que já tá feito, né, não sei. Quando você tá começando, você: 'ah, tem que ficar tudo lindo, maravilhoso, então vamo tirar aqui e vamo fazer tudo de novo'. Nem precisa, entendeu? Vamo mudar, vamo evoluir o tratamento. Aí a pessoa fica na dentística cinco anos trocando restauração de amálgama de um ano e colocando no outro ano de novo. Ela tava desesperada, tadinha. Eu fiquei com muita dó dela” (Grupo focal – 01).

“É, a minha paciente da perio, ela reclamou porque nisso que a professora começa a falar: 'troca de paciente', a gente já tinha terminado o periograma dela e uma restauração dela, era uma resina vestibular mas, ela tá na perio, de ionômero e quebrou. Ela já tá aqui há muito tempo, ela falou, nisso de tá aqui há muito tempo, ela tá perdendo todos os dentes porque fez todo o tratamento de perio, aí, quando tiver bom, aí pode liberar pra dentística, aí vai ficar na dentística 1 fazendo, mas tem uns que precisam de dentística 2, aí, quando já tiver tudo bom pra [dentística] 1 que já demorou, sei lá, quatro semestres, ela vai pra [dentística] 2, daí, lá eles fazem um só e manda de volta pra 1 e aí já caiu alguma coisa e aí ela me falou: 'mas, de novo? Eu vou perder todos os dentes desse jeito'” (Grupo focal – 01).

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

“A minha paciente da dentística agora, ela tá vindo da dentística restauradora 2 porque ela fez endo e depois fez o núcleo lá. É, do 46. Só que pra fazer o ajuste oclusal, acabou machucando o 16 que já tinha uma restauração de amálgama que era MOD²⁷ e só tem a parede vestibular porque já tá com cárie. Vai dá indireto só que ela já tá vindo da indireta então eu vou ter que fazer toda a adequação da direta e mandar de novo pra indireta porque aquilo ali, se mexer, vai dá endo. Então, o paciente fica nessa cadeia que vai dá...” (Grupo focal – 01).

“Cê vê que é muita burocracia. Eu tava com um paciente daí, ele tinha que fazer uma extração, só que ele tinha ainda alguns dentes que tavam com

²⁷ Mésio-ocluso-distal.

perio, que precisava fazer tratamento de perio mas aí eu falei pra ele: 'então, eu vou ter que encaminhar o senhor'. E eu sei que até ele chegar na perio, aqueles dentes vão cair, não vai ter jeito. E aí você fica com o coração super apertado, querendo ajudar uma pessoas mas, você não pode fazer nada porque você vai ter que passar ele pra uma lista de espera de não sei quanto tempo e você sabe que semana que vem vai faltar paciente pra você de novo aí, você poderia chamar mas, não pode, porque tem toda uma lista de espera" (Grupo focal – 01).

O incômodo dos alunos com relação às clínicas da Faculdade apareceu diversas vezes nas narrativas. O fragmento a seguir exemplifica isso:

"Então, quanto eu tive contato aqui na Faculdade, que as coisas são um pouco diferentes e, dividida por disciplina, eu fiquei meio chocada. Eu fiquei por muitos anos muito incomodada e eu não sabia o que era. Eu não sabia o que tanto me incomodava, que eu não tava satisfeita com a Faculdade. Apesar de eu amar a profissão, eu não sabia porque que eu me incomodava tanto. E hoje, refletindo, eu acho que isso teve muito a ver porque lá, era um contato humano, era você conversar, como profissional, mas você conversar com o seu paciente e querer saber mais dele, querer saber mais do que a boca dele, né, porque eles tinham outros problemas. Então, a odontologia pra mim começou assim, foi o caminho inverso. Eu comecei as clínicas da Faculdade e: 'cara, que coisa estranha', né, porque que aqui é assim? Eu achava, até hoje eu ainda me incomodo [...]" (Grupo focal – 01).

O discurso acima é de uma aluna que trabalhou, antes de iniciar a graduação em odontologia, em um hospital como Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). No processo de trabalho partilhado com cirurgiões-dentistas que cuidavam de pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia, ela conheceu uma abordagem que colocava o sujeito paciente no centro do cuidado, com uma visão voltada para a integralidade do doente, sendo o cuidado em saúde bucal apenas parte da abordagem que incluía outros profissionais de saúde. Disso decorre o descontentamento e a insatisfação com a abordagem 'dento-centrada' e 'restauradora' feita pelas clínicas da Faculdade.

A inconformidade e o descontentamento com o trabalho desenvolvido nas clínicas da Faculdade aparecem em outros discursos. Existe um conflito entre a identidade pessoal de alguns estudantes, aliado à consequente representação profissional da odontologia, e a organização das clínicas que eles vivenciam.

"[...] e isso, na minha história de vida que sempre quis medicina, foi um choque, assim, quando eu me deparei com essa realidade da odontologia de chegar e falar: 'não, cê vai fazer um amálgama, cê vai fazer uma endo' mas, é tudo elemento não é o humano ali, o paciente, ou uma pessoa com todos aqueles outros problemas de saúde" (Grupo focal – 01).

"E até o estranho, eu achei assim, é, esses dias a gente tava fazendo uma triagem das pessoas que vão fazer cirurgia, né, e aí a gente conversa

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

Antes de ocuparem a posição de estudantes de odontologia, esses alunos – como todos os seres humanos – detêm a capacidade de escutar, se sensibilizar, às vezes, se identificar com a história de vida e se motivar à solucionar os problemas colocados pelos pacientes. Torna-se evidente que essa competência não é aprimorada durante o curso o que prejudica a atuação ampliada no futuro, capaz de contribuir com a resolução dos problemas de saúde da população que será assistida por eles.

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

"E, às vezes, ele tá queixando de uma dor, alguma coisa, e é uma simples conversa que ele tá precisando. Aí, a gente conversa e: 'ah, não tinha nada', radiografia, às vezes, e não tem nada" (Grupo focal – 01).

"[...] um atendimento mais humano, de um atendimento melhor, tem que saber ouvir [...]"(Grupo focal – 01).

"[...] Eu acho que a gente perde muito nisso, nessa parte, porque se a gente cria esse vínculo com o paciente, nossa, eu acho que o tratamento flui muito melhor. O paciente confia em você, ele vai mais tranquilo, não falta à consulta" (Grupo focal – 01).

Se é esse aluno que encontramos nos cursos de graduação em odontologia, com essa vivência, com essa sensibilidade para escutar e convicto que pode atuar para além da boca, por que o perfil encontrado nos serviços, muitas vezes, é tão diferente disso? A resposta encontra-se, parcialmente, no processo de formação. A

clínica da odontologia 'in vitro' estorva qualquer anseio de ampliar a escuta e a percepção do processo saúde-doença porque nela o indispensável é a produtividade em termos de procedimentos dentários e a excelência técnica.

Os graduandos deixam claro em suas falas que não conseguem escutar os paciente de forma ampliada porque estão presos aos protocolos, às fichas de anamnese das disciplinas e às cobranças feitas pelos docentes.

“Ontem até, eu tive uma experiência que me deixou bem incomodada que foi da anamnese. Na pediatria, eles tem uma anamnese, gente, eu não sei, deve ter uma 20 páginas. É uma coisa absurda, assim, porque, lógico, a anamnese é uma coisa muito importante mas, é isso, é você conversar com o paciente, né, não é você ficar perguntando. Gente, são umas letras, assim, minúsculas. Vocês já fizeram pediatria? São umas letras minúsculas, assim, aí tem umas opções sim ou não, sim ou não. A minha dupla, ela ficou uma hora e meia fazendo, perguntando cada tópico da anamnese. Aí, tava me incomodando porque a criança já tava desesperada ali, eu já não sabia mais o que fazer, já tinha mostrado tudo, nossa, já tinha feito tudo. E a criança começou a ficar inquieta, a criança querendo subir e a minha dupla lá perguntando coisa, coisa. Ai meu Deus, é muito importante isso mas, esse tipo de abordagem, eu acho que esse tipo de abordagem da anamnese, não dá. Não dá, não tem...era um bolo de folhas. Não tem o menor cabimento. Eu acho que a gente pode conversar com o paciente, descobrir, falar sobre os problemas dele, tudo, sem precisar ser essa chatice porque se ficar sempre nesse sim ou não, cê também acaba não conversando com o paciente, né, cê ficar sim e não, sim e não, pronto, acabou. Cê não precisa absolutamente nada, cê não sabe mais o que você tá perguntando, o que você tá lendo, é uma coisa..., eu fiquei incomodada” (Grupo focal – 01).

O trabalho em saúde é determinado por conhecimentos técnicos, protocolares, disciplinares e dependentes de saberes formais que prescrevem os modos ditos corretos de atuar. Na verdade, assume a posição de um trabalho capturado pelo gerenciamento, protocolização, corporativização ou pelas racionalidades em que se inscreve ou onde se desdobra (Ceccim; Merhy, 2009) e isso é reproduzido pelas clínicas das faculdades de odontologia.

Dizemos, portanto, que uma ordem profissional ou as condições de trabalho realizam a captura do profissional, que não age e nem pensa por si mesmo, atua como refém de políticas da atenção (modelos assistenciais), tal como vigentes em sua corporação profissional ou nos sistemas e serviços de saúde (Ceccim; Merhy, 2009, p. 532).

A conversa orientada por fichas que visam 'enquadrar' os pacientes em determinadas características perde o sentido, tornando-se apenas uma tarefa a ser cumprida de forma maquinal e automática. O encontro terapêutico é empobrecido e reduzido, ao passo que as informações não são ressignificadas – nem pelos alunos

e nem pelo paciente – e, na maioria dos casos, elas nem emergem no que seria o diálogo clínico.

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

Segue-se o modelo hegemônico, profissional-centrado, em que o ‘outro’ é reduzido à um caso passível de ser enfrentado pela aplicação de tecnologias duras ou leve-duras, protocoladas, das quais o profissional – nesse caso, o estudante, sob orientação docente – aporta o saber e o poder. Deveria buscar-se a vivência da atenção ao ‘outro’, de modo singular e centralizado, reduzindo a importância de fatores externos ao encontro como técnica, rotina, protocolo, profissão, instituição ou razão, gerando a compreensão da produção de saúde e não da prestação de assistência (Ceccim; Merhy, 2009).

O modo como as clínicas da Faculdade estão organizadas faz com que o aluno direcione o seu tempo a uma série de atividades como ordenar o material clínico e fazer a biossegurança do box, dentre outras, o que diminui o contato com os pacientes e, conseqüentemente, a possibilidade de uma abordagem ampliada no encontro terapêutico.

“[...] realmente, em algumas disciplinas não tem como, em perío, assim, a clínica só abre 06:30h e eles já agendam paciente 06:30h, então, a gente entra e começa a arrumar todo o equipo a partir das 06:30h, então a gente só vai conseguir pegar o primeiro paciente umas 07:00h, é, então a gente já perdeu meia hora, aí, quando, o próximo paciente, porque aí atende dois por dupla, já tá agendado para 08:30h, então assim, já deu uma hora e pouquinho e aí, quando dá 08:10h a professora começa a gritar no corredor ‘troca de paciente, troca de paciente’. E o coitado olha pra gente assim e fala: ‘já acabou?’. Às vezes, cê não terminou nem o periograma e diz: ‘ah, cê volta na próxima semana’” (Grupo focal – 01).

“A gente tem um tempo pra atender o paciente e, naquele tempo, tem que fazer anamnese, tem que fazer tudo e, nesses dias, a gente tava com um paciente, né, e ele falava bastante e a gente tava ouvindo, conversando. Aí, o professor chamou a gente do lado e disse: ‘para de conversar, cê tem que fazer as coisas, já era pra tá pronto, não era pra ficar... [gesto apontando para o relógio]’. ‘Professor, a gente tá fazendo uma anamnese’. ‘Não, tem que atender, essa parte de anamnese é rápida, tem que fazer, três e meia vocês têm outro paciente, então...’. É o tempo, né, tipo, cê tem que fazer isso, então cê não tem que saber história, por que ele tá aqui, ‘atende! Faz

o que tem que fazer, o atendimento'. Isso eu sinto muito, assim, porque a gente ficaria a tarde inteira falando com ele, conversando. Cê via que ele queria contar do 'ah, eu tenho problema na coluna mas, eu fiz cirurgia'. Ele tava querendo contar. E, no fim, a gente teve que cortar, não deixou mais ele falar nada, começou a atender" (Grupo focal – 01).

A postura do docente – também determinada e moldada pela odontologia 'in vitro' – desconstrói até o mínimo vestígio de sensibilidade para ouvir que o aluno possa demonstrar. A preocupação do professor é garantir que seu aprendiz tenha a oportunidade de executar a técnica, com espaço para corrigi-la e aperfeiçoá-la. Nota-se que há uma inversão de valores e que o procedimento técnico vai assumindo cada vez mais importância no processo formativo do aluno. Aos poucos, ele vai abandonando a identidade pessoal inicial e assumindo o perfil do especialista, que detém a excelência técnica e que é, assim, considerado um profissional de destaque.

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

Há, ainda, o grupo dos pacientes, cujo objetivo destoa completamente em relação aos outros dois grupos. Eles desejam ter seus problemas bucais solucionados. No entanto, como o objetivo das disciplinas é divergente em relação aos anseios dos pacientes, eles acabam sendo classificados de modo a responder às necessidades dos componentes curriculares em termos de procedimentos técnicos para o adestramento manual dos alunos. Apesar de aceitarem a abordagem feita pelas clínicas, por vezes, os pacientes se mostram insatisfeitos e transferem essa insatisfação para os alunos, já que estabelecem um convívio mais próximo com eles.

Estudos que avaliaram a satisfação dos pacientes atendidos em clínicas odontológicas de faculdades de odontologia evidenciam que o usuário se mostra satisfeito com a abordagem clínica quando encontra no estudante características como habilidades técnicas, cognitivas e psicomotoras, de modo articulado à dimensão afetiva que envolve demonstração de implicação, receptividade, preocupação com o outro, etc. Além disso, a satisfação está ligada ao menor tempo de espera por atendimento e à maior resolubilidade (Robles et al., 2008; Pompeu et al., 2012). Como já demonstrado, a centralidade técnica impede esse tipo de abordagem.

O professor, na maioria das vezes, enxerga o paciente como um dente, um espécime a ser experimentado pelo aluno. Já o aluno, enxerga o paciente como uma pessoa e é sensibilizado, despertado para outras questões que não os problemas dentários. Percebe-se, assim, a origem dos conflitos, das contradições e da insatisfação dos sujeitos das clínicas da Faculdade estudada.

Ao chegar à essa conclusão, não se pretende culpabilizar o professor pelo tipo de formação oferecida. Apesar da grande influencia que ele exerce nessa conjuntura, sabe-se que ele é fruto de um processo histórico-social que marca a própria origem da odontologia.

A representação de um bom professor na odontologia é a de um bom especialista. Além disso, a maioria dos processos seletivos para docentes prioriza experiências relacionadas à pesquisa em detrimento da vivência no magistério ou da formação pedagógica, o que explica a predominância desse perfil nos cursos de graduação em odontologia. Os docentes precisam internalizar que o ato de ensinar não se reduz à aplicação de técnicas e, menos ainda, à reprodução mecânica de conhecimentos e práticas mas, refere-se à um compartilhamento criativo, sensível e afetivo que permite a construção de conhecimentos pelos alunos e por eles próprios (Masetto, 2003; Reis et al., 2013).

Assim, a formação dos docentes de odontologia também necessita ser repensada. Os programas de pós-graduação *stricto sensu* devem ser reorientados com vistas à formação de professores críticos e reflexivos, afinados com a técnica odontológica mas, também com a sociedade, com as políticas públicas, com o cuidado em saúde e, por fim, com formação pedagógica adequada para o desempenho de duas funções (Carvalho et al., 2010).

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

5.1.1.2 As metamorfoses advindas da experiência do mundo real e a construção de competências

Os alunos listaram uma série de atividades que aconteceram ou acontecem fora dos muros da Faculdade, das quais eles tiveram a oportunidade de participar. Dentre elas: atividades extramuros ligadas às disciplinas do Departamento de Odontologia Social, PET-Saúde Vigilância, PET-Saúde da Família, Projeto de pesquisa desenvolvido em UBS, vivência em âmbito hospitalar e em consultório particular, Iniciação Científica, projetos sociais, e outros.

Os discursos reforçam a tese de que para se formar o cirurgião-dentista capaz de trabalhar de modo a responder às necessidades de saúde bucal da população é imprescindível extrapolar as fronteiras da odontologia 'in vitro'. A experiência do mundo real proporciona o rompimento de pré-conceitos e amplia a compreensão da própria profissão.

“Eu acho que, por exemplo, a partir dos projetos sociais, a gente pode quebrar muitos pré-conceitos e até dos extra-muros também e...conhecer novas, novos conceitos, novas pessoas, aí, a gente vai sair um pouco dos nossos caminhos que a gente tá acostumado e...eu acho isso” (Grupo focal – 01).

O autor da fala acima valoriza o fato de conhecer novas pessoas e novos conceitos, além de acreditar que isso o levaria a um caminho distinto daqueles que ele já trilhou. A fala revela o desejo implícito de experienciar o diferente, a abertura do aluno para a novidade e a crença de que isso trará resultados positivos para a formação. Outros trabalhos corroboram com esse achado e revelam a valorização da experiência de cenários reais por parte dos estudantes (Noro; Torquato, 2010; Bulgarelli et al., 2014; Leme et al., 2015).

O aluno fala sobre o rompimento pré-conceitos. Quais seriam esses conceitos formados *a priori* passíveis de serem modificados pela experiência do mundo real? Podem ser vários mas, sem dúvida, parte deles está relacionada ao SUS. Aproximando-se das UBS por meio das visitas organizadas pelas disciplinas do Departamento de Odontologia Social da Faculdade, o estudante desconstrói a imagem midiática do Sistema, substituindo-a por uma imagem mais próxima da realidade.

De forma semelhante, estudos mostram que a aproximação com a realidade, mediada pelo PET-Saúde, transforma conceitos criados *a priori* em conhecimentos reais (Frossard et al., 2011; Oliveira; Coelho, 2011; Souza-Neto et al., 2011; Fonsêca; Junqueira, 2014a; 2014b). Em consonância, a análise de um ECS mostrou que os estudantes se surpreendem ao perceber que os serviços de saúde – ao contrário da visão caótica e desorganizada que eles possuíam – são funcionais, organizados e conseguem responder às necessidades da comunidade, além de dispor de material e equipamentos de boa qualidade (Santa-Rosa et al., 2007; Arantes et al., 2009). Essas ideias pré-concebidas sobre o SUS podem gerar angústias no sujeito em formação mas, ao longo do estágio, o sentimento é revertido em satisfação (Bulgarelli et al., 2014).

Ao sair da Faculdade, o aluno tem a oportunidade de olhar para outras vertentes, outras características das pessoas que facilitam o entendimento do processo saúde-doença. Como se encontra implícito nos fragmentos abaixo, fora da Faculdade é que o aluno encontra o sujeito em sua completude. Rompe-se a lógica de enxergar o elemento dentário com determinada necessidade para firmar o entendimento da complexidade da pessoa inserida em seu contexto familiar e social. O tratamento odontológico e até mesmo os achados bucais assumem outro sentido.

“É, eu acho que, tipo, saindo um pouco da Faculdade, a gente acaba saindo desse mundo da Faculdade que é uma coisa que tá tudo sempre muito certo, muito bonitinho, as pessoas já vem totalmente triadas, você já viu como ela é e, quando a gente sai, a gente acaba vendo meio que o geral, né, das pessoas também em relação à casa, né...porque às vezes, a gente fica fazendo anamnese, perguntando o bairro, quantas pessoas moram com ela mas, a gente não tem noção do que quando a gente vai ver mesmo, né, como é a situação. Aí, a gente consegue pensar um pouco mais amplamente, né, saindo um pouco do que é só de dentro da Faculdade. Eu acho bacana!” (Grupo focal – 01).

“Acho que tudo se complementa, assim, vai acrescentando na sua visão de como fazer odontologia, no caso” (Grupo focal – 02).

Experiências como essas promovem o desvelamento da realidade social e podem contribuir para o entendimento da saúde e da doença como processos sociais (Sanchez et al., 2008; Leme et al., 2015).

Em dependência do espaço onde acontece a experiencição, surgem outras descobertas como a abordagem diferenciada voltada para pacientes também diferenciados.

“Eu acho que uma das oportunidades mais legais que eu pude ter foi vivenciar o dia-a-dia de atendimento de pacientes especiais do HC²⁸. Foi, todas as vezes que eu ia lá, eu aprendia uma coisa nova que, assim, aqui na Faculdade, nós temos o CAPE²⁹ só que lá é diferente, assim, você consegue ver pacientes com doenças mais raras e você vê a integração, sabe? Da odontologia com a medicina mesmo. E, toda vez que eu vinha de lá, eu aprendia uma coisa nova. Das experiências que eu tive, foi a que eu mais aproveitei, assim” (Grupo focal – 02).

A realidade abre espaço para o imprevisto, o não planejado e obriga a tomar decisões. Muitas vezes, o ambiente protegido da Faculdade impede esse tipo de situação e isso, por sua vez, não permite que o estudante seja colocado numa posição de responsabilidade em relação ao cuidado que está oferecendo, transferindo a resolução da questão à outra pessoa sempre que estiver em uma situação imprevista. Esse tipo de prática impossibilita o exercício da reflexão, primordial para a construção do conhecimento e o desenvolvimento da competência ‘tomar decisões’.

Segundo às DCN, a competência ‘tomar decisões’ visa preparar o profissional para “avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas” (Brasil, 2002, p. 1). Nesse quesito, as falas dos estudantes descortinam o quanto a imprevisibilidade, dinamicidade e complexidade da realidade é capaz de auxiliá-los no desenvolvimento dessa competência. A experientiação da realidade induz à ‘saber agir’, à ir além do prescrito, tomar decisões, arriscar, negociar, inovar em situações não vividas anteriormente, ou seja, que não tenham seu resultado conhecido (Le Boterf, 2003).

Para tomar decisões coerentes, é necessário ‘saber mobilizar’ saberes e conhecimentos em um contexto profissional, o que quer dizer que é preciso saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos (Le Boterf, 2003).

“Tem uma coisa também que eu acho que traz muito, extramuros, estágio, essas coisas, que a gente aprende muito teórico só que, às vezes, a gente foi em um Projeto Social, né, e quebrou o autoclave. Quê que a gente faz? Então, nisso, a gente aprende muito a lidar. Na teoria é assim, mas...,improvisa, faz o que dá, aprende a lidar, faz de outro jeito. Isso a gente só vai ter na prática. Então, eu acho que isso é muito importante, extramuros, tudo que a gente faz, assim, fora da Faculdade, da gente aprender esse jogo e a lidar lá na hora porque na hora que a gente sair daqui vai ser assim, não vai ser assim com o professor: ‘ah, perai, deu errado, eu conserto’. Se quebrar, chama o técnico que conserta ou pega do outro. Não vai ser assim. Eu acho que isso, na vida profissional, é o que mais a gente vai enfrentar, assim, essa tomada de decisão no dia-a-dia, na hora, aconteceu isso mas, na teoria, e agora o que eu faço? Vai ter que

²⁸ Hospital das Clínicas.

²⁹ Centro de Atendimento à Pacientes Especiais.

improvisar. E só assim mesmo, lidando, indo, fazendo que a gente vai saber mesmo” (Grupo focal – 01).

“Eu acho que é mais [...] de complementar, de você se sentir mais seguro pra poder resolver mais problemas que poderia não encontrar no decorrer da Faculdade” (Grupo focal – 02).

“E, às vezes, na clínica até, já aconteceu comigo de, quando a gente tem um problema, o professor pega e faz pra você, cê vê de longe, assim, mas, não sei, eu não me lembro como foi a resolução dos casos-problemas que eu tive, assim, porque, de trabalho mesmo, acho que foi na dentística II, o professor fez pra mim, pegou e fez, assim. Não sei mais como é que faz. Vou ter que tentar tudo de novo porque o professor pega e faz, então, nem isso, nem pra eu poder me virar eu não podia. O professor sentou, simplesmente, e fez” (Grupo focal – 01).

Diferente do contexto da Faculdade – onde o professor assume as dificuldades – no mundo real, é o aluno que busca a resolução dos problemas, ocupando o centro do processo de aprendizagem. “A busca da dificuldade é uma ocasião para aprender: ela pode até garantir um ‘lucro a partir da situação’, que diminuirá a permutabilidade e que será negociável” (Le Boterf, 2003, p. 52).

A competência ‘Atenção à saúde’ é entendida como uma das mais complexas, uma vez que é responsável por preparar o aluno para o trabalho em saúde, o que implica a construção de uma série de competências em conjunto. Foi notória a importância dada à competência técnica, sobretudo durante a condução do grupo focal 02, em que os alunos atribuíram a importância das atividades extramurais à possibilidade de atuação técnica ou à chance de ter um maior contato com ela, em termos de diversidade e quantidade.

“[...] É, alguns projetos sociais [...]. Eu achei legal, principalmente, a parte prática, assim, de você atender o paciente. Lá, você tem condições mais simples, que você tem que se virar pra atender. [...]” (Grupo focal – 02).

“[...] Então, por exemplo, no Construindo Sorrisos, às vezes, eu atendia crianças e eu não tinha ainda, sabe? E isso foi legal! E eu também auxiliei, uma época, em consultório e isso foi bastante legal porque na época eu não tinha endo e aí eu vi coisas de endo e aí depois que eu aprendi a endo mesmo, eu já conseguia ter noção melhor do que ficar tão perdida na clínica e isso foi legal” (Grupo focal – 02).

“[...] Então, além disso, em clínica também. Não que eu estagiei, eu tenho auxiliado alguns procedimentos pelo meu namorado ser dentista. Isso também acaba refletindo na minha prática clínica aqui na Faculdade. É bom aprender uma coisa nova ou, ou, o professor tá dando uma aula teórica e você começa a relacionar: ‘ah, por isso que ele começou o procedimento assim’ e eu estava ansiosa pra que começasse dessa forma, né. Então, acho que acaba refletindo e, assim, é cômodo sim a gente ficar somente aqui graduação, seria cômodo mas, eu conseguir relacionar isso foi muito vantajoso pra mim, pra minha formação [...]” (Grupo focal – 02).

Esse imaginário é coerente com a organização do curso de odontologia que, como revelado no tópico 6.1.1, estrutura-se na 'odontotécnica' inerente à odontologia 'in vitro'. Outros estudos evidenciam o quanto a oportunidade de conhecer e aperfeiçoar as habilidades técnicas, em conjunto com outros profissionais experientes e em local externo à IES, marca a formação dos graduandos em odontologia (Mascarenhas et al., 2007; Santa-Rosa et al., 2007; Leme et al., 2015).

Admite-se que o adestramento manual pelo treinamento em serviço das técnicas aprendidas na Faculdade não deve ser o principal objetivo de atividades extramurais mas, a possibilidade de realizá-las em um ambiente que não seja o da odontologia 'in vitro' também auxilia na formação do futuro profissional (Leme et al., 2015).

De modo diferente, os estudantes que compuseram o grupo focal 01, levantaram a pertinência de 'aprender a ouvir' – propiciado pelas ações desenvolvidas fora dos muros das IES – sinalizando a compreensão de 'Atenção à saúde' ampliada.

"[...] mas, acho que por a gente ter essa visão de fora da Faculdade, a gente acaba se abrindo um pouco mais para o paciente, eles têm essa..., eles sentem mais à vontade de se abrir pra gente e foi muito engraçado, aí quando a gente foi se despedir dele, né, foi encaminhar ele e tudo mais, nossa, ele quase chorou. Ele ficou muito emocionando e ele falou: 'nossa, obrigada, por me ouvir!'. Aí eu falei: 'não, mas a gente tá aqui pra te ouvir!'" (Grupo focal – 01).

"E eu acho que esses estágios extracurriculares que a gente faz vem de encontro a essa busca de um atendimento mais humano, de um atendimento melhor, tem que saber ouvir porque, realmente, em algumas disciplinas não tem como" (Grupo focal – 01).

"As duas aulas que a gente teve de propedêutica, eu gostei muito porque é você e o paciente. Não tem o professor. Você não tem que dá um diagnóstico, né, a gente só tava fazendo uma triagem pra cirurgia. Então, foi uma clínica em que você tem bastante oportunidade de conversar com o paciente e foi nessas duas clínicas, que a gente teve os pacientes, eles super agradeceram. Até, ontem a última senhorinha falou: 'nossa, é engraçado, quando a gente é bem tratado, a gente até estranha, vocês são tão educados'. E eu falei: 'não, mas eu estou aqui pra te ouvir, né?' E outro senhor também, em outra semana, eu fiquei toda emocionada, assim, com o jeito que ele falou porque ele: 'nossa, mas vocês me ouvem, obrigada por me ouvir', não sei o quê e eu: 'não, mas, eu estou aqui pra te ouvir, pode falar'. Foi uma clínica que eu gostei muito, que eu gostei bastante. Não fica aquela coisa de, vai vai, libera o paciente, qual o diagnóstico dele, qual vai ser o tratamento dele. Como ele já vem com alguma queixa de dor, cê já sabe mais ou menos que dente vai ter que extrair, cê tira radiografia, cê tem oportunidade de conversar com ele. É muito legal!" (Grupo focal – 01).

O último fragmento traz muitos elementos para a discussão dos quais se destaca o impacto causado no aluno a partir do contato com o paciente em sua integralidade, sendo que a possibilidade de ouvi-lo livremente, sem objetivos tão rígidos definidos *a priori*, gera satisfação e motivação para cuidar dos sujeitos de uma forma diferente daquela que é praticada nas clínicas da Faculdade.

No trabalho de Santa-Rosa et al. (2007), o exercício do diálogo e da escuta foi, na visão dos estudantes, um dos maiores ganhos da experiência nos serviços de saúde já que essa oportunidade não é comum nas atividades intramuros.

Chama atenção o trecho: “Não tem o professor”, após a afirmação de que gostou muito da atividade. Evidencia-se o quanto a presença do professor pode ser inibitória ou coercitiva, ao invés de facilitar o processo de aprendizagem.

Ao sentir-se autônomo e responsável pelo paciente, sem a presença do professor, os estudantes parecem descortinar a realidade vivida em períodos anteriores da graduação (Santa-Rosa et al., 2007), em que os docentes, muitas vezes, assumem uma postura autoritária e soberba de repassador de conhecimentos aos que nada sabem.

A competência ‘comunicação’ aparece, nos discursos, muito atrelada ao ‘saber ouvir’ – já considerado na esfera da competência ‘atenção à saúde’ – e à desmistificação da comunicação com o paciente na clínica.

“[...] Foi importante pra mim o processo de humanização, de eu consegui falar melhor com as pessoas, visitar as clínicas, isso foi muito importante pra mim” (Grupo focal – 01).

“Eu aprendi a falar melhor” (Grupo focal – 01).

Um dos estudantes revelou a influencia das atividades extramuros para o desenvolvimento da competência ‘liderança’.

“[...] tudo foi uma experiência que mudou o meu comportamento. Eu comecei a ver situações de uma outra maneira. Meu espírito de liderança melhorou. E, até a odontologia ela mudou” (Grupo focal – 01).

As DCN concebem o desenvolvimento da liderança como fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe, requerendo compromisso, responsabilidade, empatia e habilidade para tomada de decisões coerentes com as demandas da comunidade (Brasil, 2002).

Com relação à 'administração e gerenciamento', revela-se as dificuldades das IES no sentido de trabalhar essas competências, principalmente, quando se pensa na esfera pública.

“É...eu fiz um pequeno tempo de estágio no PET-vigilância que é bem legal, no centro de controle de doenças. Então, tem toda aquela visão estratégica do estado, né, se surgir uma doença meio rara, uma doença que tá dando uma epidemia, uma pessoa que foi viajar pra aquele país, voltou, tem que ficar monitorando, tem a visão estratégica e tinha algumas aulas de SUS lá com um professor que é da área da administração, uma visão um pouco diferente e que eu acho que é legal também” (Grupo focal – 02).

“E outra porque a gente trabalhou com gestão que é uma coisa que, mesmo aqui na Faculdade, a gente tem muito pouco e, quando tem, é voltada à gestão de um consultório ou...não à uma gestão pública, uma Unidade, assim...E aí foi, foi muito legal. E aí levou depois pra congresso e a gente apresentou em alguns congressos esse trabalho. Mas, foi uma experiência muito rica pra mim. Eu acabei ficando, depois, dentro das sociais e não saí mais, [risos] não fui embora, e não pretendo sair” (Grupo focal – 01).

Ceccim e Feuerwerker (2004) frisaram a imprescindibilidade de integrar a gestão nos processos de ensino em cenários reais de práticas, o que permite “que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde se incorporem ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 43).

Os alunos também reportam a importância de experienciar o mundo real para ampliar as possibilidades de atuação dentro da própria profissão. Apesar do atual contexto da saúde bucal no Brasil, das DCN e da reforma curricular da instituição analisada, é notório que a formação ainda é voltada para as necessidades do mercado privado. Esse direcionamento restringe a possibilidade dos alunos conhecerem outros espaços para a atuação futura.

“E eu acho que a Faculdade enfoca pensando nisso, também, né, um pouco, com se a gente fosse se formar e montar consultório, não sei” (Grupo focal – 03).

“E aí acaba...esse pessoal que já formou, porque eu entrei em uma turma, eu fiz intercambio e a turma original já formou, a maioria foi pra consultório porque aqui a gente aprende a trabalhar em consultório. A gente aprende mais essa visão de, até a gestão, a disciplina de gestão, é gestão de consultório, é isso. E quem não vai abrir consultório? Que vai fazer outra coisa? É legal saber mas, a gente fica meio, ai meu, olha, é muito voltado assim, e não é. A odontologia é tão grande e as pessoas acabam não descobrindo porque, realmente, nem sabe que existe isso, se existe ou não existe [...]” (Grupo focal – 01).

“Eu que, assim, não é que modifica o caminho antigo, sabe? Mas, às vezes, não sei, com o que a gente ficou, por exemplo, eu entrei aqui achando que eu ia ser bucomaxilo e quando eu vi a odontologia eu pensava assim: ‘nossa, o buco faz isso, faz aquilo’. Mas, conforme, tanto com os estágios, quanto com as VDs³⁰ lá no PET, aí, vai modelando você, sabe? Logicamente, que tem que ter habilidade. Então, essas experiências fazem com que a gente veja com o quê que a gente tem mais afinidade, o quê que a gente quer mesmo e ajuda até o final da graduação, sabe? Então, acredito que é um choque. Quando você não faz algo assim que ajude você a decidir, às vezes, você vai com o foco errado e tal e você pode se decepcionar, largar, às vezes, a própria profissão por não ter atingido a sua meta [...]” (Grupo focal – 02).

“Mas, acredito que foi por causa dessa falta de oportunidade de ver outras coisas, outras experiências e que eu, aqui na odontologia, eu tive todas...todas não, ainda posso ter várias experiências mas, experiências diversas que me ajudaram a falar: ‘realmente, eu tenho afinidade com determinada coisa’. Então, tive em projetos sociais, né, tive a UBS, tive clínicas particulares e a pesquisa, tudo mais, isso eu acho que me ajudou a falar: ‘olha, quanto campo que eu tenho’. Te abre um leque. E se não der certo em alguma coisa, tenta outra. Você também conseguiu. Eu acho que seria isso” (Grupo focal – 02).

“Eu acho que, pro aluno de graduação, acho que é muito importante. Quanto mais áreas a gente ver, mais estágios...porque, às vezes, só na Faculdade, a gente não tem muita noção de como é lá fora. Aqui é tudo muito técnico, né, muito certinho mas, na hora que a gente sai, é outra coisa. Então, eu acho que isso é muito importante que a gente tenha uma noção mais da realidade e que, também, vendo mais práticas a gente consegue mais ou menos se direcionar ou dizer ‘gosto mais disso, me encaixo mais nessa área’. Eu acho que isso é muito importante, mesmo, na parte de graduação, conhecer um pouco de tudo mesmo porque aí, a gente vai tendo uma noção de como que vai ser, né. As habilidades que a gente gosta ou o que quer seguir” (Grupo focal – 01).

“Eu acho que é uma questão de perfil também. Você trabalhar num hospital é uma coisa, você trabalhar na UBS é outra coisa, você trabalhar num consultório particular, numa clínica popular é tudo, tudo muito diferente. Você tem que ver com o que você se identifica pra quando sair daqui, mais ou menos, tendo uma noção do que você vai fazer porque são muitas possibilidades e aqui, se você fica só aqui, você fica bitolado, você fica alienado do mundo, né. É preocupante isso também” (Grupo focal – 01).

“Não conhecia quase nada. Então aí, quando eu entro, lógico, o pessoal das ligas ajudaram muito a descobrir um outro mundo, outra realidade da odontologia. O que eu conhecia era, assim, uma clínica básica, uma clínica particular de odontologia, achava que aquele era o mundo da odontologia mas, não, extrapola e muito isso. E, aí, o PET, quando eu entrei, abriu um leque ainda maior. Eu falei... aí, eu me deparei com a gestão, deparei com a gestão pública, me deparei com Unidade Básica e toda uma, outra realidade, então, acabei me apaixonando. Nunca imaginei que eu gostaria disso ou que eu iria por esse caminho mas, acabei me apaixonando” (Grupo focal – 01).

“É, então, quando eu me deparei com o PET logo no início da Faculdade, acabou me dando um norte aqui dentro, tipo, que não era só isso dessas clínicas que a gente tem aqui, tem um outro caminho e esse caminho a

³⁰ Visitas Domiciliares.

gente consegue buscar e trilhar dentro dessa Faculdade, no extra-curricular, na Iniciação Científica, nos projetos, no PET. Então, acabou mostrando muito mais da odontologia, me fazendo me apaixonar pela odontologia, mostrar porque eu estou aqui mesmo [risos]" (Grupo focal – 01).

No entanto, alguns alunos não conseguem extrapolar o olhar técnico. Mesmo quando se referem às ações desenvolvidas fora das unidades curriculares, como estágios ou outras atividades, eles se mantêm presos ao procedimento e à especialidade dentária. Particularmente, esse acontecimento foi verificado nos dois grupos focais em que predominavam alunos do curso noturno.

"Eu acho que a gente sai pra ver coisas que não são dadas também, né. Antigamente, a gente não tinha a disciplina de perio cirúrgica, né, a gente aprendia a fazer tratamento periodontal só. Passei um ano acompanhando na especialização e daí, agora, eles colocaram a disciplina de perio cirúrgica e foi muito boa, pra minha turma, pelo menos, ajudou bastante. A gente viu bastante coisa, botou a mão na massa e ajudou muito. Então, eu acho que, assim, a gente sai um pouquinho pra ver o que não tem aqui" (Grupo focal – 03).

Em toda sua fala, o autor do discurso acima, valoriza a aprendizagem da técnica periodontal sem fazer qualquer menção ao cuidado do paciente. Para ele, uma lacuna foi preenchida, já que nas disciplinas ele não havia tido a oportunidade de praticar as técnicas de cirurgia periodontal, fato que o faz valorizar a atividade extra disciplinar da qual participou.

Ressalta-se o dizer 'botou a mão na massa' como um importante analisador nesse processo, no sentido de revelar o perfil profissional que é buscado pelos formandos. Há forte valorização das oportunidades que permitem praticar a técnica e reproduzir os procedimentos dentários.

Em contraposição aos outros discursos que foram mostrados até aqui, esse aluno valoriza a técnica em detrimento da integralidade do cuidado. Na verdade, ele parece desconhecer qualquer tipo de abordagem mais ampliada em saúde bucal. Para ele, a prática odontológica é, de fato, odontológica – etimologicamente falando. O trecho é apenas um exemplo de uma crença que se repetiu nos dois últimos grupos focais realizados.

Fazendo a ligação dessa inferência com os tipos de atividades das quais os alunos participaram, percebe-se que nesses dois grupos, a maioria deles experienciaram estratégias que, apesar de serem desenvolvidas fora dos componentes curriculares, aconteciam no interior da Faculdade, ou seja, segue-se a lógica da odontologia 'in vitro'.

As marcas do modelo biomédico transparecem com veemência nesse discurso. Situação semelhante aparece no estudo de Santa-Rosa et al. (2007), em que os estudantes, apesar de conseguirem estabelecer relações entre saúde, doença e os determinantes sociais que as condicionam, em alguns momentos, reafirmaram a unicausalidade na determinação da condição bucal.

Mas, o mesmo aluno, no fim do grupo fez uma fala diferente, completamente oposta à primeira colocação. O discurso foi o seguinte:

“É...eu acho que é uma coisa um pouco complexa isso porque, assim, a odontologia se fechou um pouco no próprio mundo desde sempre. Tanto que todo mundo fala que a gente construiu um castelo em cima da montanha e não desce nunca, né, em um certo ponto eles estão certos porque a gente costuma ver o paciente só como uma boca e, na verdade, ele é um indivíduo complexo e não é só o indivíduo mas, também, se insere no mundo de uma forma complexa e a gente tem que analisar como um todo. No estágio do PET, eu vi como o dentista pode auxiliar os outros, as outras profissões a entenderem esse paciente e como as outras profissões ajudam a gente também, sabe? Eu vi como que você estimula uma senhora que tem depressão a fazer um artesanato pra fazer ela mais feliz, mais receptiva e até aberta a um tratamento mais longo, mais demorado. Então, por exemplo, um tratamento periodontal que você precisa da colaboração do paciente, se você não consegue estimular porque acha que a pessoa é depressiva, acha que vai perder todos os dentes, estimula ela a fazer outras coisas, sabe, e a gente não costuma pensar nisso, nesse ponto de vista. Eu só penso assim porque eu vi isso na prática mas, é uma coisa muito complexa e eu acho que, nesse ponto, a gente poderia amadurecer um pouquinho também” (Grupo focal – 03).

Ele consegue perceber – e atribui isso à experiência adquirida com a participação no PET-Saúde – que, como aluno de odontologia, ‘costuma ver o paciente de maneira restrita à uma boca’ e que essa abordagem não é a ideal já que também afirma que o paciente ‘é um indivíduo complexo’ e que ‘se insere no mundo de uma forma complexa’ reforçando, ainda, a necessidade de ‘o analisar como um todo’. Não parece que os discursos foram construídos pela mesma pessoa! Claramente, há um conflito.

Tenta-se, aqui, elaborar algumas possíveis explicações para essa contradição. Para o estudante, as duas abordagens – clínica da Faculdade e UBS – podem significar atuações tão distintas que o faz pensar em duas odontologias imiscíveis, o que se faz lá (na UBS) é tão diferente que se torna difícil agir dessa forma no cotidiano das clínicas da Faculdade. Por conta disso, ele diz: ‘a gente não costuma pensar nisso’.

Apesar de afirmar que os pacientes são complexos e não se restringem à boca, ele acaba levando essa reflexão de volta para uma atuação restrita aos

dentes, ao afirmar que o entendimento da vida do paciente e da forma ampliada de abordá-lo seria útil para motivá-lo a manter-se no tratamento periodontal e a cuidar melhor dos dentes.

No final do discurso, ele deixa explícito que falta maturidade para essa compreensão ampliada: '[...] é uma coisa muito complexa e eu acho que, nesse ponto, a gente poderia amadurecer um pouquinho também' e aqui se encontra a origem de toda a contradição verificada nos dois discursos. Ele experienciou abordagens ampliadas no serviço de APS onde esteve inserido, ouviu dos próprios profissionais a explicação para que esse tipo de prática seja desenvolvida, bem como sua importância e efetividade mas, não consegue extrapolar a questão técnica tão fortemente presente nas suas experiências dentro das clínicas da Faculdade, ou seja, não houve uma assimilação em completude do que foi experienciado, apesar do fato ter tocado o aluno e tê-lo despertado para prestar atenção em outras questões relacionadas ao paciente.

Caminhando na direção inversa, algumas disciplinas alocadas no Departamento de Odontologia Social da instituição analisada têm se mobilizando para estreitar o contato dos alunos com a realidade. Esses componentes curriculares organizam visitas supervisionadas que permitem que os alunos conheçam o território e às UBS, sempre articulando às visitas ao conteúdo teórico trabalhado em sala de aula. Os alunos fizeram algumas colocações sobre essas atividades.

"[...] Mas, eu avalio super bem" (Grupo focal – 01).

"Olha, eu acho, agora com a [disciplina] saúde coletiva, eu acho que tá sendo muito uma troca porque a gente só sabia os textos, mas não sabia como funcionava o SUS, a gente conhecia o nome mas, não sabia se funcionava, se não funcionava e, com o convívio, a gente foi lá, visitou o território, conheceu, conheceu o quê que as agentes fazem, é, como que funciona a UBS, o sistema, tudo e isso foi muito bom, sabe? Foi uma troca. A última visita que eu fui, foi um projeto social com as crianças. A gente fez atividade educativa, ensinou a escovar, deu os quites e eles também trouxeram pra gente um ensinamento, de certa forma, sabe? Eu acho que é sempre uma troca" (Grupo focal – 01).

"Bom, mesmo não sendo fora da graduação, eu acho que as disciplinas de sociais, por levar os alunos pra UBS, são importantes. Eu fui usuário de UBS quando eu era menorzinho, né, e depois eu acabei não indo tanto. Eu já tinha esquecido como é que era, né, cê entende como funciona os modelos aqui do Butantã, o próprio Embu, que tem Estratégia Saúde da Família, entender como funciona, conhecer a figura do Agente Comunitário de Saúde. Essa parte é bem legal. Cê vê, vê acontecendo, né, não fica só estudando como é que é na teoria, no papel só [...]" (Grupo focal – 02).

“Ah, contato fora assim, eu tive nas disciplinas [...] assim, foi muito legal. Gostei pra caramba! Eu achei que a gente, depois, trabalhou o projeto de um jeito bem legal, assim. [...] foi legal, muito proveitoso” (Grupo focal – 02).

“O ponto positivo que pega é que a gente começa a ter uma noção de como é que é uma UBS. Quando foi a visita na UBS, eu nunca tinha entrado numa UBS. Eu entrei lá, ela explicou tudo, como as pessoas são atendidas e é diferente de ver uma aula, um exemplo de UBS disso, é um exemplo prático, você, você fica curioso, você fica olhando tudo, quer ver todos os materiais que tem lá, como é que eles fazem, qual é a rotina deles, quantos pacientes tem, quantos pacientes são especiais, quantos são de cada caso” (Grupo focal – 02).

“Uma coisa que eu achava legal da disciplina, é que a primeira coisa que a gente fazia, quando a gente fazia o extra-muro, não era entrar na UBS, na verdade, era o reconhecimento do território. Então, a gente conhecia as pessoas que tavam lá, fazia perguntas e aí, depois, na segunda visita, a gente via o funcionamento da UBS e o que eles ofereciam pra aquela, pra aquele território e eu acho isso muito legal porque, é, é diferente a gente trabalhar num lugar, de repente, na periferia e num lugar mais classe alta e eu acho que isso é legal, a gente reconhecer o território pra, depois, traçar qual que é o melhor caminho ali. E eu acho que isso foi uma experiência muito boa porque a gente tem que ter essa visão macro pra depois uma visão mais micro” (Grupo focal – 02).

“Eu acho que uma vantagem do pessoal, assim, da nossa turma agora com a parte de sociais, comparando com a dos profissionais que, às vezes, a gente encontra fora é que eles não tiveram essa parte de disciplinas, assim, de ampliar o olhar pro lado humano do paciente, eles só vêm a boca, então, eles não têm, não sei, eles não são tão sensíveis, né, como o pessoal dessa geração agora com essas disciplinas faz com que a gente perceba: ‘olha, que nem a colega falou, não é que nem, sei lá, ele não escova o dente porque ele não, não, às vezes, realmente, sabe, às vezes, a condição econômica dele é totalmente complicada’, enfim, tem vários fatores, né, e eu acho que isso é legal nesse ponto, sabe, da Faculdade tá colocando essas disciplinas pra gente aprender a ver, a humanizar mais o nosso...” (Grupo focal – 02).

“Eu acho assim, eu acho que a primeira, a da disciplina foi legal porque você via a teoria e você ia lá, no meu ano, né, você ia visitar a UBS de um lugar que o professor escolhia, enfim, e aí você conseguia estudar e entender” (Grupo focal – 02).

Para os alunos, os componentes curriculares voltados à saúde coletiva são fundamentais e expressam grande potencial para gerar uma formação condizente com os ideais que eles carregam mas, o fato de serem oferecida no primeiro e no terceiro ano impede um maior aproveitamento por conta da “imaturidade” dos alunos.

“Eu achei muito legal o extramuros, eu gostei muito mas, a gente fez o extramuros, logo no primeiro ano. Eu acho que é uma carga teórica muito legal mas, também, não sei, por uma questão de maturidade da sala que tá conhecendo a Faculdade, se é o melhor momento. Eu não sei porque muitos veteranos que chegam e falam: ‘nossa, cês vão’, com uma criança do primeiro ano [...]. Então, eles já vão desmotivando aquela pessoa que

não teve um conhecimento, uma maturidade que veio com o curso. Então, é muito bom, tem um conceito teórico muito legal. [...] são matérias muito importantes mas, que eu também não sei se a pessoa tem maturidade pra juntar tudo aquilo ali. É igual a bioética. Bioética a pessoa tem ali mas, eu acho que, quando a pessoa entra na clínica, é importante esse reforço lá. Porque, principalmente do nortuno, que a distância entre o primeiro ano e a clínica é muito grande, a gente só entra no terceiro. Então, às vezes, algum conceito ali gente se perdeu” (Grupo focal – 01).

“[...] eu falo também com relação à maturidade da turma, como ele tinha falado, por exemplo, eu conheço gente que tá se formando agora no final do ano que prestou vários concursos, tão prestando e eu pergunto: ‘Como foi o concurso?’ e eles falam: ‘Só cai sociais’. Aí eles falam: ‘dê valor aos extramuros, às aulas teóricas’, então eu acho, realmente, que a disciplina é uma boa disciplina mas, o primeiro ano tá muito cedo [...]. Aí eles falam: ‘a gente voltou a estudar todo o conteúdo, só tá dando valor agora, assim, ‘dê valor a isso porque no concurso só cai isso’” (Grupo focal – 01).

“Eles ainda não sabem a importância daquilo” (Grupo focal – 01).

“É justamente por isso que eu voltei a estudar porque eu estou prestando muitos concursos. E eu acho que a questão da maturidade é essencial. Até porque é uma coisa de difícil compreensão, não é fácil de entender e quando você chega, você não tem, é incompatível. Não dá pra explicar prum aluno de primeiro ano como uma coisa tão complexa funciona e aí quando cê entra, cê entra tão animado, assim, e, mais não bate, eu acho, depois eu fiquei pensando muito nisso, que deveria realmente ser mudado mais pra frente. E é como você falou, de entender a importância disso” (Grupo focal – 01).

“E cada ano, entra gente mais nova, tem gente na minha sala que entrou com 17, então, eu acho bem complicado” (Grupo focal – 01).

“Você não entende a relação. E ainda tem uma realidade de colégio e cursinho. Meu, é perfeito o ICB³¹, ficar lá estudando histo, continua na mesma pegada. [outros concordaram e riram]. Então isso é uma coisa muito boa mesmo, porque é muito complexo e há uma ligação muito forte com a realidade, com a comunidade, com o mundo. Então, não é, é questão de maturidade, de esperar a pessoa crescer e ter uma visão mais ampla de tudo pra poder começar a entender, compreender” (Grupo focal – 01).

“Agora a parte de saúde coletiva, os extramuros, eu acho que a gente tá aproveitando muito mais porque a nossa cabeça já tá um pouco mais madura com relação à essa importância. Como a gente já tá na clínica, a gente já consegue fazer essa correlação do ambiente com o paciente, né, que o paciente não é, é sempre explicado no primeiro ano, a partir do CAPS mas, como a gente não coloca na prática, com o paciente, na clínica, às vezes, a gente não consegue relacionar essas duas coisas. Agora que a gente já tá um pouco maduro em relação a isso, eu acho que a gente aproveitou muito, a partir de saúde coletiva, os extramuros. A gente ouve e a gente consegue compreender aquilo que o paciente tá falando, você consegue levar isso pra sua prática, pra o que pode receitar, o que pode mudar com o tratamento que você dá aqui dentro aos pacientes. Então, eu acho que agora a gente tá aproveitando bem mais. Essa questão da maturidade é muito pegada porque, no primeiro ano, a gente tá: ‘ah, eu quero odonto, eu quero odonto’, quero ver boca, quero fazer alguma coisa,

³¹ Instituto de Ciências Biomédicas.

aí, quando a gente faz alguma coisa fora, vai na UBS, a gente acha que vai falar com o dentista, vai não sei o quê, daí cê chega lá e 'não, vamo conhecer o território, vamos falar com as pessoas, saber quais os problemas que elas acham do território', você fica com aquela do tipo: 'ai, que saco!'" (Grupo focal – 01).

"E também de clínica porque vai ser um choque pra pessoa tendo todas as clínicas nesse formato aqui, aí, chega lá na frente a pessoa mostra uma outra forma: 'não precisa ser isso, pode ser isso' e aí, eu acho que abre, assim, um novo olhar porque, no início mesmo, ele não, mesmo entrando um pouco mais velho, cê ainda não tem a dimensão, a maturidade que pode ver, o quão importante é isso" (Grupo focal – 01).

É perceptível que os alunos iniciam o curso de graduação com uma postura fechada, de estudante de ensino médio ou de cursinho. Estão acostumados com a transmissão de conteúdos de modo desarticulado da realidade e sentem dificuldade para problematizar, relacionar informações e entender a complexidade das questões ligadas à saúde em uma vertente mais social. Muitas vezes, eles não demonstram afinidade ou, até mesmo, interesse por essas questões como se as discussões feitas por essas disciplinas estivessem alheias ou distantes das práticas de saúde bucal. No entanto, justamente por ter convicção a respeito disso, acredita-se que seja interessante estimular os alunos, assim que eles iniciam o curso, no sentido de sensibilizá-los e contribuir com a construção dessa 'maturidade'. Talvez, o problema esteja na não-continuidade disso, já que, na instituição estudada, depois do terceiro ano eles não têm um contato formal com os conteúdos de Saúde Coletiva.

Em consonância, a literatura revela a existência de cursos que privilegiam a inclusão de atividades de integração com os serviços de saúde desde o começo do curso de graduação, com extensão por todo o período de formação (Cavalcanti et al., 2008; Leme et al., 2015).

Apareceram, ainda, nos discursos dos estudantes, empecilhos para organizar as práticas nos serviços, como a dificuldade de deslocamento dos alunos e a incompatibilidade de horário para os alunos matriculados no curso noturno.

"Do noturno ainda tinha, tem um nó, que é o pessoal que trabalha, que tem outras profissões, que depende de pedir uma folga e tal pra fazer o extramuros de manhã e tem a questão do transporte também. A gente teve um sufoco pra conseguir ir até o local e tal porque, no primeiro ano, a gente tinha o quê, tinha três carros na turma, assim, eram 20 pra três carros e ainda no dia um faltou" (Grupo focal – 01).

"E tem gente que não é daqui, né? Onde a gente ia, eu conhecia mas, ninguém mais da turma conhecia e falaram assim: 'se vira, vocês têm que tá lá em tal horário, vocês têm que chegar'. Aí, tinham umas pessoas que ficaram meio bravas, não sei o quê, mas a gente acabava indo. Tem muita gente que é novo, o pai fica meio assim, tem muita gente que entrou novo,

né, 17 anos, aí tem aquela visão: 'ai, você vai num bairro de periferia. Aí, 'ai, mas meu pai, minha mãe'" (Grupo focal – 01).

"Eu acho que essas disciplinas que tentam levar a gente pra fora, pra UBS, pras coisas de fora são válidas mas, eu acho que tem uma desvantagem, um ponto negativo, tipo, pro pessoal do noturno, por exemplo, que não tem como fazer isso no período de aula. Então, sei lá, o pessoal que trabalha tem que ir fora do horário que é da aula. Eu acho que isso é um ponto negativo" (Grupo focal – 02).

A partir dessas colocações, abre-se a discussão sobre os limites que surgem quando se propõe extrapolar a odontologia 'in vitro'. Ao sair do ambiente protegido da Faculdade, muitas variáveis aparecem e precisam ser contornadas para garantir a efetividade das práticas desenvolvidas.

Os alunos do curso noturno, geralmente, possuem outros compromissos durante o dia e, à noite, não há serviços em funcionamento, o que gera o transtorno de eles terem que se organizar para comparecer aos serviços em um horário diferente do seu período de aula. Torna-se difícil garantir que esses alunos participem das atividades. Emergiram algumas sugestões para contornar essa problemática:

"Mas, disso do noturno, eu acho que, talvez, o extramuros pra o noturno, um grupo de idosos ou que tenha alguma coisa a noite porque, assim, quem trabalha tem como fazer, ou o AA³², não sei, alguma coisa com encontros a noite. Outro sonho, assim [risos], eu fico assim imaginando, porque a ideia de levar pra unidade a clínica integrada, se não conseguisse poder ter dentro das sociais, um crédito que seja, de clínica mesmo, quatro créditos de uma clínica da odontologia social. Pode ser, sei lá, uma triagem, ou qualquer coisa assim, talvez alguma coisa até mais simples mas, que, a gente aqui dentro tenha essa visão e essa carga teórica que a gente teve. Pode ser até no final da Faculdade mas, de ter uma outra clínica com outra visão. Assim: 'pode conversar, pode ouvir o seu paciente, não precisa ser só sim e não, sim e não'. É um sonho, assim" (Grupo focal – 01).

"Por exemplo, não sei se seria válido mas, então, com adultos, adultos, acho que pode ser idosos falando sobre prótese, ou pode ser o pessoal do AA, por exemplo, fazendo sobre câncer de boca, enfim" (Grupo focal – 01).

Outra questão relevante está ligada ao deslocamento dos estudantes aos cenários de prática. A disciplina do primeiro ano não dispunha, antes de 2015, de transporte e cada aluno elegia o melhor meio de chegar ao território/serviço onde a atividade seria realizada. Nem todos os territórios/UBS são de fácil acesso, principalmente, se o meio de transporte utilizado for público. Isso acarretava atrasos e, às vezes, faltas o que, consequentemente, gerava desconforto com a UBS. A

³² Alcoólicos Anônimos.

disciplina do terceiro ano, do curso diurno, tem feito uso de um micro-ônibus, cedido pela Faculdade, com capacidade para transportar pouco mais de 20 alunos. A alternativa encontrada foi organizar um sistema de rodízio que vem funcionando bem. O problema é a instabilidade na disponibilidade desse transporte que, a qualquer momento, pode não ser mais cedido. A disciplina do terceiro ano do curso noturno não desenvolve atividades fora da Faculdade.

Muitas vezes, há um estereótipo relacionado aos bairros periféricos onde as atividades, na maioria dos casos, ocorrem. Alguns alunos sentem-se receosos, vulneráveis e até amedrontados com o fato de estar em um local diferente da realidade que eles conhecem ou onde eles vivem. Os pais, por vezes, também se mostram preocupados. Em algumas situações, houve pais acompanhando a visita com o intuito de 'proteger' o filho. Há, ainda, situações de alunos com idade inferior à 18 anos que necessitam de autorização dos responsáveis para participar da atividade.

Para além desses impasses, mudar os atuais paradigmas ligados à formação em odontologia implica em debates institucionais e reformulações curriculares muito mais amplos, um desafio quando se considera o contexto político das academias e a identidade profissional da odontologia (Leme et al., 2015).

A formação mediada pela experiência é complexa e laboriosa, está sujeita a constantes abalos – das mais diferentes origens – além de estranhamentos, sustos e surpresas. Ela necessita de uma rede de agenciamentos entre docentes e discentes que contribui para a sustentação e continuidade de um processo que pode parecer muito mais incerto que a formação tradicional, organizada com base em uma bibliografia pré-definida, com um saber transmitido de maneira vertical e hierárquico e mensurado por um sistema de avaliação quantitativo (Kastrup, 2013).

Acrescenta-se outra questão à laboriosidade da formação pela experiência: a necessidade de pactuar ações com instâncias externas às IES como as secretarias de saúde – estaduais e municipais – e serviços de saúde complexos que, com alguma frequência, não apresentam convergência de interesses com a IES, requerem processos burocráticos para o estabelecimento de parcerias e manifestam instabilidade de vínculos com os cursos de graduação (Kastrup, 2013).

Fica evidente que os alunos reconhecem as práticas desenvolvidas fora da Faculdade como contributivas no sentido de construir novos conhecimentos e

relacioná-los com a teoria trabalhada em sala de aula. O 'experienciar' diverge do 'se informar'. A informação passa a ter sentido através do contato com o mundo real. Um dado relevante emerso das falas é a possibilidade do contato interprofissional durante a experiência do mundo real, seja por intermédio de disciplinas ou por outros meios. A seguir, alguns exemplos:

"Mas, de experiência extracurricular, eu participei do PET no primeiro ano que foi o PET-vigilância. Aí eu fiquei indo lá com o meu preceptor, lá dentro da secretaria de Estado da Saúde e ele tem uma formação totalmente diferente, ele é economista, ele fez mestrado e doutorado voltados para a gestão em saúde. E aí, eu como aluno de primeiro ano, participando ainda de todo o ciclo básico no ICB, chegar lá e ver uma outra realidade porque eu comecei a trabalhar com o pessoal da enfermagem, o nosso trabalho era sobre os cursos da transmissão vertical, da prevenção e transmissão vertical do HIV, então tinha gente da nutrição, gente da enfermagem, da farmácia e eu e um colega da odonto. Então, abriu, assim, um leque muito grande, primeiro porque a gente começou a trabalhar com outros, outras escolas, assim, outra forma de ver, de pensar, principalmente, da enfermagem [...]. Mas, foi uma experiência muito rica pra mim" (Grupo focal – 01).

"Eu tinha lá no INCOR³³, né, porque lá era, realmente, bem integrado, assim e agora no projeto que a gente tá fazendo lá na UBS que é uma outra coisa, uma exceção mas, também de conhecer a unidade, muito legal, outra visão, assim, saber como é um atendimento médico, como é que é um grupo de nutrição é muito legal, é muito enriquecedor e é importantíssimo pra, eu acho que mais que conhecer o que falta é a interação mesmo da odontologia com as outras disciplinas, é, saber, como eu posso falar? Tá junto mesmo, ali na questão da saúde, né, tá junto, vendo paciente como um todo. É isso que falta! Eu tive essa experiência lá no INCOR, eles tinham alguns grupos que a odonto participava e aí eram conversas e tinha nutrição, tinha médico, tinha enfermagem, era um grupo de conversa, eles se encontravam mas, não era uma coisa..., era exceção, assim. Mas, mesmo conhecendo eu ainda acho pouco a relação da odontologia com as outras áreas" (Grupo focal – 01).

"O legal lá da experiência que eu tive na UBS fazendo a visita é que quase todas às vezes, um ou outro profissional, médico..., eu acho que foi mais com médico e com estudante de medicina e eles ficavam ali curiosos pra saber do nosso lado: 'Ai, por que que a odontologia..., cês tão fazendo isso?, o que cês querem?'. Como se a gente nem fosse da saúde, né, mas, tudo bem. Aí um outro médico: 'ah, mas que bom que cês tão aqui, falando nisso, xô te perguntar, quando um paciente assim, assim, assado, não sei o quê, não sei o quê, não sei o que lá, pode fazer tratamento ou não?'. Então, eu acho que eles também são curiosos pra conhecer um pouco a gente mesmo. Na pediatria, foram dois atendimentos e nos dois atendimentos as mães perguntaram de dentes pra pediatra aí a médica: 'ah, que bom, a gente com uma estudante de odonto aqui e ela já pode ajudar vocês. Às vezes, a própria classe se vê um pouco fora disso mas, a gente não pode se deixar fora disso porque tá ali o tempo inteiro. Eu vi o menino, o estudante de medicina me perguntando, depois o médico me perguntando, depois a pediatra me perguntando, caramba, né, o tempo inteiro. Então é

³³ Instituto do Coração.

engraçado porque..., de eles ficarem curiosos também de saber da odontologia” (Grupo focal – 01).

A valorização da vivência interprofissional surpreende ao passo que, nas protegidas clínicas das faculdades, a atuação do aprendiz mantém-se isolada, coerente com a prática privada para a qual a formação é fortemente direcionada (Leme et al., 2015). A reorganização das práticas de saúde bucal na APS, consequente da inserção das Equipes de Saúde Bucal na ESF, impõe a necessidade de um cirurgião-dentista apto a trabalhar em equipe, entendendo essa exigência como a “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (Peduzzi, 2001, p. 108).

A integração deve ser entendida também numa perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiência e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando-se, com isso, a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente de diálogo (Batista, 2013, p. 60).

No trabalho de Santa-Rosa et al. (2007), a interação com outras áreas da saúde foi colocada, pelos estudantes, como uma oportunidade para ampliar e aprofundar conhecimentos e experiências, o que seria capaz de gerar crescimento profissional. Esses estudantes também questionaram a organização curricular, predominantemente, centrada na odontologia, com escassez de momentos de vivência interprofissional, excetuando o estágio analisado.

A importância de incentivar a construção de competências ligadas ao desenvolvimento do trabalho em equipe está presente nas DCN (Brasil, 2002) e em outras legislações, pertinentes à países diferentes, como o documento europeu (Plasschaert et al., 2005).

Nessa linha, conclui-se esse tópico com a seguinte reflexão:

O trabalho em equipes interprofissionais, para que ultrapasse a dimensão moral, asséptica e prescritiva, pede uma experimentação frequente. E para isso é necessário um grande investimento na constituição de equipes e no enfrentamento dos desafios da ação (em) comum (Henz et al., 2013, p. 171).

5.1.2 A ótica dos preceptores

Durante as entrevistas, os preceptores narraram fatos vividos e refletiram sobre seu cotidiano de trabalho com a presença de estudantes de cursos variados, vinculados à IES públicas e privadas, em nível de graduação e residência.

É evidente – e esse fato pode ser considerado uma das limitações desse estudo – que os profissionais que aceitaram contribuir com a pesquisa se identificam com as práticas de docência em serviço. Os três participantes estão vinculados à um Programa de Mestrado Profissional, aspecto que reforça o perfil favorável desses sujeitos às práticas de formação pela experiência em serviço.

Nos discursos que seguem, os trabalhadores entrevistados reforçam essa afinidade:

“Bom, eu gosto muito, né, tanto que por isso que eu fui também estudar, pesquisar a respeito, né [...]. Eu gosto bastante” (Entrevista – preceptor 01).

“[...] a gente se preocupa, acredita na importância” (Entrevista – preceptor 01).

“A gente gostava porque a gente ficava com os alunos, normal, né” (Entrevista – preceptor 03).

“Mas, eu, que nem, eu gosto disso, mesmo que a gente não receba, vindo o benefício ou não, eu gosto. Eu gosto de passar meu conhecimento, eu. Eu gosto de passar, de ajudar, de colocar esse aluno, mesmo quando são alunos mais difíceis, cé ainda vê que conseguiu cutucar ali um pouquinho, sabe? Eu gosto!” (Entrevista – preceptor 02).

No entanto, apesar de estarem afeitos à partilha da rotina com os estudantes nos serviços, os preceptores explicitam as dificuldades para desempenhar a função de mediadores pedagógicos já que eles não receberam formação específica para assumir essa tarefa. Nas narrativas que seguem, pode-se identificar elementos que comprovam a aprendizagem ‘na prática’ por esses profissionais, ou seja, o desenvolvimento das atividades pedagógicas acabam se estruturando empiricamente no cotidiano de trabalho com os aprendizes.

“Então, eu acho assim, eu vou falar da minha experiência pessoal com aluno, né. [...] A gente já tinha uma noção que, essa parte de ensino, seria uma unidade que receberia aluno. Mas, quando eu entrei lá eu não sabia de que forma que seria isso, né. No começo, quando entrou os alunos, eu ficava assim: ‘ai meu Deus, como vai ser isso, né?’. Até porque não era especificamente de farmácia, porque chegam os alunos e eles ficam nos

setores e aí foi quando, assim, é, ou vinha um preceptor deles, desses alunos, ou às vezes a gerente pegava um, vinha da enfermagem, então, ela pegava um enfermeiro pra esses alunos, por exemplo, e aí assim ela falava assim: 'não, Maria³⁴, você vai falar da farmácia, enfim, e era isso que era feito no início. Então, vinha o aluno, no começo de qualquer área, por exemplo, tô falando da farmácia, aí vinha na farmácia, eu apresentava a farmácia, como que funcionava o fluxo, é, o quê que a gente fazia, enfim. Explicava pra esse aluno como funcionava a farmácia e como a farmácia, ela trabalha, em relação aos setores, com a enfermagem, com a medicina, enfim, seria isso" (Entrevista – preceptor 02).

"Eu mesma, no começo eu não era preparada, nem pro PET, nem pra residência mas, aí eu fui criando uma forma de me capacitar de me preparar, de criar alguns instrumentos pra eles" (Entrevista – preceptor 02).

"Perguntei pra ela se tinha modelo pra gente seguir, como teria que fazer e ela disse que não, que a gente teria que fazer, que na verdade era trazer eles pra prática, pra minha prática, então, o que eu fosse ensinar pra eles, era o que eu fazia, né, na minha prática como farmacêutica na unidade básica. Aí, foi, eles vieram, a primeira turma, na verdade, a gente foi construindo juntos, assim, porque a gente acabou criando uma agenda pra eles do quê que eles iam fazer cada dia, então, 'ai, meu Deus, o quê que eu vou passar pra eles?'" (Entrevista – preceptor 02).

"Mas, eu acho que com o tempo, eu fui me conscientizando disso. Hoje, eu já consigo criar, como é que eu vou dizer, o quê que eu vou fazer com esse aluno, um planejamento do quê que eu vou fazer, como que vai ser. Tanto que eu já tenho até um planejamento, então, o aluno primeiro vai ver isso, depois vai ver os setores, trago eles um pouquinho, o quê que eles acham legal" (Entrevista – preceptor 02).

É indiscutível que a formação pedagógica do preceptor, quando não inexistente, é limitada (Cunha, 2011). Ainda hoje, é pequena a quantidade profissionais de saúde que experimentaram discussões ou adquiriram, formalmente em cursos de graduação ou pós-graduação, conhecimentos relacionados à aspectos pedagógicos (Mohr, 2011).

Os cursos da área da saúde, a exemplo de outras formações profissionais, parecem esquecer-se de que, ao lado da competência técnica, é necessária a competência pedagógica para compreender, planejar e executar ações educativas (em sua variedade de formatos e locais). Tal competência não é trivial ou inata: aprende-se a ser professor, da mesma forma que se aprende a ser médico, engenheiro ou agrônomo (Mohr, 2011, p. 53)

A responsabilidade dessa formação é institucional e deveria, por conta disso, ser organizada por meio da gestão, com um direcionamento político-pedagógico (Cunha, 2011).

³⁴ Nome fictício para a preceptora.

Da ausência de 'preparo' do preceptor ou, talvez, da falta de orientações claras e diretivas, brota a insegurança para conduzir as práticas pedagógicas na esfera do trabalho.

“Mas, assim, eu vou falar de mim, assim, às vezes eu me sinto, eu me senti insegura também no início, assim, ‘como que será?’ ” (Entrevista – preceptor 02).

“Quando foi em 2013, a professora da Farmácia convidou pra gente participar do, se a gente gostaria de participar da residência. E aí também foi um desafio, assim, pra mim, por conta, eu falei: ‘não, tudo bem, mas eu vou trazer esse aluno, o que vai ser?’. Fiquei assim meio insegura mas, aceitei” (Entrevista – preceptor 02).

“Eu senti um pouquinho de dificuldade, realmente, eu não tinha nem o que falar. Mas, fui aprimorando, conhecendo um pouco mais e a mesma estrutura de estágios que eu dava nos hospitais, trouxe um pouquinho pra Atenção Primária [...]” (Entrevista – preceptor 03).

A incerteza e ausência de segurança são amenizadas pela experiência aliada à bagagem que advém dela, como mostra o último discurso acima.

No percurso de aprendizagem na prática pelos preceptores, a participação no PET-Saúde desponta como um marco, uma vez que, de alguma forma, o Programa legitimou e definiu mais claramente as funções de um preceptor no âmbito da integração ensino-trabalho. O diferencial da preceptoria realizada no PET-Saúde, dentre outras características, ocorre pelo vínculo de cada estudante com o mesmo preceptor, sendo esse o responsável pela organização do fluxo do aluno dentro do serviço. A compreensão dos discursos que seguem clarifica a importância do Programa no sentido de balizar a atuação dos preceptores mesmo quando ela ocorre de forma desvinculada da proposta, comprovando seu caráter de indutor da reorientação da formação em saúde.

“E aí, depois, mais pra frente, que eu entrei em 2009, em 2010 veio o PET e, no começo, a gerente perguntou quem queria entrar, eu tinha interesse mas, eu entrei sem saber como que seria, a gente não sabia de nada, assim. Foi surpresa! A gente sabia que iam vir alunos, que a gente ia ser preceptor. Aí, começaram a vir os alunos, no início a proposta foi de inquérito, enfim, mas a gente também tinha que fazer essa parte do serviço. E aí começou a mudar um pouquinho porque eu era responsável por aqueles alunos. Eles vinham toda semana na unidade, eu explicava como funcionava a farmácia mas, além da farmácia, eu era responsável de falar como é que funcionava os outros setores, criar uma estratégia pra eles conhecerem, então, a gente, é, pegava cada aluno e deixava em cada setor pra eles entenderem como é que funcionava a unidade, desenvolvia atividade, atividade de sombra, várias outras atividades, assim, como esse aluno” (Entrevista – preceptor 02).

"[...] ficou 2010 o PET, 2011 eu continuei e acabei ficando até o último e, assim, o quê que eu percebo que cada ano foi ficando mais claro pra mim essa parte de aluno" (Entrevista – preceptor 02).

"E como eu já tinha a experiência do PET, eu comecei nessa linha, comecei com os setores pra gente entender um pouquinho da unidade e depois a gente foi focando na parte da atenção farmacêutica que a gente acaba fazendo e foi mudando muita coisa" (Entrevista – preceptor 02).

Apesar da 'suposta' falta de preparo para desempenhar funções pedagógicas, nos fragmentos de narrativas abaixo, os profissionais revelam uma conduta de facilitador da construção de conhecimento, com atividades subjetivadas para os diferentes perfis de estudantes, revelando uma atuação pedagógica coerente com as práticas libertadoras defendidas por Freire (2008).

"Hoje, o meu residente chega e eu já tenho agenda, então, ele já sabe o quê que ele vai fazer. Eu tenho residente que chega e não conhece nada de Atenção Básica, tem uns que já têm uma bagagem, tem outros que não. Os que não têm, eu começo com eles do zero, então vamos estudar, vamos ler artigos de Estratégia Saúde da Família, depois vamos discutir. Então, acaba até sendo, às vezes, um tratamento diferente, no início, até, né, assim... Tem uns que vem: 'não, Maria, eu já trabalhei em posto de saúde, já sei como funciona. E com ele, eu já vou começar outras atividades, com esses que não têm essa bagagem, a gente começa meio que do zero mesmo' (Entrevista – preceptor 02).

"[...] que nem, eu já tive um aluno de residência, de residência, heim? Aí, ele vinha e ele sempre chegava atrasado. Só que chegava atrasado na unidade, tinha a agenda dele e ele não fazia as coisas, ou eu tinha que ficar mandando. Aí, um dia, eu peguei e chamei ele, sabe, eu falei: '[...], vamo conversar um pouquinho? Eu tô preocupada com você'. Eu falei assim: 'Você não precisa me falar porque eu acho que é coisa sua mas, se você de repente tiver com algum problema pessoal, não sei, tá acontecendo alguma coisa? Porque eu sinto você, assim, longe, você parece que não tá inteirado, você não... Deixo as atividades você não faz'. Aí ele falou: 'Aí, posso ser sincero com você?'. Eu falei: 'Pode, eu prefiro isso'. Ele falou: 'Eu odeio Atenção Básica, eu não gosto da Atenção Básica, eu não gosto de ir em visita domiciliar, atender paciente aqui na unidade ainda vai mas, assim, eu não gosto, eu só tô aqui na Atenção Básica porque eu tenho que cumprir esses dois meses na Atenção Básica'. Que eles ficam dois meses, um mês meu, um mês lá no Dalva, né. Aí, o quê que acontece? Foi esse diálogo porque eu comecei a trabalhar com ele em outras coisas. Porque eu não vou dá uma nota zero pra ele porque a pessoa também pode falar isso: 'ah, eu não gosto da Atenção Básica'. Ele não é obrigado a gostar. É o perfil. Ele é um perfil que gosta mais de ficar ali na hospitalar, fechado, não de lidar com o paciente, ele tem dificuldade de lidar com o paciente. Então, eu falei: 'Não, tudo bem'. Aí, a gente conversou e a gente começou a trabalhar outras questões com ele. E ele é ótimo pra outras questões. Montar treinamento, trabalhar em treinamento da unidade com os profissionais, com os técnicos, levantamento de dados, ele puxou pra mim todo o meu perfil de pacientes que utiliza psicofármacos e da onde esses pacientes, assim, em quinze, vinte dias, sabe, coisas que se a gente for fazer demora muito. Ele sentava ali e, 'tatata', sabe, ele é muito inteligente mas, ele não gosta [...]. De repente, a capacidade dele é mais pra isso, então, vamo trabalhar nisso, a farmácia aqui da Atenção Básica também pode fazer isso, entendeu? Você não gosta de fazer atenção farmacêutica mas, a gente

pode fazer outras coisas. A gente pode trabalhar em educação em saúde, em educação para os ACS, então, a gente consegue trabalhar em outras questões” (Entrevista – preceptor 02).

“O que eu senti como preceptor é que, assim, a gente, muitas vezes, se aluno não tá muito interessado, é difícil você se estimular, pra mim tá ótimo aqui, eu tô no trabalho, se o aluno não quer, não quer. Mas, se aquele aluno incentivar um pouquinho mais, nossa, a gente vai pra cima, começa buscar mais, dá mais informações, mostrar pra ele o que é mais importante dentro do serviço” (Entrevista – preceptor 03).

“De repente, a capacidade dele é mais pra isso, então, vamo trabalhar nisso, a farmácia aqui da Atenção Básica também pode fazer isso, entendeu? Você não gosta de fazer atenção farmacêutica mas, a gente pode fazer outras coisas. A gente pode trabalhar em educação em saúde, em educação para os ACS, então, a gente consegue trabalhar em outras questões” (Entrevista – preceptor 02).

O profissional entende a preceptoria como uma de suas atribuições no contexto do trabalho e organiza sua agenda de modo que essa tarefa não figure como empecilho ou limitação para o desenvolvimento das práticas diárias. Essa constatação rompe com o ideário de que a presença de alunos atrapalha e estorva os serviços e o desenvolvimento do trabalho.

“Pra mim, particularmente, eu acho bem tranquilo [trabalhar com alunos]. [...] Então, eu consigo dividir o meu tempo, o meu dia de trabalho, fazendo o meu planejamento em relação aos alunos e fazendo o meu trabalho normal mas, assim, se eu tô fazendo um planejamento dos alunos e um médico me chama pra interconsulta, eu paro e vou fazer minha interconsulta. E se os alunos já estão, eles já tão em outras atividades também. Então o quê que eu faço. Ou eles me observam ou os próximos eu deixo eles atenderem e eu fico observando e corrigindo, pra que eles possam atender também. Então eu falo: ‘oh, desceu interconsulta, você vai atender, eu vou ficar te olhando, você já viu como eu faço’. E aí, ele vai, eu vou ajudando, se falou alguma coisa, eu acrescento, eu acho que é bem tranquilo. Dá pra levar bem” (Entrevista – preceptor 02).

Acredita-se que seja uma percepção interessante, sobretudo quando comparada às resistências manifestadas por muitos cirurgiões-dentistas (isso é evidenciado no capítulo 2) no que diz respeito à presença de alunos nos serviços. Infere-se que parte dessa resistência pode está associada à incompreensão do trabalho em saúde que não condiz com o tecnicismo, o individualismo, a estaticidade, etc. Como coloca Cunha (2011), os profissionais resistentes à mudanças demonstram rigidez e fechamento para propostas novas no contexto de trabalho. Para os afeitos às inovações, que se permitem interagir com os sujeitos aprendizes, a resistência é transformada em entusiasmo e motivação.

No entanto, de uma forma bem humorada, os preceptores demonstram pequenos ônus gerados pela presença dos estudantes nos serviços:

“O que, às vezes, pode atrapalhar um pouco é alguma coisa mais burocrática que, às vezes, eu tenho que fazer algum relatório, e pra ele não ficar ocioso eu peço pra ele ficar no atendimento, na dispensação, peço pra ajudar, se puder, em alguma coisa. É isso. Mas, acho que, assim, não atrapalha não” (Entrevista – preceptor 02).

“Eu acho que em resumo é isso. Acho que vai do profissional gostar do que faz. Não que seja fácil porque, às vezes, tem profissional como eu mesmo achava no início: ‘Ai, meu Deus, e agora?’. Tinha momento que eu mesma falava: ‘Meu Deus, e agora? Que saco, esses alunos vão vir’. Sabe assim? Já marquei outra coisa. Mas, aí eles não têm culpa. Você fazia seu trabalho” (Entrevista – preceptor 02).

“Ou, às vezes, você tem hora na casa e vai sair mais cedo e: ‘Ai, aluno!’ [risos]. E pior que aluno vem tudo sexta-feira. Às vezes, você tem umas horas, quer tirar na sexta-feira e não tinha como... Sete horas da noite, lá dentro, discutindo com os alunos, gente, eu não vou embora não? [risos]” (Entrevista – preceptor 03).

“Mas, assim, mesmo os alunos de residência quando são aqueles mais difíceis, se eles têm aula a tarde, cê fala: ‘ufa, já foi’ [risos]” (Entrevista – preceptor 02).

Na representação dos sujeitos, o contato com os estudantes denota um indutor para novas reflexões e busca por conhecimentos. As relações de trocas estabelecidas entre os atores na rotina dos serviços de saúde contrapõem-se às relações verticalizadas e oferecem espaço para todos sem restrições de qualquer ordem.

“[...] a gente até tinha até que ler pra aprender alguma coisa, foi muita troca também, a gente acabava aprendendo muito com esses alunos” (Entrevista – preceptor 02).

“Eles também traziam uma bagagem boa porque eles são farmacêuticos formados, né, foi muita troca, a gente conheceu muita coisa juntos [...]” (Entrevista – preceptor 02).

As reflexões sobre o trabalho propiciam o aprimoramento das práticas no interior dos serviços de saúde, além de potencializar, em conjunto de forma inseparável, as atividades de ensino-aprendizagem (Monteiro et al., 2011), encontrando aí a definição da Educação Permanente em Saúde feita por Ceccim (2009, p. 162), que afirma ser central à ela:

[...] sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

No que se refere ao serviço como um todo, reforçando o imbricamento do binômio ensino-trabalho apontado anteriormente, a presença dos graduandos induz à um novo olhar, de alguém que não se encontra enviesado pela prática, que enxerga o cotidiano de uma forma mais limpa e clara, o que permite questionamentos e, transformações a partir deles.

“Acho que também de conhecimento, às vezes, trazem ideias pro próprio acompanhamento dos usuários, assim, algo diferente que eu acho que contribui. Ideias novas, assim, é, acho que eles trazem uma energia renovada pra cá com os usuários na convivência, que lá a gente chama de espaço de convivência lá que é um, é um lugar de relações mais solto e que, às vezes, nós profissionais que estamos ali, a quantidade de grupo, atendimento, etc., a gente, às vezes, acaba não tendo tempo e não tem nem disponibilidade afetiva mesmo pra você tá ali naquele espaço, receptivo aos usuários pra algo inédito, pra algo imprevisto, né. Às vezes, a gente já tá tão entupido que a gente não dá conta e os estudantes, eles vêm com essa energia renovada de poder tá ali e aí eles conseguem acessar coisas muito bacanas porque é um espaço de potencial, né, assim pra quem tá ali disponível pra escutar e tudo, capta coisas que, às vezes, em atendimento em grupo, a gente não tem acesso. Então, eu acho que eles contribuem muito [...]” (Entrevista – preceptor 01).

“[...] geralmente, são pessoas que vêm com muita vontade de aprender, de experimentar e também traz um olhar muito diferente daquele do cotidiano e chega uma hora que tem determinadas coisas que a gente não olha mais, a gente não consegue enxergar mais e eles chegam questionando: ‘Tá, mas por que que as pessoas tem que ficar na fila do almoço e a porta fechada da cozinha?’, e aí a gente para e pensa: ‘puxa, quem que inventou isso que a porta tem que ficar fechada?’. Então, assim, eles vêm e questionam o instituído, né, então também pode ser interessante pra gente, né, então, tem toda uma construção e também desconstruções, assim, que vão acontecendo na relação com eles e ali no trabalho com os usuários, com as famílias, no território, porque o trabalho que a gente faz é muito abrangente, né, então, os estudantes circulam muito com a gente” (Entrevista – preceptor 01).

“[...] eu lembro que a primeira turma a gente tava numa fase de criar os POPs, Procedimentos Operacionais Padrão, então, eles foram ajudando na prática também, foi muito rico” (Entrevista – preceptor 02).

Os questionamentos dos estudantes têm o poder de desnaturalizar o trabalho, sendo um convite ao deslocamento dos profissionais de seu espaço estável que demarca a realização de práticas rotineiras não reflexivas (Guizardi et al., 2011). Além disso, os alunos revelam novas nuances para a organização dos serviços e tencionam as práticas da equipe (Guizardi et al., 2011; Macedo et al., 2011), revelando um espaço privilegiado para se repensar o instituído (Badan et al., 2010).

No entanto, para que esses benefícios se concretizem, é indispensável que haja permeabilidade e porosidade nos serviços com relação à entrada e permanência dos estudantes.

“Na minha opinião geral, eu acho muito importante essa interação ensino-serviço, eu acho que todas as faculdades deveriam ter esse módulo na Atenção Básica, porém, eu acho que, muitas vezes, o serviço não tá preparado pra receber esse aluno. O serviço não, os profissionais, dependendo do profissional que for receber esse aluno. E aí, o quê que acontece? O aluno acaba indo numa, como é que eu posso dizer? Esperando algo que não tem. E não achando também, não encontrando aquilo que eles também tavam esperando porque, às vezes, eles vão numa expectativa e, às vezes, não encontra. Às vezes, os profissionais mesmo não são preparados pra isso” (Entrevista – preceptor 02).

“Eu agora tô pensando aqui. Que eu acho que, como a gente lá, é um serviço, eu acho que é um serviço diferenciado, assim, né. Na maior parte ali, o pessoal que trabalha é um pessoal muito envolvido mesmo com essa questão de parceria com as universidades que já têm uma história ali com o serviço, que construiu isso, né. Eu acho que a gente já tem um preparo diferente, já tem interesse, acho que se tivesse em um serviço que os profissionais tivessem mais dificuldade, eu acho que aí teria que tá mais presente, pra construir, sabe, pra fazer o b-a-bá” (Entrevista – preceptor 01).

“[...] acho que não é algo imediato, não desperta interesse nas pessoas assim, né, acho que ainda são poucos os que vêm essa parceria como um dispositivo potente pro serviço, para todos, então, eu acho que teria que ampliar a discussão no próprio serviço mesmo de gestão, profissionais, junto à universidade, sobre esse tema, sobre o porque receber esses estudantes lá, para que, né, como e... Eu acho que isso ajudaria bastante em muitas dificuldades que ainda existem. Eu acho que, adicionado à isso, eu fico pensando que, não sei, mas eu observo em algumas pessoas, exige uma maturidade que a maioria não tem, sabe, não querendo dizer que eu tenho super maturidade mas, assim, porque assim, quando às vezes a pessoa se abre, ela se abre no sentido de ‘ah, eu sou a dona do saber e eu vou ensinar esse aluno que vem pra cá, vai aprender comigo e é muito difícil pra alguns profissionais. Então, é isso, tem a resistência do ‘ai, não quero nem olhar pra isso’ e daqueles que até olham e querem olhar, acham legal mas, pra ficar nesse lugar até de uma relação de poder, né, que eu acho que tem a ver com ego que é você tá ali nesse lugar de importância, ser o dono do saber, que você vai transmitir seu saber pra alguém que não sabe nada, então, isso também é difícil porque aí não é uma resistência mas, é uma questão, eu acho, de maturidade mesmo né. Sei lá, pra mim é tão óbvio que o outro vem pra trocar, né, a gente fala tanto em troca, ainda mais esse trabalho da saúde mental que a gente fala tanto das trocas, das trocas mas, parece que na hora de por em prática é meio difícil. Então, o outro lado acaba falando mais alto. É complicado, né. Muito ego! Então, eu acho que é resistência, ego, maturidade, sei lá, gestão, porque é isso também, se o gestor não acredita também, é complicado. Então, a entrada da residência lá não foi, agora que eu acho que ela tá sendo vista como algo legal, como algo que vem contribuir mas, no começo ela tava sendo vista como mais um estorvo, então... Mas, a equipe bancou, assim, foi interessante. Então, tem essas dimensões” (Entrevista – preceptor 01).

Aqui reside a importância de selecionar, intencionalmente, os cenários de aprendizagem, sendo essa uma etapa fundamental na organização das práticas de integração ensino-trabalho. Sem a pretensão de encontrar locais ideais, deseja-se, minimamente, que o espaço propicie a problematização da prática de uma forma articulada com outros profissionais, exercitando a negociação e a interlocução. Os

espaços pedagogicamente ricos são os que rompem com o modelo hegemônico e permitem que o estudante vivenciem uma prática reflexiva centrada no usuário (Macêdo et al., 2011).

De forma semelhante, é imprescindível a seleção de perfis de preceptores adequados ou a sensibilização deles para o desenvolvimento de práticas pedagógicas nos serviços.

“Então, eu acho que isso é um fator que deveria ser trabalhado com as unidades, como nós somos uma... Acho que Unidade Básica, eu acho que o profissional, mesmo que ele não tenha um curso de docencia, assim, ele teria que ter em mente que ele tá passando um conhecimento pro outro, né, que isso vai impactar pro futuro, futuramente, vai ser um fator positivo pra esse aluno, né, então, eu acho que, às vezes, o aluno mesmo vai com uma expectativa e não vê, isso, às vezes, acaba desmotivando por conta que às vezes o profissional também fala: ‘ai, que saco, vou ter que ficar com o aluno agora’. Acaba não motivando. Aí, às vezes acaba assim: ‘ai, vamos lá, vamos ver, o quê que a gente vai fazer agora?’. Aí fica aquele monte de aluno andando pra lá e pra cá” (Entrevista – preceptor 02).

“São muitos [profissionais resistentes]. Eu acho que deveria também ter uma triagem na hora de escolher o preceptor, alguém triar e conversar: ‘oh, você pode participar por isso, isso e isso. Você não pode por essa dificuldade’. Lá, na época, quando a gente foi fazer o grupo pra ver quem iria participar, todo mundo queria. Todo mundo tinha as qualificações que eram exigidas pela faculdade porém, não se encaixava e mesmo assim teve que entrar e isso que é problema. E não teve ninguém que falasse: ‘Oh, você não tem como por isso, isso e isso’. Aí, todo mundo ficou quieto, faltou liderança, talvez, no grupo” (Entrevista – preceptor 03).

“Por isso a importância de, se não tiver um médico de ensino, a gestora falar assim, ter esse profissional que vai ser a pessoal que: ‘oh, o Fulano vai ficar responsável de receber esses alunos’. Porque vai ser a pessoa que gosta. Porque aí, a gestora vai falar assim: ‘oh, nós tamos pra receber uns alunos da psicologia e são vinte alunos, vão vir de três em três ou de dois em dois. Quem de vocês se sente confortável de ser a preceptora desses alunos?’. Então, a pessoa que é preceptora vai ter que mostrar o serviço, vai envolver esse aluno nas atividades da unidade, propor alguma coisa pra eles, enfim. Vamos supor, eu posso ficar, então, eu sei o que eu posso fazer por esses alunos, quem gosta, porque, às vezes, a pessoa não tem perfil nenhum e não é obrigado ela fazer. Por mais que seja interessante, é uma coisa que ela vai tá ajudando pra formação desse aluno, ela não gosta, não gosta de ficar discutindo, não gosta. Tem que ter o perfil. E, uma pessoa vai ter que ter, não é possível [risos]” (Entrevista – preceptor 02).

Como todas as demais atribuições no contexto do trabalho, a prática partilhada com estudantes pode também revelar dificuldades para os trabalhadores. As narrativas dos preceptores desvelam e esmiúçam essas limitações. Julga-se pertinente explicitá-las visto que prevê-las é importante no sentido de organizar inserções mais efetivas e menos tensas.

A primeira dificuldade refere-se à presença de alunos de cursos diversos:

“Mas, assim, eu gosto muito dessa área, né. Na época que eu trabalhei lá no hospital, eu ficava com aluno de graduação e aluno de técnicos de farmácia e era mais fácil pra mim porque eu tinha que ensinar somente a minha área, cabou. Então, eu já tinha um cronograma, já tinha tudo certinho, já sabia o que fazer. Quando eu vim pra Atenção Primária que envolveu as outras áreas, eu senti um pouquinho de dificuldade, realmente, eu não tinha nem o que falar. Mas, fui aprimorando, conhecendo um pouco mais e a mesma estrutura de estágios que eu dava nos hospitais, trouxe um pouquinho pra Atenção Primária. E a gente montou relatório, é provas que a gente aplica ainda pros residentes e assim, então a gente já tinha até um cronograma pra aceitar e receber esses alunos. Então, pra mim ficou um pouco mais fácil” (Entrevista – preceptor 03).

“E muitas situações que a gente ficava com o aluno de outras graduações, aí, o quê que acontece, eles faziam perguntas voltadas pra graduação dele. Aí, você pensava: ‘E agora?’. Vou ter que estudar um pouquinho mais pra tentar lembrar, pra tentar responder. E tinha, por exemplo, é, a gente ficar com aluno de TO, farmácia, TO, a gente não, você ficava imaginando: ‘E agora, né?’. O que poderia tá relacionado da farmácia com a TO? Pra tentar ajudar esse aluno. Até então, a gente ficava estudando um pouco mais pra tentar ficar com eles, né” (Entrevista – preceptor 03).

O convívio com estudantes de áreas diferentes exige que o profissional extrapole o núcleo³⁵ de sua profissão e busque a compreensão de uma clínica comum (Henz et al., 2013).

As situações que se apresentam no cotidiano atravessam, sem constrangimentos, as fronteiras disciplinares e profissionais. No entanto, as identidades e diferenças disciplinares são interiorizadas e automatizadas pelos agentes que delas se ocupam. Essa interiorização e demarcação de fronteiras é o que faz que os envolvidos possam sentir-se desorientados quando confrontados por trabalhos e problemáticas que desafiam a segurança já estabelecida pelas áreas profissionais (Henz et al., 2013, p. 167).

Implicada nessa problemática, aparece a dificuldade de uma inserção que se caracterize, de fato, como interprofissional para os estudantes.

“Mas, por exemplo, pra gente fazer um espaço de reflexão multiprofissional, uma supervisão multiprofissional, apesar de que eu não gosto muito dessa palavra ‘supervisão’ mas, é o mais conhecido, é difícil porque a gente não consegue, ‘ah, se for de manhã, quem é da TO da São Camilo não consegue tá, que se for a tarde o pessoal da enfermagem, de X, Y, Z não consegue’. Então, a gente não consegue encontrar um dia e um horário que a gente possa sentar com esses alunos, todo mundo junto, que eu acho que seria muito mais interessante e acaba que essas conversas são feitas pelos profissionais específicos, então, por exemplo, eu, uma vez por semana eu sento com a estagiária de TO, né, e a gente discute e tal mas, fica no núcleo. [...] Mas, o serviço social, vai com a assistente social, a TO acaba ficando comigo e assim por diante, né” (Entrevista – preceptor 01).

³⁵ O núcleo, como conceituado por Campos (2000), refere-se à aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área do saber e sua prática profissional.

Ainda relacionado à isso, um preceptor narrou um acontecimento específico de dificuldade para facilitar o contato do estudante com os diversos profissionais dos serviços, abrindo espaço para se pensar na laboriosidade desse tipo de ação e nas tensões que podem ser geradas na relação entre os profissionais.

“Eu tive um problema lá com a assistente social porque ela nunca queria ficar com meus alunos da residência. Porque, na primeira vez que eles vão, eles têm que conhecer os setores. Aí, toda vez que eu ia: ‘ah, tô em atendimento’. Nunca tinha ninguém no corredor, não tinha ninguém na sala dela. ‘Dá pra você falar com a gente agora? Ah, não dá’. Eu não aguentei, sabe? Falei assim: ‘Olha, Xizinho, (pra não falar o nome), eu tô tendo muita dificuldade com você de verdade. Você sabe que a gente é uma instituição que recebe aluno a gente é ensino, serviço e pesquisa, tá, a pessoa pesquisa não é obrigada a fazer, assistência você tem que fazer, agora, você sabe que a gente aqui, a gente recebe aluno e toda vez que eu tento passar aluno pra você, eu tô com essa dificuldade. Eu vou conversar com a gerente porque não tá dando. Todo mês, eu tô tendo essa dificuldade com você’. Falei porque, sabe quando já tá por aqui? Aí, ela pegou, falou assim: ‘Não, é porque... Menina, não demorou cinco minutos, ela desceu na farmácia pra chamar a aluna. Hoje em dia, eu chego com a profissional lá, nossa... Eu sei que depois daquilo, com a farmácia ela mudou. Eu vou lá e falo que tem aluno. Ela só fala assim: ‘Daqui há dez minutinhos eu vou lá chamar’. E ela desce pra chamar. Mas, antes, era muita dificuldade. Então, eles sentem que atrapalha, não sente ainda que é uma coisa assim que o serviço é responsável também para a formação daquele, que a prática dela, o que ela for fazer com aquele aluno vai ser bom pra formação dele, não sente isso e são muitos profissionais” (Entrevista – preceptor 02).

Outro problema advém da necessidade de dividir a carga-horária de trabalho com as atividades de docência. Para os trabalhadores que possuem um contrato com poucas horas de trabalho, torna-se oneroso agregar todas as atribuições nesse espaço de tempo.

“[...] e eu sinto, no meu caso, porque o meu contrato é de 30 horas, né, eu faço 27 horas na semana e um plantão por mês, no fim de semana ou feriado, então, eu tenho 27 horas somente na semana pra dá conta de tudo que eu tenho que fazer, então, de todas as pessoas que eu atendo, as reuniões todas, o trabalho em território, tudo e mais essa questão da formação, então, eu não tenho horas a mais. Então, por exemplo, a residência não, essa residência ainda não conseguiu dispor de, por exemplo, de bolsas que a gente possa acrescentar carga horária, né, no serviço, então, a gente tem que usar as horas do próprio trabalho ali, né, e é complicado porque eu acho que isso faz com que, perde, pelo menos a minha presença não é de uma qualidade que eu gostaria de tá mais presente, de participar mais, então, às vezes tem reuniões com a residência, por exemplo, que eu não consigo participar porque é no mesmo horário que eu tô em outra atividade e eu não posso deixar de fazer porque eu não tenho outro horário e eu acho que isso não acontece só comigo, entende, então tem essa questão” (Entrevista – preceptor 01).

Pela recorrência nos discursos, infere-se que a maior dificuldade na integração ensino-trabalho reside nos perfis diferenciados de estudantes, uma vez que alguns exigem mais atenção, demandando maior esforço por parte dos preceptores. Nos recortes abaixo, são ilustradas algumas dessas situações:

“Assim, é que nem eu falei anteriormente, tem alguns que eu não tenho confiança de deixar sozinhos [risos]. Então, assim, por mais que eu deixo, eu falo mais do que ele, eu acabo me envolvendo mais no atendimento mas, outros não, eu deixo tranquilo” (Entrevista – preceptor 02).

“Tem alguns que são bem fraquinhos, assim, e aí eu saio de lá acabada no final do dia [risos] ” (Entrevista – preceptor 02).

“[...] tem alguns alunos que são difíceis mas...” (Entrevista – preceptor 03).

“Porque, às vezes, tem uns difíceis, muito difíceis. Mas, é desafio, né?” (Entrevista – preceptor 03).

“Teve uma outra que a gente teve que foi bem difícil que é uma menina que até se afastou depois, assim, com problemas psiquiátricos. E ela... Cê falava, por exemplo: ‘Então, aqui a gente faz dessa forma, aqui a gente faz assim mas, um dia quando você tiver na sua unidade, você pode desenvolver uma melhor maneira e tal. Tá. Aí, ela achava que podia mexer em tudo aqui. Por exemplo, tirava isso daqui, mudava pra lá, mudava tudo sem avisar pra gente, sem falar. Outro dia eu cheguei na minha farmácia, tinha jogado um momento de coisa minha fora [risos]. Se não fosse interessante pra ela, pra ela, ela não perguntava pra mim. E aí, resumindo, teve um dia que ela chegou na minha unidade e aí entrou, chegou uma pessoa da rua correndo porque um homem passou mal, precisa de... E a gente não pode sair da unidade pra socorrer, nem do HU pode. Uma vez a professora falou: ‘se cair alguém na frente, tem que alguém levar’. Aí, o pessoal da unidade falou: ‘não pode’. Eu falei: ‘Pessoa, não pode, se alguém trouxe ele aqui, tudo bem mas, a gente não pode’. E expliquei por que e tal. Aí, naquele dia, ela ia sair pra uma visita. Aí, ela tava esperando o motorista com a minha técnica, daqui a pouco, a técnica entra branca: ‘Cris, ela subiu lá pra socorrer a pessoa’. ‘Não acredito’. O rapaz, na verdade, teve um AVC, caiu, bateu a cabeça, a cabeça dele fez um corte, tava sangrando muito. Primeiro, que ela mandou todo mundo se afastar, pediu pra uma pessoa pegar um travesseiro, tacou na cabeça do rapaz e, assim, fora que ela não sabia que tinha sido AVC. E se tivesse sido um trauma? Tava sangrando, enfiou a mão no sangue nem luva, as cutículas abertas. Aí, eu sei que ela chegou com a mão toda ensanguentada, com a roupa. Aiii [suspiro]. Aí eu tive que ligar pra professora, tive que levar ela no SAE pra fazer os testes rápidos, tomar coquetel, enfim” (Entrevista – preceptor 02).

Muitas vezes, os que apresentam um perfil favorável para ‘cuidar’ dos estudantes nos serviços, são sobrecarregados. Em outras palavras, eles acabam representando uma ‘válvula de escape’ para as situações imprevistas, evitando que os estudantes fiquem ociosos. Os preceptores 02 e 03 são farmacêuticos e analisam essa questão do ponto de vista do seu setor de atuação:

“[...] ‘Ah, vamos ver se a farmacêutica consegue ficar com você, na farmácia’. Aí vem: ‘Maria, você consegue fazer isso agora?’. Então, sabe, às

vezes, naquele momento não dá. Eu digo: 'Eu consigo mas, não agora. Deixa eles aqui um pouquinho observando depois, eu converso com eles um pouquinho' (Entrevista – preceptor 02).

“E aí, por exemplo, eles tinham um preceptor, aí chegava no preceptor, o preceptor falava assim: 'ah, então, eu não consigo ficar com você, vai lá pra farmácia'. [risos]. Então, os alunos chegavam e iam tudo pra farmácia” (Entrevista – preceptor 02).

“[...] eu achava totalmente errado ter entrado que ela ficava só meio período na unidade e, às vezes, só vinha duas vezes na semana, como que aquele aluno ia ficar com ela? Pra quem ia sobrar? Pro coitado do farmacêutico. [risos]. Por quê? Porque aqueles alunos, um dia, já passaram comigo e o único referência deles na unidade, é, então eles falam: 'vamos procurar o referência. Ô, meu preceptor não tá, e agora?'. Ele não ia embora, ficava comigo” (Entrevista – preceptor 03).

“Sabe o que eu percebo? Eu percebo assim que nem hoje mesmo, esses dias a médica de ensino tava com um aluno da fisio, da fisio não, desculpa, da educação física e aí eles tinham atividade pra fazer mas, não deu certo e aí lá vem elas com eles e fala: 'Posso deixar na farmácia?'. Como ela já sabe que a gente tem esse costume de receber os alunos, então acaba deixando lá e a gente acaba envolvendo eles nas coisas, né? Nas atividades” (Entrevista – preceptor 02).

Dentre todas as dificuldades, a quantidade de alunos aparece ressaltada. Os preceptores mostram que o trabalho é mais efetivo à medida que a quantidade de estudantes sob a responsabilidade deles diminui. Com poucos alunos, é possível direcionar melhor a abordagem pedagógica e aprofundar as discussões.

“Então, eu acho que o profissional que recebe esses alunos, quando é um ou dois é mais fácil, quando é um grupo é mais difícil pra você conseguir sentir mas, quando é um grupo menor é mais fácil pra fazer um trabalho pra empolgar esse aluno, explorar o que ele tem de melhor” (Entrevista – preceptor 02).

“Então, é isso, assim, são essas as minhas preocupações. Eu acho que a quantidade de alunos. Eu fico, às vezes, preocupada se também essa grande quantidade de alunos também, até que ponto é bom, sabe. Começa à... Eu não digo nem atrapalhar a rotina mas, de ser um depósito de alunos, assim, porque é isso, já não tá, vamos dizer, o ideal. Acho que o ideal, ok, é difícil de fazer o ideal. Mas, assim, eu acho que ainda tem muita coisa a melhorar e ainda nesse contexto que a gente não conseguiu nem organizar pros que estão e vai começar a receber mais e mais e mais... Ah, é um desafio, a gente acha que até faz de um jeito legal, assim, eu vejo de uma forma positiva mas, é um preocupação que eu tenho, até pensando na qualidade da formação, né, pra realmente a experiência ali ser significativa, né, não ser só uma passagem, uma observação e tal e é isso, assim” (Entrevista – preceptor 01).

“A quantidade de aluno prejudica mesmo, não tem jeito. Na residência, a gente limitou, dois residentes é suficiente, não tem como colocar três. Um, ok, se colocasse mais um, a gente conseguiria dá conta, três não dá, por preceptor” (Entrevista – preceptor 03).

“O residente é diferente por causa da proposta. Ele é um profissional que fica ali com a gente e, assim, as pessoas têm pensamentos diferentes,

então, vamos supor, a gente vai discutir um caso, aí um residente vai falar uma coisa, o outro vai falar de outra forma, então, dá confusão. Mas, no caso de um estágio, se fosse uns três, quatro no máximo” (Entrevista – preceptor 02).

“Depende, porque a gente teve umas situações lá que era um preceptor pra dois alunos, até aí tudo bem, quando viessem os dois alunos, o preceptor conseguiria ficar mas, aí tinha situações que, dependendo da graduação, os alunos só poderiam vir na sexta-feira e aí chegavam quatro de uma vez. Muitas vezes, ficou comigo os quatro. E eu senti um pouco, nesse sentido. Larguei um pouco do serviço pra dá orientação e atenção pra eles. É que eram muitos. Então, naquilo ia prejudicar. Uma visita domiciliar com quatro, não dá” (Entrevista – preceptor 03).

“Não dá [uma visita domiciliar com quatro]. O que tem que fazer é assim, por exemplo, dividir, quando dois fazem uma atividade, dois fazem outra. Mas, se for pra levar os quatro, você vai, às vezes, na casa de um paciente que é só quarto e cozinha, não entra. Aí não dá. Então, por exemplo, se fossem quatro, a gente já tem que dividir as atividades, então, vamo fazer uma coisa, dois vão fazer a visita domiciliar, dois vão ficar na recepção. Depois, muda. Depois, a gente vai discutir, o que ficou na recepção vai falar um pouquinho como foi, o outro também. Enfim, fazer a discussão final. Mas, no mesmo lugar os quatro, é um pouquinho ruim. E mesmo pra acompanhar, vamos supor, se a gente vai pedir pra acompanhar uma consulta de enfermagem, dois ainda vai mas, se ficarem quatro lá dentro do consultório e mais o enfermeiro, mais o paciente, aí é ruim” (Entrevista – preceptor 02).

Para a organização de uma inserção que traga, de fato, benefícios para os aprendizes e não se transforme em um peso para os preceptores, eles acreditam que seja necessário desenvolver um planejamento que envolva docentes das IES, bem como profissionais dos serviços e da gestão, elaborado de modo conjunto, em que se apresente e se discuta os objetivos do estágio, as atribuições de cada ator e as competências desejáveis.

“Ao mesmo tempo, alguns cursos, eu acho que acaba, os alunos acabam ficando muito largados com a gente. Então, assim, a gente dá assistência porque a gente se preocupa, assistência não, né, assim, mas, a gente faz um acompanhamento mínimo porque a gente se preocupa, acredita na importância” (Entrevista – preceptor 01).

“Então, o que eu acho que falta, assim, falta um preparo desses profissionais que vai ficar com os alunos e eu acho que um diálogo, assim, antes disso tudo acontecer, de um estágio, com a unidade mesmo: 'Olha, novembro vai uma turma aí com vocês, então, com que profissional eles vão ficar? Como que vai fazer? A gente pode conversar com esses profissionais antes, falar um pouquinho o quê que a gente espera?'. Eu acho que isso aí seria importante. Um planejamento conjunto da unidade com a pessoa que vai levar eles e não só com a unidade, com o profissional que vai ficar com esse aluno. Então, aí, vamos supor, ele vai conhecer setor? Qual que é o objetivos desses alunos na Atenção Básica? Que nem, por exemplo, vai levar um aluno de odonto, qual é o objetivo? É ele ficar acompanhando a dentista ou ele conhecer um geral de como funciona a unidade mas, também ficar com a dentista? O foco vai ser ficar com a dentista? Então, de repente, se for, vai, futuramente, até uma

residência de odonto, ele ficar mesmo com a dentista mas, se não for, se for alunos só da graduação, qual que é o objetivo dessa ida, né. Pra eles também se motivarem porque se não, eles também não motivam. Aí, eles vão por empecilhos, aí cê vê aluno lá que dorme... [risos] ” (Entrevista – preceptor 02).

“Mas, acho que, a questão toda é um planejamento entre a instituição e a faculdade, enfim, porque o preceptor tá se organizando também, faz mais sentido. Porque, se não, fica aquilo assim: ‘Aí, chegou um monte de aluno!’. Os setores já ficam tudo... ‘Ah, então tá’. Aí, deixa na recepção [...]. O médico de ensino iria fazer essa ponte com a faculdade e depois sentar: ‘olha, eles vão vir, o objetivo é esse, já vão pensando, escrevam alguma coisa que vocês pretendem fazer com esse aluno [...]. Eu acho que essa ideia da faculdade, passar pro gestor da unidade e falar o quê que eles esperam, qual que é a ideia, qual é o objetivo dessa ida dos alunos, o quê que é importante eles verem, enfim” (Entrevista – preceptor 02).

“Eu acho que o que vale também, além desse planejamento com a UBS, enfim, com o serviço, é legal a pessoa já passar uma pessoa como preceptora desses alunos, de repente, entendeu? Por exemplo, vamos supor aqui a odonto, vocês vão pensar em um estágio, então, nós vamos três alunos ou quatro, enfim. É: ‘Gerente, quem vai ser a pessoa que eu posso procurar na unidade?’. Porque, assim, a gente não vai poder mandar alguém, tem faculdade que manda alguém, né, só a enfermagem, na verdade. ‘A gente não vai mandar alguém, então, quem que você indica pra tá ficando com esses alunos, ser referência pra esses alunos?’. Então, essa pessoa que já vai pensar nisso, eu acho. Porque se não, fica muito jogado, os profissionais, ninguém assume responsabilidade e acha um saco ficar com aluno” (Entrevista – preceptor 02).

Para eles, é imprescindível que o planejamento inclua momentos formais de discussões e reflexões sobre o vivido porque esses momentos estreitam os vínculos entre estudantes e preceptores e potencializam a solidificação dos conhecimentos construídos.

“Ah, uma coisa interessante também, o quê que é muito interessante, no final de cada atividade, a gente se reunir pra discutir, entendeu? Então, aí que vale a pena o planejamento antes porque, se esse preceptor que vai receber esse aluno da graduação, ele se planeja direitinho, ele fala: ‘não, vou deixar na atividade, tal hora eu vou chamar pra discutir, pra tirar dúvida’. Entendeu? Nessa hora, a gente consegue sentir cada um. ‘Ah, então tá, mas aí o que você acha mais interessante? O que você aprende lá na teoria que a gente pode inserir aqui de alguma forma? Nesse atendimento multiprofissional, nessa atividade...’. Enfim, então aí, nessa discussão, a gente consegue explorar mais” (Entrevista – preceptor 02).

“[...] sempre no final tem que ter uma discussão” (Entrevista – preceptor 02).

“Que nem, o da TO da USP era muito legal porque tinha umas oficinas de reflexão, então, já estava prevista na programação deles uma oficina de reflexão dentro do serviço [...]. Então, a gente faz oficina de reflexão junto, oficina de reflexão com os estudantes. Então, era muito legal, muito bacana porque todo mundo aprendia muito, assim, pensava junto. Isso eu achei bem legal, apesar de ser algo específico da TO. Eu acho que seria mais legal se fosse, ainda, estendido aos demais, né, interprofissional. Mas, ainda assim, achei que foi o melhor até agora” (Entrevista – preceptor 01).

Com relação à presença do professor nos serviços para supervisionar as atividades dos estudantes, dois dos preceptores explicitaram que não enxergam isso como uma necessidade mas, que o apoio desse ator é importante como suporte.

“Rotineiramente, eu não vejo necessidade [...].eu acho que tem que ter alguns momentos de encontro. Então, eu acho que o mínimo, assim, de presença, uma vez a cada quinze dias, é que depende do estágio, né, da extensão do estágio. Tem estágio que dura um ano, tem estágio que dura dois meses, então, sei lá, pensando no mínimo de um estágio de um semestre, sei lá, quatro meses, cinco meses, uma vez a cada quinze dias, uma vez por mês, vai. Acho que tá bom. Agora, se fosse um serviço com mais dificuldade, aí eu acho que tinha que tá mais presente” (Entrevista – preceptor 01).

“Eu acho que não tem necessidade, assim, não. Eu acho, minha opinião. Até por conta que tem coisas que o professor vai fazer o quê ali na prática se ele não tem acesso à tudo, ele vai falar o quê que vai ser feito ali?” (Entrevista – preceptor 02).

Em algumas situações narradas pelos preceptores, quando o professor está presente no serviço, ele desempenha um papel positivo, principalmente, relacionado ao direcionamento dos alunos e ao apoio na elaboração de respostas para eventuais dúvidas.

“Os [professores] que vinham com eles, muitas vezes, davam suporte. Por exemplo, tem uma preceptora lá de enfermagem que é excelente. Ela fica com os alunos, organiza isso, então, você não se preocupa, o profissional do setor não se preocupa. Ela só chega em mim, dois três dias antes: ‘Eli, tem como cê dá uma aula?’, ‘Beleza, ok’. ‘Tem como cê ficar com o aluno?’. É diferente de você mandar os alunos e próprio o profissional da casa ter que dar atividade” (Entrevista – preceptor 03).

“Mas, por outro lado, ajudaria na parte da teoria. Por exemplo, em um questionamento que o aluno fizesse e que o preceptor não conseguisse responder porque teria só a prática, não teria teoria, acho que o professor conseguiria solucionar. E, como eu falei, talvez, geraria um pouco de conflito nessa situação da teoria com a prática que não se bate. Então, o professor fala uma coisa lá e, talvez, e não ia dá certo aqui, no momento. Aí, ia ficar, os alunos nesse sentido. Um exemplo, eu fica com aluno de enfermagem e a aluna perguntou assim: ‘Eli, existe medicamento intratecal, intraocular?’ Alguma coisa assim. Eu falei: ‘existe’. Só que a professora lá, falou que não. Aí eu falei vem cá, senta aqui. Aí eu mostrei pra ela. Falei: ‘Tá vendo esses quimioterápicos?’. Expliquei tudo certinho. E lá, ela falou que não. Então, talvez, esse conflito. Ela acreditou em mim porque eu mostrei e provei” (Entrevista – preceptor 03).

Todavia, os aspectos negativos apareceram com maior intensidade nos discursos.

“Eu acho que o professor, presente ali junto com os alunos, talvez, o aluno vai focar só o professor, tirar dúvida, vai buscar mais o professor porque ele vai entender como uma pessoa que entende da situação, né. Talvez, na prática, os dois ali, acho que ia gerar um pouco de conflito. Na minha opinião, talvez, os dois ali” (Entrevista – preceptor 03).

“Eu acho que se tiver no serviço alguém responsável por ele, eu acho que seria interessante, o primeiro passo. E, se não tiver alguém, se o professor for junto e não tem um planejamento de como vai ser, até o professor fica perdido ali no meio de todo mundo. Porque ele não vai fazer nada ali” (Entrevista – preceptor 02).

“O problema é que o preceptor ia largar de mão. Ele ia falar: ‘Não é meu aluno’. Quem tá orientando é o professor. Como acontece muitas vezes com a enfermagem, quando vem um professor. Ela [a professora] orienta todo mundo, ela direciona. De vez em quando que ela fala assim: ‘olha, hoje tem um visita domiciliar, vai com ele’. E, depois, na volta, que ela senta com todo mundo e discute a situação. Às vezes, o preceptor nem tá ali” (Entrevista – preceptor 03).

“[...] eu ia me sentir até um pouco incomodado. Vamos supor, o enfermeiro tá atendendo aqui uma consulta, aí, tá o aluno e o professor. Às vezes, o profissional vai se sentir meio assim de tá na presença do professor. De repente, eu faço dessa forma e ele tá ensinando de outra, não sei, nunca aconteceu isso comigo” (Entrevista – preceptor 02).

“Porque, assim, às vezes, na parte teórica é muito quadrado. Quando você vai pra prática é muito diverso, é outra realidade. Às vezes, a gente não tem equipamento suficiente, a gente não tem o material, então, a gente tem que fazer com o que tem. E eu não sei, às vezes, tiver um professor pra questionar, se o profissional vai se sentir confortável. Eu não sei mas, eu acho que eu iria me inibir um pouco. Imagine a professora [responsável pela residência] ali o tempo. Gente! Fica uma coisa estranha” (Entrevista – preceptor 02).

Para encerrar a discussão dos temas levantados pelos preceptores, destaca-se a importância de se incorporar as contrapartidas para o serviço na organização das atividades de integração ensino-trabalho. Os preceptores acreditam que a contrapartida pode ser direcionada à melhoria na formação pedagógica deles ou até elaborada de modo a oferecer benefícios diretos para o serviço por meio da atuação que busque solucionar problemas identificados.

“Ah, e eu acho que tem que ter contrapartida da própria instituição porque a gente fazia muita coisa lá e não via um retorno, não via nada de bom pra nós preceptores ou quem fica com os alunos. Muitas vezes, até os alunos questionaram muitas vezes isso, fazia uma tarefa e no final do ano não dava o final dessa tarefa. E aí, se perdeu, aí que a gente falava assim: ‘meu, vai ficar só nesse negócio de entra aluno, sai aluno’. E a Faculdade ou até a Fundação mesmo só recebendo e a gente sem ter uma contrapartida, sei lá, um curso a mais. É isso” (Entrevista – preceptor 03).

“Olha, eu vejo [a contrapartida] como algo bem importante, assim, e interessante quando pode ser construída com o serviço [...]. Então, muito legal, entende, algo que vai acrescentar, ajudar numa educação permanente dos trabalhadores também. [...] A gente tenta usar a contrapartida a favor do serviço, dos trabalhadores, dos usuários pra pensar a melhoria do serviço” (Entrevista – preceptor 01).

5.1.3 A ótica dos gestores

Os gerentes das UBS que participaram do estudo demonstram que reconhecem a importância da inserção de alunos de odontologia nos serviços de saúde. Palavras como 'importante/importância', 'fundamental', 'positivo' emergiram durante as entrevistas e revelam que esses profissionais valorizam a entrada dos estudantes nos serviços.

“Não, acho que negativo nunca. Agora, a importância, eu acho que é fundamental, né” (Gestor – 02).

“[...] hoje em dia, com os alunos que a gente recebe da odonto, eu vejo que é algo positivo sim. Positivo o que seria? Conhecer o território, conhecer qual que é a realidade da Atenção Primária aqui na cidade de São Paulo [...] Acho que é importante pra mudar essa visão, ter esse olhar pra saúde coletiva” (Gestor – 01).

Um dos gestores frisa a influência da experiencição da prática na ampliação do entendimento da profissão, desvelando a saúde coletiva, ainda tão mistificada. A literatura abrange resultados próximos (Arantes et al., 2009; Fonsêca; Junqueira, 2014a; Leme et al., 2015).

Depreende-se, da interpretação das entrelinhas, que a gestão mostra-se permeável à entrada dos estudantes nos serviços o que representa um indício para a desconstrução da crença de que existe resistência dos serviços com relação à essas atividades.

Da fala a seguir, infere-se que existe conhecimento, por parte da gestão, a respeito das mudanças curriculares e das diretrizes que norteiam esse processo. Reconhece-se um processo de mudança em curso e admite-se que a entrada de estudantes nos serviços gera questionamentos e reflexões que propiciam o conhecimento da realidade.

“Eu acho que eles vêm modificando aos poucos. Os alunos têm feito vários questionamentos, tanto pra gente como na academia, do que a gente conhece e as mudanças nas Diretrizes Curriculares tem favorecido essa aproximação, né, as ações de cada categoria profissional no SUS” (Gestor – 03).

Quando questionados sobre os tipos de atividades possíveis de serem desenvolvidas nos 'seus' serviços, os gestores listaram diversas delas, de modo abrangente, pensando para além da saúde bucal.

“Não, acho que... porque aí, se viesse esse alunos que ficassem com a saúde bucal, aí faria toda a questão de conhecer o território também, saber qual que é o papel da saúde bucal, da odontologia, na saúde coletiva. Que aí poderia fazer outras atividades, né, nos equipamentos de saúde, nas escolas, pensar em reunião de equipe com as equipes de saúde da família, pensar em visitas quando as equipes solicitam pra equipe da saúde bucal aí elas vão na casa fazer aquela avaliação.[...] aí, os alunos já iriam conhecer a nossa realidade, né? Que é triste!” (Gestor – 01).

“Sim, acho que na escola, seria, assim, bem possível a organização do atendimento das crianças na escola, grupo educativo, acho que sim” (Gestor – 02).

“[...] ações coletivas, de conhecimento na comunidade, ações em equipamentos sociais. Poucas ações são feitas na unidade [...]. De reconhecimento de território e a participação em algumas atividades de educação em saúde, em escolas, educação supervisionada, já ocorreram” (Gestor – 03).

“[...] se dividisse a turma, a gente faria outras atividades, não só pensando na odonto mas, conhecendo o que a Atenção Primária realiza, quais são os procedimentos, o que é que tá na nossa competência. Aí, seria bom pros alunos conhecerem o que é o SUS, o que é a Atenção Primária. Não ficar só focado na clínica, né, que a gente faz não só a clínica mas, tem também o trabalho de prevenção [...], bem válido nessa questão de conhecer não só a clínica mas sim o trabalho de prevenção” (Gestor – 01).

“Não só a prática clínica individual mas, a prática coletiva acontecendo em diferentes momentos” (Gestor – 03).

É curioso conhecer a percepção dos gestores sobre as atividades possíveis de serem realizadas pelos alunos de odontologia porque eles entendem que, como qualquer outro futuro profissional de saúde, é imprescindível que eles construam um conhecimento ampliado sobre o equipamento de saúde, a equipe e o trabalho desenvolvido. Destacam a importância de conhecer o território, as ações coletivas e a APS em seu conjunto para, a partir dessa compreensão, entender onde a saúde bucal está localizada e aprofundar os conhecimentos relacionados à abordagem clínica individual na área.

Convergente com essa crença, diversas investigações demonstram os benefícios advindos da inserção dos estudantes nos diferentes setores dos serviços de saúde, envolvendo ações variadas que vão além das atividades específicas em saúde bucal (Warmling et al., 2011; Bulgarelli et al., 2014, Leme et al., 2015). O PET-Saúde – como uma iniciativa modelo – também proporcionou aos estudantes de diversos cursos de saúde a possibilidade de transitar por todas as áreas dos serviços e isso contribuiu para uma formação mais coerente com as demandas do SUS (Fonsêca; Junqueira, 2014b).

Esse raciocínio parece óbvio mas, não é esse o pensamento vigente entre a maioria dos cirurgiões-dentistas e, tão pouco, é coerente com a representação dos estudantes a respeito dos estágios. Em muitos casos – principalmente quando são desenvolvidos no setor privado – o estágio acaba tornando-se técnico-odonto-centrado, o que reduz suas potencialidades.

Considera-se, no entanto, que essa constatação é favorável no sentido de viabilizar a conformação de estágios mais abrangentes, desligando-se da noção de estágio em odontologia e passando à compreensão da formação no trabalho em saúde e tudo que é inerente à ele.

Outra característica positiva ligada aos serviços de saúde da APS é o caráter multiprofissional do contexto de trabalho e a presença, em muitos deles, de estudantes de diversas áreas da saúde, de níveis diferentes como graduação, aprimoramento e residência.

“[...] a gente recebe alunos da medicina e da enfermagem” (Gestor – 01).

“A gente tem do IPQ³⁶ que são residentes de psiquiatria, aprimoramento e aperfeiçoamento profissional. Há dois anos, vai fazer dois anos e desde junho, residência de enfermagem, residência de enfermagem em Atenção Primária com ênfase no PSF. A gente tem um R2 e um R1 e das outras residências da enfermagem mas, elas são pouquinho tempo” (Gestor – 02).

“Porque a gente não recebe somente os alunos da odonto, né, que aí mistura, coincide com as outras, as outras, não seriam disciplinas, as outras faculdades. Da medicina, enfermagem, tem farmácia mas, é um ou dois que fica com o pessoal da farmácia mesmo. Mas, são muitos alunos no mesmo dia, então, a atenção é dada mas, não é aquela atenção que a gente gostaria que fosse, realmente, né, oferecida pros alunos” (Gestor – 01).

Reforça-se, novamente, os efeitos positivos da educação interprofissional, valorizada também pela gestão (Batista, 2013). No entanto, as narrativas revelam que a organização dos alunos no contexto do trabalho, devido à quantidade e diversidade, exige um planejamento no sentido de evitar que haja sobrecarga para o serviço bem como viabilizar, para os estudantes, um cenário que seja, realmente, pedagógico.

Na verdade, os desafios vão além da distribuição dos estudantes por setores e da gestão logística das pessoas no serviço. Ainda existem, devido à escassez de experiências em formação interprofissional, dificuldades na sua implantação derivadas da definição imprecisa, dos entraves curriculares, das resistências

³⁶ Instituto de Psiquiatria.

manifestadas por discentes, docentes e profissionais de saúde, dos problemas com algumas corporações profissionais, dentre outros (Batista, 2013).

Quando o tema do diálogo com os gestores era a preceptoria feita pelos profissionais dos serviços, dois deles pontuaram a diversidade de perfis, o que pode facilitar ou inviabilizar a permanência de estudantes nos serviços de saúde bucal. Apesar de acreditar que 'receber alunos' é uma premissa do trabalho no SUS, já que a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e outras legislações conferem ao sistema a responsabilidade de regular a formação em saúde, entende-se que potencialidades são perdidas no momento em que o profissional é obrigado a partilhar seu trabalho com os estudantes. A compreensão dos desejos e angústias dos candidatos à preceptores é imprescindível para a tomada de decisões no âmbito da organização dos estágios.

“Mas, quem está hoje na saúde bucal são profissionais que são, que estão aptos, precisa receber alunos. Mesmo uma delas tendo esse pouco tempo, ela tem, sei lá, esse perfil de que gosta de receber aluno” (Gestor – 01).

“Eu acho que uma dentista sim, a outra cirurgiã-dentista eu acho que não. Talvez não tenha também tanto interesse” (Gestor – 02).

Com relação ao papel desempenhado pelos professores, os gestores acreditam é interessante manter um docente com os alunos nos campos de prática com vistas a fomentar discussões e reflexões.

“Não, eu acho que é importante ter um preceptor [referindo-se à presença do professor] junto, né, pra discutir, é importante” (Gestor – 01).

“[...] com a presença dos docentes junto, né, com os alunos porque eu acho que dá uma segurança pra todo mundo e que eu acho que todo mundo ganharia com o resultado final” (Gestor – 03).

A participação de um docente bem preparado para estimular a construção de conhecimentos e de uma postura crítica é reconhecidamente importante (Lazarin et al., 2010; Bulgarelli et al., 2014). No entanto, para que esse intento seja alcançado é indispensável que o professor – considerado o elo entre a teoria, a realidade e a prática – seja preparado e qualificado o suficiente no sentido de estimular a curiosidade e a busca de respostas pelos alunos (Bulgarelli et al., 2014). Ressalta-se, todavia, como evidenciado no capítulo 1, que os alunos não enxergam essa necessidade e reforçam que se sentem mais confortáveis sem o professor por perto.

A presença do professor representa, para os gestores, a possibilidade de “dá uma segurança” – como dito por um dos gestores – ou seja, parece existir um receio

relacionado à organização do estágio e aos possíveis imprevistos e questionamentos feitos pelos alunos.

Quando os gestores começaram a narrar os principais empecilhos para a entrada dos estudantes de odontologia no trabalho, eles apontaram a capacidade física e de Recursos Humanos como os maiores deles.

“É o que a gente tava falando... Tem questão mais estrutural, né, eu acho que é mais estrutural mesmo que a gente tem de espaço físico [...]. Que aqui é bem pequenininho, só tem uma equipe e a equipe que trabalha aqui são quarenta horas por semana porque a equipe da odonto faz parte de uma Equipe de Saúde da Família, tá cadastrada nessa Equipe de Saúde da Família mas, é uma equipe pra atender todo nosso território que são 15000 pessoas (!), né, é meio difícil mas, elas fazem bem o trabalho, né” (Gestor – 01).

“Estrutura física. Estrutura física. É tanto que nunca tinha recebido nem residência de enfermagem, só de psiquiatria mesmo e é uma vez por semana, um período. Mais por uma demanda da unidade, por uma demanda de atendimento, uma demanda reprimida de pacientes de psiquiatria do que uma questão da integração ensino-serviço. E aí eu recebi, em junho eu conversei com as professoras da enfermagem e achei que teria condições de receber as residentes e achei que..., conversei que dependendo do andamento, da organização da unidade, a gente poderia começar a pensar em receber alunos de graduação, a partir de 2016. Com relação à odontologia, a gente tem uma questão de RH também porque eu tenho duas dentistas, são as duas da prefeitura. Por exemplo, hoje eu tenho uma em licença, licença de quinze dias. Então, além, pra odonto eu não teria, com relação à estrutura física que eu tenho pras demais categorias da unidade, tá, mas, eu teria com relação à RH. Eu tenho uma auxiliar de consultório bucal” (Gestor – 02).

“Então, estrutura... de novo, tem essa questão do RH porque, por exemplo, a dentista que trabalha, que é mais presente na unidade, ela trabalha no terceiro período. Então, ela trabalha das 15 às 19. Não sei como é que seria isso pra aluno de graduação. Ele vai pegar, é praticamente fora do horário, né, da...” (Gestor – 02).

Por conta dessa limitação, os gestores concebem a inserção de poucos alunos – em geral, não mais que dois – para garantir que serão acompanhados e que farão uma experiência pedagógica efetiva.

“Acredito que sim [é possível receber alunos]. Mas, em número reduzido porque aqui na unidade a gente só tem uma equipe de saúde [bucal] e a sala da odonto é bem pequenininha. Acredito que pra ter aluno pra acompanhar a cirurgiã-dentista, ou melhor, a equipe da saúde bucal, daria mas, se fosse um ou dois no máximo” (Gestor – 01).

“É. Pra receber sim, um ou dois alunos sim. Mais que isso é impossível. Pra ficar diretamente com a saúde bucal” (Gestor – 01).

Outro problema que apareceu está ligado à organização dos serviços. Os gestores explicitaram as deficiências dos serviços, principalmente no que se refere à

falta de material, apontando isso como um fator limitador para o desenvolvimento das atividades.

“E, também, eles iriam identificar quais são as nossas dificuldades, que não é fácil trabalhar aqui em São Paulo, que é a nossa vivência, porque falta muitos, muitos materiais, o que a gente tem, são materiais sucateados, como eu posso dizer? Acho que não tem um olhar ainda, um olhar bom dos alunos pro serviço público, da saúde bucal. É triste mas, quem tá aqui sofre. Pelo menos, a equipe que eu tô aqui, é, a equipe trabalha e trabalha bem, mesmo com as deficiências, né, a gente faz coisas na nossa raça, né?” (Gestor – 01).

“Porque tem muitas dificuldades. Além da questão estrutural, da parte, tem equipo mas, falta material, né, mês passado a gente tava com falta de luva de procedimento. Então, assim, agulhas, uma série de produtos, meio sazonal, né, de recursos materiais que faltam. Então, assim, acho que tem todas as questões do serviço público que precisa melhorar que é estrutura, RH, material mas, acho que a gente não pode deixar de pensar em formar profissionais que sejam mais adequados, em formar esse perfil pra assumir as vagas da rede, ou seja, responder a demanda da população” (Gestor – 02).

“O que também é dificultador, que eu falo, é a questão de equipamentos, né, que a gente tem poucos, eu tô sendo repetitiva, né, é. [risos]. É, mas eu acho que dificultador é a questão do equipo, os instrumentais que temos pouco, alguns materiais, alguns equipamentos do trabalho, ultrassom que tá quebrado, tá pra conserto mas, são essas pequenas coisas que, talvez, o aluno vai, vou lá e não tem tanto equipamento, tanto instrumental. Pode ser que espante o aluno mas, aí, se a gente fizer um trabalho bom de acolher, talvez, ele vá entender: ‘não, vou trabalhar na Atenção Primária porque eu quero mudar essa realidade [...]’ (Gestor – 01).

Como afirmado no capítulo 1, a laboriosidade da integração ensino-trabalho é vasta e encontra uma série de empecilhos para ser implementada. Os impasses ligados à capacidade física/estrutural e humana dos serviços para receber e incluir os estudantes na rotina do trabalho representam outro dificultador. No final da última narrativa, o gestor aponta a possibilidade de essas dificuldades ‘espantarem’ os alunos dos serviços. Na verdade, infere-se que ele esteja afirmando que o estudante pode não se identificar com o trabalho na APS, ao conhecer essas limitações e perceber que a realidade difere do contexto apresentado e reforçado pela academia. No entanto, o mesmo gestor deixa claro que, se houver um trabalho de ‘acolhimento’ no sentido de propiciar o entendimento da realidade, sem emitir juízos de valores precipitados, o estudante pode construir percepções diferentes e até planejar trabalhar nesse contexto.

São implícitas, ainda, as dificuldades advindas da conjuntura organizacional dos serviços de saúde no recorte espacial estudado. Parte das UBS do município de São Paulo é gerida por Organizações Sociais (OS), por meio de contratos de gestão.

Os discursos revelam as incertezas relacionadas à continuidade das ações planejadas e a instabilidade das parcerias firmadas.

“Que agora, como a gente vai sair, né, não vai ser mais a mesma OS, eu não sei como vai ser com a outra [...]” (Gestor – 01).

Aparecem, ainda, as diferenças entre profissionais contratados pela Administração Direta e pela OS, sendo que nesse contexto, o gestor reconhece o vínculo com a OS como mais favorável para inserção nas ações de integração ensino-trabalho.

“Eu acho isso mais difícil com o profissional da prefeitura com o que é da OS. Não por nada... porque esse profissional da OS nosso, ele é um profissional de uma instituição voltada pro ensino e pra pesquisa, e eu acho que é um pouco disso. Então, das duas cirurgiãs-dentistas hoje, eu acho que uma teria mais condição, facilidade e a outra talvez a gente precisasse conversar mais, né, pensar, sentar junto, pensar estratégia” (Gestor – 02).

Um estudo relacionado à integração ensino-trabalho, que também incluiu gestores como sujeitos de pesquisa, descortina os impasses relacionados à pactuação entre as instituições. Segundo os autores, frequentemente, isso é feito mediado por convênios que “incorpora as relações contratuais formais de acesso à rede de serviços, manutenção, ampliação estrutural de unidades ambulatoriais e hospitalares que passaram a servir cenários de práticas para o ensino”. Entretanto, no geral, esses convênios são instáveis e não abordam mecanismos formais de permanência “que auxiliem a repensar a lógica dos processos pedagógicos, de trabalho ou gerenciais, ou ainda que tencionem os fluxos de informação e tomada de decisão nas instituições” (Guizardi et al., 2011, p. 157).

Além dessas, outras dificuldades apontadas no mesmo estudo foram:

[...] a alta rotatividade dos estudantes; a pouca continuidade no trabalho; a presença de estudantes na hora de ajudar a detectar problemas, mas não na hora de desenvolver ações; orientações inadequadas para o tipo de população da região; postura inadequada dos estudantes; distância cultural e social entre estudantes e população; pouco espaço físico da unidade de saúde para acolher os estudantes, a falta de cordialidade na relação entre estudantes e profissionais; e a queixa de que a equipe tem que suprir demandas criadas pela universidade (Guizardi et al., 2011, p. 158).

Essas dificuldades precisam ser debatidas coletivamente com o intuito de viabilizar a desconstrução das características enrijecidas das instituições (Guizardi et al., 2011) e criar um espaço que seja pedagógico e afetivo para todos os envolvidos.

No recorte a seguir, o gestor analisa a relação dos serviços com a academia. A narrativa, no momento que foi construída – verbalmente – desvela um tom de indignação. O gestor enxerga um afastamento e acredita na necessidade de estreitar essa relação. É evidente que o conhecimento da realidade dos serviços agrega na atividade de docência. Por conta disso, o gestor deseja uma aproximação mais sólida.

“A necessidade de uma aproximação, normalmente, os teóricos, os especialistas, eles estão muito distantes da realidade do curso. Quando você faz análises estanques e perde detalhes da rotina e isso faz muita diferença. É uma necessidade da aproximação do ensino nos serviços e uma formação de políticas públicas que, de fato, favoreça essa formação em serviço. A gente teve umas políticas indutoras, né, com a entrada dos alunos nos serviços mas, sem preparo pedagógico dos profissionais, sem previsão de estrutura física, sem revisão dos planos, né, dos processos de trabalho dos profissionais e alguma atividade sempre fica comprometida, ou a assistência ou o ensino” (Gestor – 03).

Chama atenção o final do discurso por afirmar que os profissionais que integraram as políticas indutoras – como o Pró-Saúde e o PET-Saúde – não tinham um preparo pedagógico ideal para desempenhar as ações. Além disso, na visão do gestor, as atividades não foram afinadas com a estrutura física e com os processos de trabalho dos profissionais, o que pode ter gerado alguns prejuízos. Resultados convergentes com esses foram explicitados por Fonsêca e Junqueira (2014b).

Torna-se evidente, e isso é reforçado no discurso abaixo, a imperatividade de contrapartida oferecida pelas IES. Destaca-se, nessa conjuntura, a importância de planejar essas ações de modo coletivo, envolvendo a esfera do trabalho, da academia e dos atores participantes.

“[...] que retorno que a Instituição de Ensino pode dar para os serviços [...]. Em contrapartida, também discutir o quê que a universidade pode proporcionar além de trazer, futuramente, profissionais mais adequados, mais adaptados ou mais, né, com uma consciência melhor pras necessidades do serviço e qual a contrapartida também que a Instituição de Ensino pode dar pros profissionais que participam juntos com os alunos, né? Que também acabam doando seu tempo, trabalhando em conjunto, é, eu acho que tem que ser na questão do ensino mesmo. Então, assim, como é que a gente pode pensar em novos mestrados, né, que nem o mestrado profissional mais voltados, de novo, pras necessidades dos serviços, é..., ou mesmo cursos de capacitação, educação continuada” (Gestor – 02).

Emergiram algumas sugestões para a organização do modelo de estágio em odontologia. Dentre outras características, os gestores acreditam que ele deve começar no início da graduação, ocupar um tempo maior na estrutura curricular e

ser longitudinal, levar pequenos grupos de alunos para os serviços e se conformarem de modo ampliado – e não restritos às abordagens da saúde bucal.

“E eu acredito que, da odonto, se viesse aluno desde o comecinho, da graduação, ou no segundo e terceiro ano e acompanhar, por um tempo, a equipe de saúde bucal, acho que teria mais profissionais voltados pra trabalhar na Atenção Primária [...]” (Gestor – 01).

“[...] colocar um tempo maior pra Atenção Primária, porque aí ficaria uma semana aqui na unidade, pra vivenciar mesmo o que a gente faz. [...] Acho que se pudesse aumentar essa grade, esse horário pra Atenção Primária ficar uma semana por semestre, não sei como vai organizar. Porque aí, ficaria o mesmo, podia até ficar com a equipe de saúde bucal, ficar um pouquinho, na verdade, com todo mundo da equipe, vivenciar aquilo que a gente faz mesmo, né [...]. Porque eu acho que essa visita, rapidinha, talvez, tenha um viés de como é enxergada a atenção primária, como é enxergado o nosso trabalho. Acho que pensar na mudança mesmo, da estrutura curricular, aumentar, né, as horas pra Atenção Primária, principalmente, no estágio, né, no campo e diminuir o número de alunos que aí, a gente consegue dá uma atenção melhor também” (Gestor – 01).

“[...] eu acredito que seria interessante ter outras atividades no decorrer do curso pra que o aluno pudesse vivenciar o trabalho em equipe, as trocas, a relação interprofissional, o seguimento dos pacientes como a gente faz na atenção primária, a questão da longitudinalidade é muito difícil de trabalhar e a gente só aprende, né, depois que você já tá formado e aí parece que o que você viu na Faculdade não faz sentido na sua vida, isso gera medo, né, isso gera angústia no profissional. Eu acho que a entrada dos alunos em pequenos grupos, ao longo do curso como um todo, favoreceria a formação de todos. E que a universidade também pudesse ter planos já de composição entre as categorias profissionais, acho que favoreceria muito vocês” (Gestor – 03).

Essa é uma percepção coerente com os princípios das DCN (Brasil, 2002) – tanto para os cursos de odontologia como para os demais cursos da área da saúde – e com trabalhos que mostram as experiências de estágios em variadas IES no Brasil (Warmling et al., 2011; Bulgarelli et al., 2014; Leme et al., 2015; Fonsêca et al., 2015).

É nítido que, apesar de haver grande crença na existência de oposição por parte dos serviços de saúde relacionada à entrada dos estudantes, os gestores que participaram desse estudo enxergam a integração ensino-trabalho-cidadania em odontologia de forma positiva, um achado motivador e, ao mesmo tempo, intrigante. Onde estariam então essas resistências? Espera-se lograr responder à essa questão até o fim do trabalho.

5.2 Capítulo 2

Projeto Inovação na produção do cuidado em saúde bucal como lócus pedagógico

“O que quer dizer cultivar? É uma coisa muito esquecida... Significa laços”.
Antoine de Saint-Exupéry

5.2.1 O percurso da (des) aprendizagem pela experiência: ampliando o olhar sobre a clínica

Transformar um encontro em processo intercessor não é só estar com o outro em ato, há que se desterritorializar dos saberes-instituídos de seus lugares seguros pela ação do acontecimento micropolítico no encontro, para o que der e vier. Mas, isso não é uma decisão moral ou ética *a priori* de ninguém e sim uma afecção que os encontros produzem, desacomodando, incomodando, simpatizando, irritando e muitos outros gerúndios, pois emergentes ali no acontecer, no ato de produção com o outro para mim e em mim. É nessa direção que esse desafio é muito provocante para agires que se propõem no campo da formação de trabalhadores de saúde (Merhy, 2013).

A “desaprendizagem” é imprescindível para produzir inovações no aspecto didático-pedagógico, ou seja, é necessário não chegar pronto no encontro (Merhy, 2013). Dessa maneira, com a expectativa da descoberta, de parcial abandono de antigas concepções, a pesquisadora e um dos estagiários³⁷ se abriram ao novo no campo de coleta de dados, permitindo-se experienciar as práticas desenvolvidas e construir conhecimentos por intermédio da experiência.

A expectativa era que esses encontros entre os participantes, outros profissionais de saúde e os usuários, no momento em que se realiza a clínica, fossem intensamente pedagógicos, como os encontros citados por Ceccim e Merhy (2009, p. 533):

[...] os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos, operam, ante as práticas inculcadoras/ homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções. Uma segunda aproximação é a de que as interações são

³⁷ O Projeto Inovação previa a participação de todos os estagiários nessa fase, no entanto, devido à empecilhos de ordem institucional, apenas um dos estudantes e a pesquisadora conseguiram se inserir nos setores da unidade.

estratégias de resistência e criação, vividas como paradoxo num mundo habitado pela profusão de práticas clínicas e pela profunda fragilização da vida (despotencializada para conduzir processos intensivos, afastada da alegria, desumanizada).

Corroborando com os autores citados, o recorte do diário da pesquisadora evidencia a riqueza pedagógica advinda da experiencição das diversas clínicas do Paula Souza. O encontro com o sujeito e com o profissional que o aborda direciona o olhar do observador para a produção do cuidado do corpo vivo, complexo, repleto de subjetividades, diferente da abordagem 'odontocentrada' reforçada, muitas vezes, na odontologia. Essa compreensão é transformadora de concepções e práticas e, como afirmado no final do discurso, o potencial pedagógico é superior à aprendizagem oriunda do ensino tradicional.

“O primeiro impacto veio por meio da experiencição das outras clínicas. Conhecer, questionar, compreender o trabalho de médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde que se direciona ao sujeito como ‘objeto’ comum de atuação foi fantástico! A partir dessa experiência, eu comecei a enxergar o paciente/usuário de outra forma, com maior aproximação com a integralidade. A partir dela, também percebi o quanto a dicotomia corpo-boca é reforçada pelos outros profissionais da saúde. Cheguei à conclusão de que o paciente/usuário poderia ser melhor ‘cuidado’ se ele fosse visto como um todo orgânico e social. É diferente concluir isso depois de ter visto tantos casos, tantas abordagens diferentes, depois de ter dialogado com outras categorias profissionais do que a certeza que eu tinha antes, a partir dos livros, artigos e aulas” (Diário da pesquisadora em 30/11/2013).

O próximo trecho manifesta a potência da imersão nas clínicas para fomentar reflexões sobre o trabalho em saúde o que, mais uma vez, reforça o caráter pedagógico desse tipo de atividade.

“Enfim, com isso e com várias reflexões não explicitadas aqui porque são muitas mesmo, terminou minha ‘observação’ no Paula Souza no dia 07 de junho” (Diário da pesquisadora em 07/06/2013).

A aprendizagem é enriquecida pela compreensão da propedêutica da clínica médica, onde a investigação dos aspectos físicos se unem à história de vida e a subjetividade do paciente para chegar ao diagnóstico e à uma conduta adequada. A pesquisadora se surpreende ao enxergar, de forma concreta, o cuidado indo além do corpo biológico, como frisa Merhy (2013), operando na complexidade do encontro micropolítico dos atores envolvidos, na ótica do trabalho vivo.

“Eles começaram inquirindo a paciente sobre suas condições gerais, queixa, problemas, etc. Ambos (dupla de alunos e paciente) se mantiveram

sentados apoiados pela mesa e conversaram longamente sobre diversas questões como condição socioeconômica, moradia, trabalho, problemas da vida, problemas de saúde, etc. A conversa durou cerca de 30 minutos. A principal queixa da paciente era o 'esquecimento' frequente de datas. Fizeram testes específicos para avaliar o grau de 'esquecimento' e me explicaram, posteriormente, que poderia tratar-se de um transtorno cognitivo. Em seguida, a paciente foi convidada a sentar-se na maca e foi submetida à palpação e inspeção de diversas partes do corpo. A palpação iniciou-se pela cadeia de gânglios cervicais, continuando pela tireoide (encontraram um aumento de volume da glândula) passando pela inspeção dos olhos, da boca (o aluno solicitou que a paciente removesse as próteses, 'passou o olho' pela cavidade bucal e perguntou sobre eventuais queixas nesse território), chegando à palpação das mamas quando a paciente encontrava-se já deitada. Identificaram uma cicatriz decorrente da colocação de um marca-passo. Auscultaram o coração e 'aferiram' o pulso. Fizeram palpação abdominal e inguinal. Aferiram a pressão arterial (com a paciente deitada, sentada e em pé). Durante todo o exame físico, a conversa se manteve e a paciente foi dialogando, informando melhor sobre suas condições. Tudo foi devidamente anotado no prontuário" (Diário da pesquisadora em 26/08/2013).

"Esse foi o meu primeiro contato – na condição de observador – com uma consulta em clínica médica. Confesso que fiquei surpresa com a riqueza de detalhes e com a associação dos achados no exame clínico com as condições de vida da paciente. No entanto, também me frustrei em relação a alguns aspectos. Percebi, por exemplo, a fragmentação do setor quando os alunos negligenciaram as informações já contidas no prontuário da paciente como exames de controle de glicemia e dislipidemia, aferições de pressão, etc. Além disso, repetiram uma série de perguntas que já constavam no prontuário como datas de prescrições de medicamentos e realização de procedimento (Diário da pesquisadora em 26/08/2013).

No entanto, a observação desse encontro também gerou frustrações. No exemplo acima, a frustração é oriunda da constatação de que a abordagem pode ser, ao mesmo tempo, ampliada e fragmentada. Aliás, é mais adequado afirmar que, em oposição à clínica ampliada, estrutura-se uma clínica fragmentada, reduzida ao momento em que é desenvolvida sem associação com os aspectos já abordados e contidos no prontuário dos pacientes.

Registra-se uma inferência feita por meio da experiencição do setor de geriatria, organizado por uma disciplina de um curso de medicina de uma Instituição Pública de Ensino. Foi evidente o desconhecimento da organização do serviço de saúde onde a prática clínica ocorria e, para além disso, os alunos de graduação e até os médicos residentes demonstram alguma confusão em relação ao papel da APS. O recorte apresentado a seguir confirma esse achado:

"Um outro fato que me chamou atenção foi a pergunta feita por um dos alunos: mas aqui é uma UBS? O que estaria por trás dessa pergunta? Estou refletindo até o momento. Será que eles não conhecem o serviço previamente à inserção na clínica propriamente dita? Certamente não, o que configura comprometimento da aprendizagem integral. Em algum

momento a residente afirmou que o 'tratamento' acabava ficando comprometido por se tratar de uma UBS e não haver possibilidade de solicitar todos os exames que ela deseja ou efetuar a internação dos pacientes como era possível fazer no Hospital. Seria então a reprodução de um modelo hospitalar em nível primário? Isso me confundiu bastante. Certamente, os alunos de medicina constroem uma visão de atenção à saúde pautada pelo modelo hospitalar, centrado em tecnologias leve-duras e duras. No entanto, a clínica que eu presenciei esteve durante todo o seu curso baseada em tecnologias leves. Fica a incoerência para mais reflexões" (Diário da pesquisadora em 26/08/2013).

Sobre a mesma clínica, a pesquisadora fez, ainda, a observação que segue:

"A experiência foi riquíssima uma vez que, além de vivenciar a clínica geriátrica, tive a oportunidade de conhecer um modelo pedagógico que, a meu ver, poderá servir de inspiração (parcialmente) para o nosso modelo de estágio curricular" (Diário da pesquisadora em 26/08/2013).

Ou seja, além da apropriação de conhecimentos clínicos e da ampliação do olhar relacionado ao sujeito, essa imersão propiciou a aproximação com abordagens pedagógicas de outros cursos – já que o Paula Souza recebe estudantes de diversos níveis e áreas – gerando potencialidades para pensar o modelo de estágio vislumbrado nesse trabalho.

Os encontros, na lógica da micropolítica do trabalho, podem propiciar trocas "entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato", permitindo (re)invenções e desterritorializações (Ceccim; Merhy, 2009, p. 533). A presença de profissionais de outra área – no caso, da odontologia – nos protegidos consultórios, inquietou, de algum modo, os trabalhadores em saúde levando-os a pensarem e refletirem sobre a saúde bucal.

"Quando o último usuário saiu, eles me perguntaram o que eu pensava com relação ao que poderia ser feito em saúde bucal" (Diário da pesquisadora em 07/06/2013).

"Havia algumas perguntas sobre a boca do paciente e um exame clínico. Como o aluno não entendia muito (curioso!), pedi minha ajuda para avaliar a saúde bucal da paciente. Da maneira que pude (com espátulas de madeira) avaliei os dentes e a mucosa da paciente, que aparentemente não apresentava alterações. Tentei explicar para ele o que deveria observar e checar na cavidade bucal. Após preencher toda aquela ficha, o aluno foi apresentar o caso para o médico responsável (enquanto isso o paciente aguardava fora do consultório). O acompanhei e ele perguntou sobre a relação dos dentes com a saúde geral do paciente (como se uma coisa não estivesse implícita na outra). Expliquei como pude" (Diário - estagiário 01 em 04/10/2013).

No entanto, ao mesmo tempo em que os profissionais demonstravam interesse e abertura para a troca de saberes e experiências, houve estranhamento. Essa constatação pode ser atribuída à histórica separação da boca do restante do

corpo, fortemente presente na odontologia e aceita pelas demais práticas médicas, em outras palavras, o saber médico não se expande para as condições bucais (Botazzo, 2013).

“[...] mas, assim, enquanto eu tava lá, eu não sei se é porque é uma coisa diferente, que as pessoas não tarem acostumadas de, sei lá, tá no meio de uma consulta e terem alguém observando ali, [...] eu acho que é estranho o aluno da odontologia tanto é que perguntavam: ‘quê que cês tão fazendo aqui? Por que que cês tão aqui?’. E, de uma forma que a gente teve é, também, eu ouvi coisas positivas: ‘nossa, que bom, a odonto aqui, não sei o quê’ mas, teve um estranhamento, assim, não sei se eles achavam ruim, bom, não dá pra saber mas, dava pra perceber que era uma coisa estranha, uma coisa: ‘nossa, o quê que essas meninas tão fazendo aqui?’ (Entrevista – estagiário 01).

Em linhas gerais, a experiencição das clínicas do Paula Souza, descortinou uma abordagem centrada no que ‘sobra do corpo’ ao retirar a boca. Mesmo que essa não tenha sido a intenção inicial, foi evidente que a dicotomia corpo-boca é fortemente reforçada pela área médica, e não só pela categoria odontológica³⁸.

Por conta dessa ausência de compreensão sobre a inserção da saúde bucal nos contextos clínicos, houve dificuldade e até resistência de alguns profissionais no sentido de abrirem a intimidade do seu cotidiano de trabalho para a pesquisadora e o estagiário.

“Finalmente, depois de alguns contratempos e dificuldades para consegui agendar o acompanhamento da rotina do setor de geriatria (registro que as dificuldades existem também para os demais setores) compareci ao serviço hoje” (Diário da pesquisadora em 26/08/2013).

Causou desapontamento a conduta prescritivista – tão divergente em relação às práticas de saúde bucal que podem ser definidas como mais restauradoras – predominante no contexto da abordagem médica.

“Bem, até agora acho que as consultas ‘menos interessantes’ são as do setor de saúde do adulto porque a conduta está sempre baseada na queixa, com um exame clínico direcionado para essa queixa e, geralmente, os pacientes estão sob acompanhamento há muito tempo o que torna ‘desnecessário’ a realização de exame clínico completo (Diário da pesquisadora em 10/10/2013).

“Outra coisa que tem me chamado bastante atenção é o caráter extremamente prescritivo da clínica médica. Em suma, os médicos solicitam exames e prescrevem medicamentos. Acontece isso em 99,9% das consultas. O retorno é negociado com o paciente no próprio consultório e o

³⁸ Esse conteúdo foi melhor discutido no artigo intitulado: ‘A clínica do corpo sem boca: dicotomia corpo-boca na área médica’, que será enviado para a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

médico marca na agenda de papel” (Diário da pesquisadora em 10/10/2013).

“Na hora de apresentar o caso, a importância da medicação a ser prescrita foi muito evidente. E fiquei pensando sobre como são essas consultas e como a resolução do ‘problema’ do paciente gira em torno de medicamentos. Enfim, o médico ensinou o aluno como prescrever os medicamentos para a paciente, e em quanto tempo ela iria retornar. ‘Simples’ assim. Rs. Fiquei refletindo sobre a tal ficha clínica que também usamos, principalmente na faculdade. É diferente quando você vê uma consulta de fora” (Diário – estagiário 01 em 04/10/2013).

Atualmente, a conformação do campo da saúde, ao menos nas sociedades ocidentalizadas, vive o fenômeno da medicalização e suas consequências, dentre as quais “um perfil de prestação das práticas de atenção, de educação dos profissionais da área e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas” (Ceccim; Merhy, 2009, p. 535).

A partir da vivência, a pesquisadora consegue compreender as diferentes abordagens de cada setor, agregando e ampliando conhecimentos clínicos ao seu arsenal teórico-metodológico como profissional de saúde.

“Elas me falaram que toda consulta se baseia em cinco diagnósticos (patológico, vacinal, social, familiar, nutricional e mental). Ao analisar a ficha utilizada por elas (gentilmente me cederam uma cópia) consegui identificar as perguntas relacionadas a cada um dos diagnósticos. Após a conversa inicial e a acolhida da queixa (caso exista), a criança é submetida ao exame físico que é iniciado na cabeça e vai em direção aos membros inferiores, percorrendo todo o corpo com ausculta e palpação. Além disso, as crianças são pesadas e tem o perímetro cefálico medido para controle de crescimento. No prontuário, há gráficos específicos para esse controle” (Diário da pesquisadora em 11/10/2013).

5.2.2 Extrapolando a odontologia 'in vitro' e encontrando uma clínica ampliada de saúde bucal

De modo similar ao que ocorreu nas discussões feitas pelos alunos de odontologia durante os grupos focais (apresentados no capítulo 1), os estagiários do Projeto Inovação – nas entrevistas individuais e nos seus diários – ainda que não questionados diretamente sobre isso, reportaram-se às clínicas da IES à qual estão

vinculados³⁹ mas, nesse caso, o fizeram comparando suas práticas com o que foi desenvolvido no estágio.

“[...] a gente vive numa bolha aqui dentro dessa Faculdade, dentro daquela clínica que é um universo paralelo [risos]” (Entrevista – estagiário 01).

“Quando estou no Projeto fico com a antena ligada para absorver o máximo possível, já que a ‘realidade’ é diferente do que a gente aprende na Faculdade” (Diário – estagiário 01 em 27/03/2014).

Os discursos anteriores evidenciam que, na concepção do estagiário, há dois espaços de formação distintos entre si sendo o primeiro deles – a clínica da Faculdade – distante da realidade, montado de acordo com o que as disciplinas julgam essencial no processo de ensino-aprendizagem, sem que as variáveis externas sejam consideradas, daí as denominações de ‘bolha’ e de ‘universo paralelo’, usadas pelo estudante. No segundo espaço – o campo de estágio – é que se dá o contato com a realidade e tudo o que é inerente à ela. Extrapolando essa compreensão, subentende-se que o cenário real, a ‘realidade’ dita pelo estudante, é que representa a maior fonte de construção de conhecimentos (Bondía, 2002; Kastrup, 2013).

Agregando nesse aspecto, o mesmo estagiário frisa a diferença na abordagem direcionada ao paciente em um e em outro espaço. Mesmo sendo pacientes parecidos do ponto de vista das necessidades, eles são vistos sob óticas diferentes e isso está diretamente relacionado ao modo como o tratamento é planejado e executado. No estágio, o paciente aparece com uma complexidade mais elevada – já que o objeto de atuação é o sujeito e não o dente – exigindo uma postura diferente, quando comparada à postura que o estudante assume na Faculdade. No contexto do trabalho em saúde, ele se sente mais responsável e, conseqüentemente, mais motivado a resolver às necessidades que lhe são colocadas.

“Sim, isso na verdade é... eu não sei porque a impressão que eu tenho desse, desse estágio é que lá é a vida real, assim, sabe. Aqui [na Faculdade] parece, é tudo... não é de mentira mas, não é a realidade. Não é que aqui os pacientes não tenham problemas reais, não é isso mas, eles não são encarados da forma como eles deveriam ser encarados, com a seriedade que eles têm. E lá [no Projeto Inovação], eu não sei, a impressão que eu tenho é que lá eu tô de frente ali, ó, com o paciente e eu tô ali pra ajudar ele. O quê que eu vou fazer? Eu preciso fazer alguma coisa. Ali é

³⁹ A IES foi a mesma para os dois grupos de alunos de graduação.

minha reponsabilidade, como profissional de saúde fazer alguma coisa, como dentista fazer alguma coisa (Entrevista – estagiário 01).

“É um espaço, assim, que tem um potencial gigantesco porque lá [no Projeto Inovação], justamente, esse paciente é integral, tá vendo o paciente no dia-a-dia, um paciente que vem com a sua queixa de, sei lá, pedra no rim, problema auditivo, com uma bagagem, com uma história, que tá sendo cuidado ali na rede, então ele já tem vários profissionais ali cuidando dele, então é um paciente muito mais integral do que a gente tem aqui [na Faculdade]. Então, as repostas que a gente tem lá são muito melhores” (Entrevista - estagiário 03).

Reforça-se a concepção da odontologia 'in vitro' definida no item 5.1.1.1 – aquela que exime do ensino e das práticas em odontologia a complexidade do sujeito, restringindo e focando as ações nos elementos dentários. Percebe-se, no trecho em destaque no fragmento anterior, que o estudante, apesar de não listar as diferenças, considera o tipo de abordagem feita ao paciente diferente e mostra certo inconformismo ou, talvez, incompreensão com essa forma de olhar o sujeito.

A odontologia 'in vitro' proporciona o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas e reconhece-se seu mérito nesse sentido. No entanto, em diversos momentos, compreende-se e reitera-se a insuficiência da técnica para condução de práticas profissionais resolutivas.

Uma atuação resolutiva na saúde exige profissionais com postura crítica e ética, enxergando o usuário como um ser repleto de necessidades complexas, cujo problema principal pode não ser representado pela doença. Nesse sentido, as ações das equipes de saúde precisam descentrar-se dos procedimentos técnicos, procurando refletir e atuar pautado na importância do envolvimento com o usuário (Badan et al., 2010).

No recorte a seguir, para exemplificar, o estudante mostra uma compreensão de clínica que vai além da 'odontotécnica' – logro da experiência no Projeto Inovação – e insere o sujeito paciente em outro patamar no processo terapêutico, ou seja, ela já demonstra uma noção do que vem a ser a clínica ampliada.

“Ah, sim, nossa! Sem dúvida. Porque, é, é isso, aqui na Faculdade, a gente desenvolve a técnica, na clínica a gente desenvolve a técnica. Aqui [no Projeto Inovação], a gente, parece que aprende todo o resto. Questão do paciente, em questão de como funciona, como você pensa, quê que cê vai fazer, qual o melhor tratamento pra aquele paciente, de ver o paciente, né, nossa, sem dúvida, sem dúvida” (Entrevista – estagiário 01).

O 'aprender todo o resto' reforça a insuficiência da odontologia 'in vitro' como metodologia de ensino e cerne da formação em saúde bucal. O 'resto' pode

representar muito – em termos de conteúdos e práticas – e revela as enormes deficiências para se alcançar uma formação integral a partir do ensino tradicional, intra-muros das IES, pautado na ‘realidade forjada’ que busca responder aos objetivos das disciplinas, restrito ao desenvolvimento de competências técnicas.

Do exercício compreensivo, permanece a seguinte incompreensão: como desenvolver competências ligadas ‘ao resto’ quando a odontologia – na formação e no trabalho – mantém-se autossuficiente, mesmo com tudo que vem sendo proposto e operacionalizado com finalidade de induzir mudanças, isolada por suas glândulas e músculos na cavidade bucal biológica, não ‘bucalizada’, sustentada por elementos dentários – como se esses sempre estivessem presentes e fossem iguais – aproximando-se de um trabalho morto, mecânico e ‘a-criativo’?

Enfim, continua-se a tarefa de compreender sem a audácia de crer que ela será completada e responderá à todos os ‘mal entendimentos’ presentes nos discursos.

Abre-se um parêntese para frisar que a técnica odontológica desenvolvida durante o estágio não é – como a representação social sobre o serviço público, muitas vezes, reforça – desqualificada ou despida de rigor na sua realização. Conforme mostram os fragmentos a seguir, os estagiários desenvolvem os passos técnicos do mesmo modo que aprenderam a fazer nas clínicas da Faculdade. A partir disso, fica comprovado que é possível associar o ensino da boa técnica, baseada em evidências científicas, ao desenvolvimento de uma clínica ampliada que se molda para além dos elementos dentários.

“Consigo. O que não dá pra fazer, quando não tem material, a gente não faz. Mas, tudo que dá pra fazer, a gente faz, do jeito que a gente aprendeu” (Entrevista – estagiário 02).

“[...] Na prática, eu não sei, na técnica, assim, não [muda] mas, no que eu vou fazer, no que é melhor pro paciente, sim, sem dúvida. Não na, não, pensando na qualidade, assim, do que eu faria, não, porque eu penso sempre em fazer o que é melhor no sentido técnico [...]” (Entrevista – estagiário 01).

Mesmo que o desenvolvimento da competência técnica não tenha sido o foco do estágio, é interessante para o estudante a descoberta de que é possível aprender e aplicar intervenções clínicas em contextos de práticas diferentes da Faculdade, como o SUS, obtendo bom resultado clínico (Santa-Rosa et al., 2007; Sanchez et al., 2008; Alves et al., 2012; Toassi et al., 2012; Leme et al., 2015).

No trecho a seguir, o estudante ilustra um paralelo entre a possível condução de um caso clínico na Faculdade e o modo como ele foi solucionado no cenário do Projeto Inovação. Durante a graduação, viabiliza-se o raciocínio clínico a partir do tratamento dentário, enquanto o Projeto Inovação se preocupa em centrar o paciente no processo terapêutico, inserindo os seus anseios na conduta odontológica no sentido de proporcionar o acolhimento e a resolução do problema apontado por ele, usando o 'arsenal técnico odontológico' de modo direcionado a responder à subjetividade colocada pelo sujeito, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

“Fiquei pensando que na clínica da Faculdade iríamos extrair aquela raiz, pois seria o tratamento ‘mais indicado’ (para o dente). Mas aí, quando a preceptora⁴⁰ me diz que é para cimentar, e explica para o paciente o caso, e como ele deve proceder (fazer exo e o melhor seria implante), me lembro de qual é o tratamento mais indicado para o paciente (acolhimento e resolução, que depois foi discutido na reunião com o Prof)!!” (Diário – estagiário 01 em 26/06/2014).

Em contrapartida, nas clínicas da Faculdade, eles não conseguem desenvolver essa concepção de resolubilidade. Com a fragmentação do paciente – ou das necessidades dentárias – feita pelas diversas disciplinas e com a burocratização das clínicas, o estudante não logra resolver os problemas colocados pelos sujeitos atendidos, sentindo-se frustrado com seu próprio trabalho uma vez que tem a impressão de que sua atuação é incapaz de melhorar a vida das pessoas que são atendidas. Logicamente – com licença para possíveis redundâncias – isso é decorrente da abordagem ‘técnico-odontocentrada’ que sustenta as clínicas das IES.

“E foi o que eu falei, como foi tudo lá [no estágio], nossa, as coisas fluem e você ver que é possível, porque é até meio, porque aqui na clínica, eu acho que pra quem nunca vivenciou uma coisa fora, eu não sei, eu teria a impressão de que é uma coisa muito empacada, que é a odontologia empacada, que você não consegue fazer nada, em uma hora, em duas horas, você não consegue fazer nada e aí você começa a ver que não, é possível sim fazer coisas” (Entrevista – estagiário 01).

“Mas, parece que lá [no Projeto Inovação] rende muito mais. A gente fica, menos de, a gente fica duas horas em atendimento, às vezes, um pouco mais. Agora, a gente estendeu mais e a gente faz muita coisa pra já concluir, faz muita coisa. Então, chega aqui [na Faculdade] parece que empaca, sabe? Tem também a questão que a gente tem que arrumar os boxes, um monte de instrumental e, essas coisas. Aí tem o professor que

⁴⁰ Aqui, apareciam os nomes das profissionais que acompanharam os estagiários no campo. Todos eles foram substituídos, no decorrer do texto, pela palavra preceptora(s).

tem que mostrar aí, empaca mesmo mas, o negócio não anda, né? E lá, a coisa flui muito bem. A gente se sente mais livre também pra fazer as coisas” (Entrevista – estagiário 01).

Respostas significativas, ou melhor, resolubilidade só poderá ser oferecida se o sujeito, em sua integralidade, ocupar o centro do processo de cuidado (Campos, 2003; Merhy, 2013). De modo similar, o acolhimento das subjetividades é essencial para a elaboração do PTS visto que proporciona protagonismo das necessidades colocadas no encontro clínico e de respostas coerentes com os desejos e anseios de quem é cuidado (Merhy, 2013).

Ainda pensando na fragmentação do paciente, no foco dentário estabelecido e na consequente ausência de resolubilidade derivada dos componentes curriculares, tornam-se pertinente os exemplos descritos abaixo, relatados por um dos estudantes sobre o cotidiano das clínicas da Faculdade.

“[...] então, de ter que, por exemplo, outra questão que aconteceu e que, na dentística mesmo, por acaso é a mesma paciente até, ela tem, o canino dela, o 13, ela tem endo nele e..., só que precisava restaurar e ela não precisa de anestesia porque o dente já tem endo, já tá desvitalizado vitalizado só que, como a gente precisa treinar anestesia, a professora mandou dá. Não, pode dá anestesia. Eu falei: ‘não é melhor dá uma interpapilar por causa do grampo?’ ‘Não, não, é pra você dá anestesia pra você treinar’. Só que o dente é desvitalizado. Cê tá fazendo o paciente passar por um procedimento que é desnecessário. Não tem tanto risco mas, tem risco ué. Anestesia tem risco. Até quando é justo, pro nosso aprendizado, fazer isso com o paciente? Isso eu ainda fico meio... por exemplo também, o paciente precisa duma raspagem, tá com placa chegando na oclusal, tá com cáculos, assim, tremendos mas, se você tá na clínica de dentística, cê tá sendo avaliado pela restauração, eles não vão deixar você fazer uma raspagem por mais que você já tenha aprendido, por mais que você saiba que aquilo é necessário pra aquela paciente, entendeu? Então, essas coisas de ser tão, tão fechado assim, em cada disciplina, isso incomoda de mais, assim” (Entrevista – estagiário 03).

“Uma paciente virou pra mim, na clínica de perio, ela falou que aqui na Faculdade ela começa a tratar, todas as fases, né, começa com uma extração de terceiro molar na adolescência e vai até a prótese na meia idade ou velhice porque ela perde todos os dentes aqui dentro [risos]. E a própria paciente me falou isso! Se ela já tá percebendo que tá acontecendo algo estranho... porque também é isso, o paciente, você tá vendo que tem uma periodontite, precisa da raspagem mas, ele tá aqui comigo na dentística, eu tenho que terminar todos os dentes da dentística pra depois dá alta e mandar pra perio. Mas, quando chegar na perio, talvez, já esteja num estado avançado. Aí, até eles terminarem de tratar, talvez já falem: ‘olha, vai ter que ir pra cirurgia porque perdeu dois elementos’. Já vai pra prótese. É mais ou menos isso mesmo” (Entrevista – estagiário 03).

“Fora que no Projeto Inovação, a gente tem ali o paciente como um todo, ele chega ali precisa da perio, precisa da dentística, precisando..., às vezes, não precisa de procedimento nenhum mas, precisa de uma instrução de higiene oral ou de aconselhamento, não sei. Mas, a gente tem o paciente mais no todo, na verdade, e aqui [na Faculdade] a gente não tem esse todo,

a gente tem o elemento. No começo do semestre, a professora fala: 'olha, vocês vão ser avaliados e precisam entregar pra gente três dentes restaurados, tantos com amálgama, tantos com resina, ou seja, eu vou ter que fazer por, talvez, produção até. Então, esse semestre, cê vai ter que fazer na endo, cinco canais, se vira, né, é mais ou menos assim. Então, a gente não tem um paciente, eu não tô cuidando do paciente, tem também uma questão da . Então, eu vou ter que correr numa clínica de dentística porque eu sei que eu vou ter que entregar ainda mais, e isso não é o cuidado, né. Então, eu acho muito complicado isso". (Entrevista - estagiário 03).

"Então, ontem um outro paciente que a gente atendeu tava com a pressão 15 por 10. Em vez de a gente falar: 'volta outro dia', a professora falou: 'não, faz o procedimento sem anestesia'. Tivemos que fazer o paciente aguentar a dor porque tava 15 por 10, não dá pra anestesiá-lo, então o melhor é que ele aguente a dor e eu faça sem anestesia, pra eu não perder o dente porque eu preciso restaurar, o procedimento? Então, eu acho que esse paciente, se chegar lá [na UBS], a gente já pediria pra enfermagem dá uma olhada. Então, eu acho que lá a gente aprende muito mais, tem uma liberdade muito maior, muito mais integral e de conhecimentos que a Faculdade em si não oferece. Então, talvez, eu aprenda com o enfermeiro como lidar nesse tipo de situação, melhor do que me foi ensinado aqui" (Entrevista - estagiário 03).

Os discursos frisam a marginalidade do sujeito e a ausência de resolubilidade na organização das clínicas mas, para além disso, eles desvelam que princípios bioéticos estão sendo negligenciados no interior das clínicas da Faculdade, sobretudo os princípios da autonomia – em que os indivíduos devem ter ciência e autorizar qualquer tipo de intervenção – e da beneficência – referente à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O desrespeito ao princípio da autonomia em clínicas odontológicas vinculadas à IES foi também frisado no estudo de Gonçalves (2005).

A ausência de resolubilidade pode ser justificada por uma série de características ligadas à organização das clínicas – algumas delas já explicitadas no tópico 5.1.1 – dentre as quais se destaca a modalidade de acesso que ocorre de duas formas: triagem e urgência. A triagem seleciona e agrega os pacientes com necessidades odontológicas semelhantes no intento de suprir as demandas das unidades curriculares que, como já afirmado, são majoritariamente dentárias.

Como esses pacientes já chegam com demandas descritas, anteriormente, por outro profissional, e é pelo procedimento específico, ligado à disciplina, que o aluno será avaliado, o exercício do raciocínio clínico é negado ao estudante, iniciando e promulgando, assim, o ciclo de aprendizagem reprodutiva, mecânica e acrítica de procedimentos odontológicos.

“Então, porque, assim, tem muita diferença porque o paciente que a gente trata aqui [na Faculdade], na maioria das vezes, já vem triado. ‘Ah, esse paciente veio pra fazer o canal do dente tal’. O resto não pode nem, nem adianta muito você ficar fazendo toda aquela coisa, a não ser na integrada, né, porque você vai ter que fazer aquele dente e tem, sei lá, duas clínicas pra fazer aquele dente. Então, é muito mais voltado pra disciplina” (Entrevista – estagiário 02).

Quando o acesso se dá pela urgência, o foco da atuação do estudante é a eliminação da dor e ele “só pode fazer a urgência, não pode mais nada” – até aí, há muita semelhança com o que, normalmente, é feito nos serviços públicos de saúde. A surpresa, nesse caso, reside no recorte destacado. Ou seja, se o caso não é coerente com a organização da disciplina, o estado do paciente não merece relevância e ele, mais uma vez, é reduzido à um de seus elementos dentários.

“[...] Pra mim, foi um diferencial da UBS [referindo-se à resolubilidade] porque na hora de fazer a urgência [na Faculdade], a gente só faz a urgência, não pode fazer mais nada, às vezes, nem duas urgências pode fazer no mesmo paciente. Ele tem que escolher um dente só que doa. Às vezes, tem professores que escolhem dessa forma, tem professores que não, que falam: ‘não, tá com problema, pode fazer’. Mas, quando tem muito paciente, a fila tá grande, eles falam: ‘Não, é um só’. E aí ele tem que vir no dia seguinte de novo pra olhar o outro dente que também dói. Então, limita muito, né. E nas clínicas tem o negócio da produtividade” (Entrevista – estagiário 02).

Um dos fatores que acaba contribuindo para a não otimização do tempo clínico no sentido de gerar resolubilidade são as largas fichas que devem ser preenchidas, supostamente, para balizar e auxiliar no planejamento terapêutico⁴¹. O que acontece, na prática, é a mecanização e ‘acritização’ das fichas, sem que seu uso seja dotado de sentido e faça parte da conduta terapêutica assumida pelo aluno.

“É. Não tem, não tem função clínica [referindo-se às fichas usadas nas clínicas da Faculdade]. A gente preenche porque tem que preencher, sabe, porque a gente vai ser avaliado, não porque a gente entende aquele monte de coisa. E acaba virando, conforme as clínicas vão passando aqui na Faculdade, cê tem que preencher de novo e de novo e de novo e de novo, e não faz menor sentido, né. Então, acho que é, essa questão da ficha me incomoda muito, da falta de importância que a gente dá. De... E eu já me peguei fazendo isso. E eu me importo e eu já me peguei fazendo de pegar a pasta e nem lê o que tá lá. Nem vê o que o paciente já fez. Nem vê que problemas que ele tem. Ou ter que fazer tudo de novo sendo que já tem lá. Então, é uma coisa que é meio angustiante, assim” (Entrevista – estagiário 01).

Ressalta-se a angústia explicitada pelo estudante no final do discurso, resultante dessa forma de atuar na clínica, ou seja, o modelo formador pautado na

⁴¹ Esse assunto foi discutido no tópico 5.1.1.

odontologia 'in vitro' desperta sentimentos ligados à pressão psicológica como opressão, angústia e tristeza. A seguir, outro exemplo:

“[...] a gente acaba ficando angustiado. A gente vai pra cada semestre angustiado!” (Entrevista – estagiário 03).

O momento anamnético é reduzido ao preenchimento de fichas que objetivam enquadrar os pacientes e suas necessidades para que os protocolos terapêuticos possam ser aplicados. Exime-se, a partir daí, a complexidade do raciocínio clínico, confundindo o cuidado em saúde com a técnica odontológica que, nesse caso, não prescinde de uma compreensão ampliada do sujeito e de suas necessidades.

As técnicas e os protocolos deveriam ocupar menos espaço, priorizando a atenção ao sujeito integral no sentido de gerar compreensão da produção de saúde e não da abordagem das doenças (Ceccim; Merhy, 2009).

O mesmo estudante ressignifica a anamnese após experienciá-la em outro formato – onde o sujeito ocupa a centralidade – e enxerga a ficha utilizada, que ele também ajudou a construir, de maneira oposta às fichas disponíveis na Faculdade, dotando-a de sentido e estabelecendo nexos entre as informações colhidas e processo terapêutico.

“Ainda acho incrível a anamnese individual. Conduzi uma apenas uma vez com a preceptora, e gostei muito (acho que poderíamos fazer mais). Ainda é difícil elaborar as perguntas sem uma ficha, mas a nova ficha que foi elaborada ajuda bastante” (Diário – Estagiário 01 em 14/08/2014).

No caso relatado abaixo, acriticamente, o estudante procede ao tratamento seguindo os protocolos, similar ao que desenvolve no cotidiano das clínicas da Faculdade. Ao final, se frustra porque, apesar do seu esforço em termos técnicos, percebe que a paciente sai da seção insatisfeita uma vez que o seu anseio, sua queixa, não foi respondida.

“Sua queixa era que sentia sensibilidade em alguns elementos, e de uma mancha preta no 17. Avaliei, e ela possuía retrações e cálculo no 17. Foi realizada uma raspagem com cureta nos anteriores e no molar, profilaxia com escova de Robson, e selante nas retrações gengivais no 17, 27 e 45. Achei interessante, pois após terminar os procedimentos perguntei a ela se os dentes estavam lisinhos. Ela respondeu que sim, e perguntou se a mancha preta do dente tinha saído. Percebi que sua preocupação era exatamente com sua queixa, com a mancha no molar (que não era visível). Fiquei pensando sobre a questão de nos focarmos na queixa no paciente. Percebi que fiz a profilaxia por questão de hábito, porque de fato a paciente nem apresentava biofilme” (Diário – estagiário 01 em 25/09/2014).

A última frase: “Percebi que fiz a profilaxia por questão de hábito, porque de fato a paciente nem apresentava biofilme”, sinaliza o rompimento de um paradigma gerado na formação que é o da repetição de procedimentos e atos clínicos desvinculados de sentido para o profissional e para o paciente. Ousa-se proceder a inferência de que esse aluno foi tocado pela reflexão e já não apresentará, provavelmente, uma conduta acrítica diante dos casos que lhe forem destinados.

Reforçando a compreensão da importância da subjetividade proporcionada pela formação ‘na’ realidade, em contraponto à negação dela durante a graduação, são coerentes os fragmentos que seguem.

No primeiro discurso, o estudante frisa a diferença no olhar voltado para o paciente nos dois espaços onde atua, deixando claro que a demanda do paciente não é relevante para o trabalho desenvolvido na Faculdade. Os conhecimentos construídos na graduação são potencializados e ampliados com a experiência feita no Projeto Inovação. Além disso, salta aos olhos do leitor, a satisfação demonstrada pelo estudante em relação ao tipo de trabalho desenvolvido quando ela diz “eu achei muito gostoso” e “eu fiquei muito feliz”, contrapondo a angústia gerada pela formação na odontologia ‘in vitro’.

“[...] Então, no Paula Souza que eu comecei a ter um contato maior com os pacientes e são pacientes diferentes do que a gente atende aqui [na Faculdade]. O tratamento que a gente faz vai de acordo com a demanda do paciente não é igual aqui que é de acordo com a demanda da clínica, né. Então, o que o paciente precisa a gente faz e isso eu achei muito gostoso de ter podido fazer enquanto eu estava na graduação [...]. Então, lá na UBS não. Eu pude fazer o que o paciente queria limpeza, restauração, ajustar prótese, até coisinhas que a UBS não comportava, lá tendo o material que eu precisava, pela experiência da graduação eu consegui fazer umas coisinhas que eu gostei muito, assim, o paciente ficou muito feliz, eu fiquei muito feliz” (Entrevista – estagiário 02).

A satisfação demonstrada pelos alunos a partir da aproximação com o sujeito em sua integralidade e com o desenvolvimento de uma abordagem coerente com esse sujeito, foram resultados encontrados também por Toassi et al. (2012) e Bulgarelli et al. (2014).

As falas a seguir tornam mais robusta essa compreensão:

“Após o atendimento, conversando com as preceptoras, esse mesmo assunto veio à tona. Uma delas comentou da importância da comunicação e de entender o lado do paciente, a ponto de fazer o que é melhor para o conforto dele. Uma visão não muito diferente do que eu tinha, mas que não é comumente praticada no dia-a-dia da clínica” (Diário – estagiário 01 em 27/03/2014).

“Com certeza. Então, essa parte de ouvir o paciente sem querer impor o tratamento que ele precisa porque, querendo ou não, a gente aprende a diagnosticar, a gente tá na dentística, a gente aprende a identificar o dente que precisa de uma coroa, que precisa de não sei o quê pra ficar com uma estética mais bonita e coisas assim. Agora lá, eu aprendi a ouvir o paciente. Esse dente que eu acho que tá feio incomoda o paciente? Porque se não incomodar não tem porque ficar impondo pra ele gastar dinheiro, ter que mudar, a não ser que seja uma coisa que atrapalhe funcionalmente que vai trazer algum prejuízo mais pra frente mas, ouvir o paciente e planejar de forma, de acordo com as vontades dele, com as necessidades dele. Isso eu aprendi lá. Que é uma coisa que eu não sei se eu teria a sensibilidade de já ir pra clínica fazendo ou se eu teria, ou se eu iria olhar só a boca e eu fazer o planejamento do jeito que eu acho mais certo, do jeito que eu acho que seria o correto de acordo com o que eu aprendi na Faculdade. Faz muita diferença, né? E aí, eu acho que isso foi o que mais me marcou, assim, mais me ensinou das vezes que atendi lá” (Entrevista – estagiário 02).

Por fim, a aluna destaca o entendimento da subjetividade como a competência mais marcante derivada da experiência no Projeto Inovação.

Os excertos a seguir ilustram, com maiores detalhes, a representação dada à subjetividade e a forma como ela pode ser empregada durante o atendimento aos pacientes.

“Lá [no Projeto Inovação] não, lá ouve todas as queixas do paciente, você tem que descobrir porque ele veio, chegou até ali. Algumas coisas, por exemplo: ‘ah, não tem nenhum dente na boca’, aqui [na Faculdade] é um caso que é direto pra total. Aí, ele chega na clínica, a gente não vai nem ouvir, é ‘esse paciente precisa de uma total, vamo fazer uma total’ e pronto. Teoricamente, pra gente, a gente resolveu o caso dele. Mas, lá na UBS não. Se o paciente não tem nenhum dente mas, consegue mastigar, consegue viver bem, não tem nenhuma queixa, não sente necessidade de uma total, às vezes, o que ele quer da gente não é uma total, não é a prótese. Então, a gente ouve quais são as queixas, se tem alguma coisa, se consegue mastigar bem e não sei o quê. Então, assim, vira muito pra o que o paciente quer, não pra o que a gente acha que ele precisa e isso, assim, é definir o exemplo bem, bem... Mas, é mais ou menos isso, assim, a gente ouve quais são as queixas e tenta fazer. Lógico, tem coisa que, se o paciente não sabe bem, a gente instrui, fala: ‘olha, aqui seria legal fazer tal coisa’, e como na UBS não tem como fazer total, por exemplo, esse paciente que precisa de total não tem que, necessariamente, sair de lá, receber alta, ‘ah, aqui a gente não faz total, então você vai ser referenciado pra outro lugar’ e tá dispensado esse paciente. Se ele sente necessidade de ir pra consulta e ter uma atenção lá, ele vai continuar tendo mesmo, mesmo não fazendo a total que, teoricamente, ele precisaria pelo conhecimento que a gente tem aqui, pelo aprendizado teórico. Mas, pela necessidade pessoal dele, de saúde e tudo, se ele achar que ele tem que continuar indo, ele vai e a gente atende super bem, não tenta dispensar, a gente dá a atenção que ele precisa e isso é muito legal” (Entrevista – estagiário 02).

“E, uma coisa diferente é isso, lá [no Projeto Inovação] tá voltado pro conforto maior do paciente. Qual que é o desconforto dele? O que ele procura com aquele atendimento? Enquanto que aqui [na Faculdade] não. Eles chocaram uma paciente, ontem ela tava praticamente chorando na nossa cadeira, com 44 anos, que ela vai perder todos os dentes. E aí, é uma falsa escolha. ‘Bom, você escolhe se você prefere perder agora e ter tábua óssea ou prefere perder pela doença [periodontal] e não ter tábua

óssea'. Brigado, né! [risos]. Desconfortante! Então, eu acho que, nesse sentido, lá tem uma clínica que, além de ser integrada, eu tô cuidando do paciente, de também ter a questão de falar: 'o senhor volta quando, quando achar melhor'. Aqui não. O paciente aqui volta quando é agendado, se não voltar, perdeu a vaga, que foi o que aconteceu nesse semestre quando começou a clínica foi logo depois da greve. Terminou na quinta-feira, a gente tinha clínica na sexta de perío. Pra conseguir os pacientes, não tinha todos os pacientes pra perío, eles começaram a ligar pra clínica, pros pacientes da dentística, da integrada, de vários outros, aleatório, assim, não é que foi indicado e falar que tinha clínica no dia seguinte, que se não viesse ia perder a vaga das outras clínicas porque precisava consegui paciente pra perío. Então, o paciente, às vezes nem precisasse, nem quisesse mas, tava lá, foi coagido, se não perdia, se não ia perder a vaga" (Entrevista - estagiário 03).

"[...] porque aqui, às vezes, quando o paciente vai relatar o sofrimento dele, você fala que essa clínica não é pra conversar, é pra trabalhar. Você já inibe o paciente. Eu acredito que até em questão de valores, vem ensinar muito" (Entrevista - estagiário 03).

No estágio analisado por Santa-Rosa et al. (2007), os estudantes conseguiram deslocar a assistência focada em técnicas para o atendimento centrado no usuário, norteado pelo acolhimento e pelo cuidado em saúde, despertando o aluno para atuar de modo a responder os anseios e as necessidades colocadas pelos sujeitos. O tratamento será mais positivo à medida que as pessoas atendidas forem colocadas na centralidade desse processo, sendo ouvidas e compreendidas (Mota et al., 2012).

Junto a este contexto emerge a necessidade do uso e criação de novos processos de ensino-aprendizagem que possam dar conta dos desafios das transformações curriculares hoje vivenciadas nos cursos de odontologia. A possibilidade de construção de projetos terapêuticos singulares, por exemplo, assume um papel importante neste sentido. O objetivo é permitir a sistematização de experiências entrelaçando histórias de situações de saúde e doença bucal vivenciadas por comunidades, famílias e/ou indivíduos e diferentes possibilidades de gestão da clínica odontológica. As histórias se desenvolvem de maneira a permitir que os discentes possam exercitar o enfrentamento de situações de saúde e doença bucal compreendendo a interação entre questões sociais, políticas e culturais mais abrangentes com o planejamento e execução de projetos terapêuticos singulares em saúde bucal inseridos nas redes de atenção à saúde (Warmling et al., 2011).

Como a proposta do Projeto Inovação é voltada para a realização de uma clínica de saúde bucal ampliada com uma abordagem do paciente em sentido integral e não odontológico, entende-se que o uso do odontograma não é condizente. No entanto, como essa prática é tão arraigada aos cursos de graduação, ou melhor, como a maioria dos cursos direciona o que seria o cuidado do sujeito àquela representação gráfica dos dentes, o aluno tem dificuldade de se desprender

dela, como se a prática clínica desvinculada da noção 'odontocentrada' fosse negligente.

“Logo em seguida atendi [...] a chinesa alegre da anamnese (rs). Relembrei suas queixas com a preceptora e iniciei o tratamento. Ainda acho estranho não preencher um odontograma, porque a impressão que tenho é que vou atender a paciente sem conhecer a boca dela rs. Acho que é uma questão de prática” (Diário – estagiário 01 em 04/09/2014).

“[...] dentro do grupo teve resistências até de participantes dentro do projeto, quanto a tirar o odontograma, pelo costume que a gente tem de preencher e tudo, dentro do projeto teve profissionais com resistência de não usar porque era uma forma pior. Não de organizar o tratamento, né, porque lá no Paula Souza a gente não usa mais. A gente já começou não usando. É todo um esquema de tudo escrito, tudo explicadinho, a gente ainda fala, escreve o dente como um número, até pra ser mais rápido mas, não usa odontograma e eu, assim, no começo até, eu achava estranho, ‘nossa, que estranho não ter odontograma, porque?’. A gente aprende a lembrar do paciente, e enxergar, já visualiza com o odontograma e pra mim era um pouco estranho no começo pensar em não usar mas, agora que a gente tá fazendo isso [não usar o odontograma], nossa, não faz falta nenhuma, nenhuma. Assim, o que foi feito, dá pra entender, dá pra lembrar, dá pra lembrar do paciente e você não fica tendo que lembrar do odontograma pra se basear no tratamento. Não precisa. Então, tá super tranquilo, assim” (Entrevista – estagiário 02).

Outro pressuposto do Projeto Inovação é o desenvolvimento do trabalho de modo partilhado, em equipe. Com isso, os estagiários se viram em uma posição diferente da que comumente ocupam, representando uma parcela na execução do processo de trabalho que se dá em colaboração com profissionais técnicos e auxiliares. Aqui reside uma importante dessemelhança entre o âmago das clínicas universitárias e a realidade do cuidado em saúde bucal, uma vez que o aluno desenvolve os procedimentos de forma individualizada, responsabilizando-se por todo o processo de execução e quando se veem em outro espaço, demonstram dificuldades para partilhar as ações.

“O que eu mais gostei, sem duvidas, foi de ter as ASB. O trabalho e a qualidade são outros. E o mais engraçado é que quando eu tive essa oportunidade de ter uma ASB para me ajudar, eu não sabia como pedir ajuda hehe. Na Faculdade a gente fica acostumado a fazer tudo sozinho (e muitas vezes não tomando o devido cuidado com a contaminação), que quando tem alguém para ajudar, fica estranho. Aliás, na Faculdade não aprendemos a trabalhar a quatro ou seis mãos. Não aprendemos como utilizar uma equipe no atendimento do paciente, com asbs e tsbs. Sabemos que elas existem, mas na prática não sabemos como usar a ajuda. Tive até um estágio no consultório de uma ex aluna da Faculdade, e por eu ter tido o privilégio de fazer o curso de TSB⁴² antes da Faculdade e ter trabalhado em um lugar onde a ASB ajuda ativamente no atendimento, pude notar com

⁴² Técnico em Saúde Bucal.

clareza como a presença de um auxiliar até atrapalhava a profissional. E acho que isso acontece justamente porque não aprendemos como é um atendimento com a auxiliar, que está ali, e tem a função de nos ajudar, não atrapalhar. Quando fiz esse estagio percebi isso, mas quando eu mesma estava na situação de não saber como trabalhar em equipe, comecei a refletir sobre a falta de experiência que tive com essa situação durante a Faculdade. Engraçado que parece uma coisa tão óbvia, e até me surpreendo porque eu, que ainda fiz o curso de TSB, não tinha parado para pensar nisso, fico imaginando os outros alunos, que muitas vezes se formam e nem questionam isso” (Diário – estagiário 01 em 04/12/2014).

No próximo discurso, o aluno analisa a situação dos técnicos da Faculdade e as atribuições direcionadas á eles. Além disso, reflete sobre a ausência do técnico e/ou auxiliar na conformação do processo de aprendizagem, extrapolando para as consequências disso no futuro profissional do aluno.

“[...] Então, ela [referindo-se à TSB do Paula Souza] não exerce como técnica mas, como auxiliar e tem sido bem legal, assim, esse contato. Mesmo aqui na Faculdade, eu acho que a gente deveria de ter. Os nossos técnicos não exercem a função de técnicos, eles exercem mais uma função administrativa e, às vezes, quando não é administrativa é de almoxarifado que eles vão lá, pegam todos os materiais e deixam pra gente. Quem é nosso técnico, nosso auxiliar é nosso colega de turma que não trabalha como técnico [risos]. Já vai meter lá, junto com você o explorador e falar: ‘não, não tá legal’. Então, a gente não tem esse... Quanto a aprendizagem, eu acho que seria muito legal ter isso também na Faculdade, técnico trabalhando como técnico pra gente ter essa experiência, depois pra saber como se colocar no sistema, trabalhando, pra cobrar, que é uma das coisas colocadas no nosso código de ética, que a gente tenha a função um dia de fiscalizar, cobrar, em trabalho conjunto mas, que a gente não tem nem ideia do que deveria... até onde ele pode ir, até onde não pode ir, como deve ser feito que, por mais que a gente tenha uma visão em saúde coletiva, que a gente aprende na aula, praticamente, é uma prática muito diferente” (Entrevista - estagiário 03).

No tópico 5.1.1 desse trabalho, os estudantes manifestaram o desconforto que sentem por conta da insatisfação demonstrada pelos pacientes com o tipo de tratamento oferecido pela Faculdade. Contrariamente, os sujeitos atendidos na lógica do Projeto Inovação atestam um grau de satisfação maior e, a partir dessa desconformidade, os estagiários refletem sobre o cuidado com as pessoas. Para o estudante que elaborou a fala a seguir, as relações entre as pessoas deveriam ocorrer com base no cuidado, ou seja, a capacidade de ouvir e importar-se com o outro é inerente à condição humana e deveria fazer parte do cotidiano, sem causar estranheza ou surpresa. O aluno reconhece, ainda, o potencial desse tipo de postura para uma relação terapêutica exitosa, o que permite afirmar que ele foi sensibilizado pelos fazeres da clínica ampliada e acredita em uma prática onde o sujeito deve ocupar o centro.

“Eu acho que sim [referindo-se à satisfação dos usuários atendidos pelo Projeto Inovação], eu tenho certeza que sim mas, é que eu vejo que o que a gente tá fazendo é o que deveria ser feito sempre. Então, acho que a estranheza, virou tão normal as pessoas não terem cuidado com as outras, não darem atenção, não ouvirem que o que, na verdade, deveria ser o normal é que, que é você tratar bem, não só tratar bem mas, você se importar com essa pessoa, realmente, vira algo estranho, né? Então, quando a gente faz, os pacientes gostam muito mas, é uma coisa que, na verdade, tinha quer ser normal né, não tinha que ser o estranho. Mas, eu acho que, sem dúvida, eles percebem, a gente só ouve coisas boas, os feedbacks têm sido positivos e dá pra perceber que os pacientes gostam e eles confiam na gente, eles gostam de tá lá, então, com certeza, isso influencia pra eles” (Entrevista – estagiário 01).

No final do seu discurso, o estudante remete-se à questão da confiança estabelecida na relação clínica, conseqüente da escuta ampliada. No excerto a seguir, essa colocação é reforçada e o estudante lista outros benefícios oriundos da relação de confiança estabelecida entre pacientes e equipe como maior adesão, vínculo e resolubilidade. Extrapolando a interpretação, está implícito a representação positiva que a clínica ampliada despertou nos alunos e nisso reside um dos maiores potenciais da experiência vivenciada por eles.

“O que a gente faça pra eles, eles acreditam, né, no tratamento [...]. Eles confiam na equipe, a gente já ouviu isso algumas vezes: ‘eu confio na equipe de vocês’. Então, de adesão também. A gente fez o relatório lá, o número de faltas foram pouquíssimas, o número de consultas que a gente precisou pra finalizar os tratamentos, também, foram uma média de duas, três consultas, super pouco. Então, até agora, os resultados foram super positivos pra gente, assim. A gente teve bastante resultado bom...” (Entrevista – estagiário 01).

Para concluir, desprende-se, a partir da análise dos recortes seguintes, que os sujeitos ressignificaram a profissão por meio da experiência em uma abordagem clínica diferente da que eles conheciam antes de se inserirem no Projeto Inovação – essa que faz parte do imaginário social e é reforçada na universidade. Aprofunda-se o entendimento do que vem a ser um profissional de saúde e amplia-se o leque de possibilidades para a atuação futura.

“Então, eu acho que pro que eu busquei na odontologia, de buscar, pela minha história, pela minha trajetória, né, até chegar na Faculdade, o que me mantém na odontologia, me dá foco, me dá, de mostrar que tem outro caminho, não é isso, é o Projeto [Inovação], é o que a gente tá fazendo no projeto porque quando a gente se depara com essas coisas aqui na Faculdade, realmente não, não... é desanimador, assim. Será que é essa odontologia? De não ver o paciente, por exemplo, como um todo [...]. A gente tem que esperar até a integrada pra fazer uma raspagem e uma restauração? Isso pra gente não faz muito sentido, assim, pelo menos pra mim. E aí, acaba provocando um certo desconforto, ainda mais que busco um lado mais, talvez, até humano, é, do cuidado do paciente [...], não é fácil

assim não, professora. Eu acho que o projeto vem, também, pra me confortar nesse lado, de mostrar que tem um outro lado da odontologia e que é desse lado que eu gosto mais, que eu me identifico mais, com esse lado do cuidado do que o cuidado que tá sendo oferecido aqui e ensinado aqui, até. Porque os professores mesmo da perio, da endo, da dentística eles tão aqui também pra ensinar no cuidado mas, eles não ensinam o cuidado, eles ensinam a doença, talvez, e como melhorar aquela doença mas, não o paciente, ali eu não tô cuidando do paciente, eu tô cuidando do elemento 13, do elemento 14" (Entrevista - estagiário 03).

"Mas, nossa, pra mim tinha que ser obrigatório, assim, o que eu vivi nesse último ano, pra mim foi pra fechar com chave de ouro minha graduação, assim, foi essencial. Em tudo eu aprendi, com as pessoas que eu conheci, com as ideias novas que eu, que eu... E é engraçado porque a gente ouve, assim, uma coisa que faz sentido aí: 'nossa, faz sentido!' É muito bom! E pra mim faz muito sentido. [...] 'quem vai pra área da saúde, normalmente, é uma pessoa que se importa com o cuidado, que se importa com o outro'. Então, faz... Quando, eu já me vi muitas vezes e não tava fazendo sentido o que tava acontecendo aqui, eu também não entendia porque. E aí, com o projeto, as coisas voltaram a ter sentido pra mim porque, caramba, tô numa área que eu gosto, o problema não é a Faculdade, não é a odontologia, eu gosto da odontologia mas, a forma como ela é tratada, isso é angustiante, assim, eu acho angustiante a falta do cuidado, a falta do... Às vezes nem, parece que, não sei, às vezes nem parece que é da área da saúde" (Entrevista – estagiário 01).

"Primeira pergunta foi sobre o porque eu escolhi odontologia. Sempre que me faziam essa pergunta eu já entrava em desespero porque até hoje não sei muito bem porque escolhi, e já me senti insegura diversas vezes, com medo de não ter sido a escolha certa. Porém, enquanto tentava explicar isso a ela e falava de como as coisas acontecem do jeito que devem ser, fiquei feliz novamente por fazer parte do projeto [Inovação] e poder ter oportunidades que nem todos tem, e independe disso, poder, hoje, fazer parte de uma filosofia que acredito (apesar de ainda ter muuuito o que aprender)" (Diário – estagiário 01 em 07/11/2013).

"[...] eu não sei como explicar isso melhor mas, muitos alunos que eu conheço, que abandonaram o curso, é isso, de tá desconfortável, de chegar e falar: 'putz, não é isso que eu queria!'. Não é esse cuidado que eu... Ou, muitos alunos que vão levando aos trancos e barrancos até conseguem se formar mas, o tempo todo desconfortável, muitos em relação aos professores mas, muitos em relação ao cuidado mesmo porque se você tá desmotivado e cuidar daquele paciente, se você não vê também..." (Entrevista - estagiário 03).

Para Bulgarelli et al. (2014) e Santa-Rosa et al. (2007), a participação nos estágios faz com os estudantes conheçam processos de trabalhos diferentes encontrando, assim, outras oportunidades que podem direcionar suas escolhas profissionais.

Uma clínica que se torna ampliada, portanto, também a partir da incorporação dos sujeitos do cuidado (e de suas singularidades) como atores/ agentes das propostas terapêuticas construídas. Os estágios, mesmo quando se dispõe sobre atenção especializada, produzem novos sentidos e outras formas de pensar o trabalho, avançando em muitos aspectos nas proposições da Política Nacional de Saúde Bucal (Warmling et al., 2011).

Finalizando a discussão da inclusão da clínica ampliada nos processos formativos em odontologia, acreditando nos benefícios gerados a partir dela e na viabilidade de implantação no interior das faculdades – e não só no sistema público de saúde – julgou-se relevante explicitar a experiência da implantação da Clínica Ampliada no curso de odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) (Hayacibara et al., 2012).

O objetivo da clínica ampliada da UEM é propiciar a interação e o vínculo dos estudantes com os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, de modo integral, bem como aprimorar a formação do futuro cirurgião-dentista – mostrando aos aprendizes que atuação se dá além da cavidade bucal – e a atenção prestada aos usuários do SUS. O atendimento é organizado com base no acolhimento, utilização de prontuário único, PTS, conformação de referência e contra referência com UBS e CEO, além de outras IES (Hayacibara et al., 2012).

Os principais resultados apontados pelos autores referem-se à realização de anamneses ampliadas, maior atenção às subjetividades dos sujeitos com suas histórias de vida e, conseqüentemente, uma atuação revestida de significado para estudantes e pacientes (Hayacibara et al., 2012).

5.2.3 Construção de conhecimentos pela experiência: reflexões, afetos e competências

Ao descrever e refletir sobre as experiências que fizeram durante o Projeto Inovação, os estudantes e os preceptores do estágio desvelam as vantagens e os ganhos adquiridos por meio do contato íntimo com a realidade.

Frisa-se o poder da reflexão na construção do conhecimento – citada diversas vezes pelos estudantes – tão presente nas práticas de formação pela experiência.

“Não sei ainda dizer exatamente o porque, mas sinto que faço parte de algo grande, que requer não apenas minha presença em corpo físico nas atividades, mas uma reflexão sobre elas e o que faz, inevitavelmente, que eu reflita sobre a odontologia, sobre a odontologia na minha vida, e sobre a minha própria vida” (Diário – estagiário 01 em 07/11/2013).

“[...] quase sempre volto com novas curiosidades e reflexões, sempre aprendo alguma coisa nova” (Diário – estagiário 01 em 07/11/2013).

“[...] E é nessa hora que entra a questão do cuidado (ainda gosto de refletir sobre isso porque é tudo muito novo hehehe, e a própria palavra ‘cuidado’ fica ecoando na minha cabeça e eu fico pensando sobre sua profundidade e importância)” (Diário – estagiário 01 em 14/08/2014).

“[...] Pra mim, é impossível não refletir, ainda mais com o diário depois que a gente transcreve, é, não tem como não refletir sobre tudo que eu vivo” (Entrevista – Estagiário 01).

A aprendizagem pela experiência ocorre quando os estudantes observam e refletem – a partir e sobre determinada experiência – e realizam algum tipo de abstração. Posteriormente, essas reflexões são integradas na mente de quem viveu a experiência e servem de guias para futuras ações. Da reflexão na experiência, nasce toda a aprendizagem já que é por meio dela que se articulam as aprendizagens formais e abstratas com as experiências práticas (Colina; Medina, 1997).

No excerto adiante, o estudante coloca uma série de indagações derivadas da sua experiência no campo de estágio – uma ilustração do processo reflexivo. Especificamente, aborda a referência e a contra-referência elaborando questões que ficaram incompreendidas a partir da sua prática. Percebe-se que o estagiário assume uma postura crítica e reflexiva coerente com o perfil profissional almejado pelas DCN (Brasil, 2002).

Conectado à experiência e sua consequente reflexão – talvez como resultante delas – estão os afetos. Os estudantes se sentem afetados pelas histórias de vida dos pacientes, que agora aparecem ressignificados, e se transformam no dia-a-dia das práticas como profissionais e pessoas. Os afetos, como definem Franco e Galavote (2010), atuam em um processo de produção de si e do outro.

“A gente costuma conversar muito depois de cada, de cada dia que a gente passa lá no Paula Souza. E, a gente já chegou a comentar: ‘nossa, não dá pra gente simplesmente sair daqui e, ah, acabei meu dia, agora eu vou pra minha casa dormir’, porque é muita coisa, assim, principalmente, em dias de anamnese coletiva. É muita coisa que a gente acaba se envolvendo mesmo, é, com o paciente. A gente até já questionou até que ponto a gente tem que ir, até onde isso pode nos afetar mesmo porque não tem, eu pelo menos, não consigo separar tanto esse envolvimento, essa preocupação do profissional com o pessoal, pra mim é uma coisa que me marca, então, quando eu vejo aqui o que é fazer uma experiência, eu penso muito no sentir dessa experiência, né, no que ela traz pra mim. E eu não consigo deixar o que eu vivo ali, assim, simplesmente. [...] não tem como não refletir sobre tudo que eu vivo e não trazer isso pra minha vida, assim, é impossível. Então, pra mim, cada dia que eu passo lá, é uma coisa nova que eu trago pra mim” (Entrevista – Estagiário 01).

“Mas, é uma coisa que mexeu muito comigo, assim, uma coisa que foi um caminho sem volta, assim...” (Entrevista – estagiário 01).

“A histórias deles [dos pacientes], elas fazem parte de mim agora...” (Entrevista – estagiário 01).

“E nem comparando, assim, com outras pessoas mas, eu comigo mesma, ter vivido e não vivido, eu sairia com histórias diferentes” (Entrevista – estagiário 02).

“Isso despertou uma coisa legal em mim” (Entrevista – estagiário 01).

Nesse caso, as afetações originaram-se da atitude de cuidado que provoca preocupação, inquietação e sentimento de responsabilidade com o outro (Boff, 2003). “Escutar as histórias de vida afeta de diversas formas: produz inquietações, interrogações e, justamente por isso, tem potencialidades de nos abrir para outros modos de pensar, sentir e agir” (Capozzolo et al., 2013, p. 127).

No âmbito dos afetos, emerge ainda o compartilhamento de histórias e vivências de outras pessoas também implicadas com a experientiação das práticas em saúde dentro do Projeto Inovação. Para os autores das falas abaixo, a convivência e a troca e experiências no grupo proporciona amadurecimento para a postura clínica e enriquecimento em termos de conhecimento.

“[...] me ajudou bastante a amadurecer, assim, na vida clínica, tudo isso, porque, não sei, a gente foi vivendo, né, e todas as coisas que aconteceram, todas as histórias, as histórias que eu ouvi os outros contarem, o pessoal das outras UBS que comentam de como é. Você começa a trazer um pouco disso pra sua realidade, né, e tudo isso acrescentou muito” (Entrevista – estagiário 02).

“Como a gente formou uma equipe que a gente troca muito, as reuniões depois que a gente tem, a gente vem trocando muita experiência e sente muito confortável um com o outro, então, a coisa flui muito bem. Uma equipe que o trabalho fui muito bem (Entrevista – estagiário 01).

“Pra mim o projeto é incrível, assim, eu gosto muito de tudo mesmo e é isso, a gente vai devagarzinho mas, a gente vai, sabe, e aprendendo com nós mesmos, assim, isso é o que eu mais gosto, de trocar e de conversar e de, né, isso é essencial. Porque também não ia adiantar nada a gente tá ali e cada um ir pra sua casa depois e a gente não trocar nossas experiências um com o outro, o quê que tá acontecendo. Acho que isso que faz a gente crescer. São as várias histórias, né, que a gente troca na vida. Muito legal!” (Entrevista – estagiário 01).

“Sim. As reuniões que a gente faz depois... é muito legal, assim, porque a gente fala o que a gente fez e, às vezes, eu não sei o que a outra tá fazendo mas, às vezes, comenta. Quando é uma coisa mais difícil, a gente senta e discute. Que eu acho que isso faz o profissional crescer, né, você trocar ideias, você trocar informação, você vê o que tá acontecendo ali e você vai aprendendo, né [risos]. É natural, né, você vai aprendendo” (Entrevista – estagiário 01).

“[...] com a equipe que a gente tá, é uma equipe muito boa. Então, dá tudo muito certo, todo mundo tá com muita vontade de ajudar uma ao outro, de trabalhar junto e de ter esse trabalho em equipe” (Entrevista – estagiário 02).

“[...] eu acho que o grupo é um grupo que é muito gostoso de trabalhar, eu gosto muito de todo mundo que faz parte dele. Então, quando você começa a ter uma relação boa e admirar as pessoas eu acho que você, mesmo não entendendo você tá disposta ali pra ouvir e uma hora vai encaixando tudo, né. E foi uma coisa que eu senti em todos os trabalhos que a gente fez, todas as reuniões que a gente foi fora daqui, que sempre teve isso no grupo, nesse grupo de pesquisa, que todo mundo, um cuida do outro. E é uma coisa que a gente até já comentou já, dessa coisa assim que é muito gostosa, do cuidado que a gente tem dentro do grupo já e aí, na hora de passar isso pro paciente, a harmonia que tem no grupo na hora de atender o paciente, transparece muito, então, é tudo muito fácil assim, tudo muito gostoso” (Entrevista – estagiário 02).

“[...] porque tem comunicação. A gente se fala o tempo todo, de todos os casos a gente tá chamando, mostrando, trocando ideias. Porque, também, eu acredito que existem serviços que tem uma equipe mas, as pessoas não se comunicam e tem também essa questão de autoridade, não sei o quê e aí fica difícil. Então, entre a gente é muito aberto, assim, é muito receptivo, então, nossa, deu muito certo. Muito! Como equipe, assim, dá muito certo” (Entrevista – estagiário 01).

Corroborando com essas colocações, Ceccim (2005, p. 167) afirma que:

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção.

A partir desse contato com outros profissionais – a despeito de ser um contato limitado, quase restrito à saúde bucal⁴³ – os estudantes começam a se familiarizar com o desenvolvimento do trabalho em equipe, valorizando a participação do outro e buscando orientação na prática compartilhada.

Os preceptores também se sentem afetados, tanto pela possibilidade de desenvolver um processo de trabalho inovador – proposta pelo Projeto Inovação – quanto pela partilha de saberes e experiências com os estagiários no cenário pedagógico.

“Quando você fala isso, a primeira coisa que me vem à cabeça é a questão dos afetos” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

“Então, voltando à clínica dos afetos porque nos afeta o que a gente faz, é a possibilidade que você tem na sua semana, na sua rotina de trabalho de parar e fazer algo diferente, compreendendo que é diferente, testando pra ver se o diferente tem respostas, né, e eu vejo isso pra mim, pro meu dia a dia e vejo isso para os alunos” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

⁴³ Na equipe do Projeto que atua no Paula Souza, há uma fonoaudióloga.

“É uma coisa, assim, que toca muito a gente [...]” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

Os efeitos provocados pelos afetos são singulares, o que quer dizer que, em cada um, o resultado será distinto (Franco; Galavote, 2010).

No discurso a seguir, uma das preceptoras valoriza as trocas e as afetações existentes no contexto da experiência vivida, contrapondo a ‘clínica estática’, adjetivada por ela de “desgastante por ser pobre em troca”, ao trabalho dinâmico que encontra nas trocas e nas relações com o outro, combustível para renovar-se e transformar-se.

“Eu acho libertador você pensar diferente dentro da clínica. Porque, assim, a clínica como ela tem sido feita, como a gente aprendeu e como a gente ainda faz, muitas vezes, ela é extremamente desgastante porque ela é pobre em troca. E quando você olha diferente pro paciente e o aluno tá junto com você e você vê que ele também olha diferente, que isso o afeta, é enriquecedor, né. Tira a pobreza que a técnica pela técnica gera no trabalho em saúde bucal, né, o realizar procedimentos odontológicos, eu acho que ele é empobrecedor das relações por tudo, porque o paciente tá de boca aberta, ele não conversa, você faz um procedimento que é desagradável, não existe uma coisa que você faça na cadeira odontológica que seja prazeroso, que seja gostoso, então, a conversa é o grande diferencial disso, né, a escuta e a conversa, a troca, você estabelecer um pouco de troca quando você tem um outro olhar, né, pro paciente e o paciente tem um outro olhar pra você” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

Os preceptores do Projeto Inovação enxergam o processo de aprendizagem, nos moldes propostos pelo estágio, como um potente indutor de mudanças na formação, sobretudo por propiciar a imersão na realidade, o rompimento da ‘blindagem’ das clínicas da Faculdade e o encontro com o desconhecido, o imprevisto, o paciente real e tudo o que é inerente à clínica em saúde, além da técnica.

“Eu acho que [a formação] é bárbara” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

“[...] eu tenho certeza que os alunos que passam por esse processo todo, eles saem gente diferente. Não é só profissionalmente, sabe, ele repensa muita coisa, como pessoa porque ele não sai, assim, pensando que vai só atender e vai, vai ganhar dinheiro ou coisas do gênero [...]” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

“[...] eu vejo como um ganho você ter aluno, como um ganho pro serviço e como um ganho pra formação porque é muito diferente quando o aluno chega no serviço de saúde. Primeiro que, assim, ele sai da blindagem da Faculdade, né, então, ele enfrenta a clínica como a clínica é. E não tem a proteção nem do professor, nem o anonimato porque ali ele tá anônimo [...]. Então, ele sai desse lugar da sombra e ele, o paciente, pode ter um protagonismo que eu acho que é isso que os meninos têm vivido lá. [...]”

Então, assim, eles tão enfrentando situações que a formação dentro da academia, naquela coisa blindada, não tem espaço pra isso, né, o paciente não vai dá chique porque a restauração tá alta. O paciente também tem que entender, ele se condiciona ao que pode ser oferecido e isso é muito diferente. Quando você tá no sistema de saúde, é o paciente como ele é, é a realidade como ela aparece, né, que eu acho que essa é a riqueza do cotidiano dos serviços pra formação. É você poder viver as situações, não você aprender, como se dizem, pegar mão, não é pra você aprender a fazer uma extração melhor, não é pra você anestesiá melhor, não, é pra você viver a vida como a vida é, lá onde as coisas acontecem, né, é o paciente que chega com dor, é o paciente que chega estressado, o que vem choroso, né, essa diversidade de situações que, se você tá na clínica de endodontia você vai ter canais mais atrésicos, menos atrésicos, mais curvos, menos curvos. É aquilo que você vai encontrar. Aqui não. Aqui no serviço você vai encontrar as pessoas, as subjetividades, o contexto, os colegas... [...] Acho que, é isso que eu percebo, seria bom esse contato paciente, estudante e serviço por essa existência mais rica na formação, né. Por entender que a técnica não é, eu acho que a técnica não é, ela é um aliado, ela não é o foco. [...] Porque você tira dessa redoma. Cê joga na vida verdadeira onde acontecem as coisas. E não é assim 'nossa, vou me deparar com uma pulpita que eu não sei', não é isso que eles precisam. Eles precisam de vivência, de realidade, de vida real, de paciente de verdade, não é um paciente 'manequim vivo' como eu acho que eles colocaram, uma expressão muito legal no relatório deles. Não é o manequim vivo. São pessoas com problema, com espaço, problema que não tem material, que faltou energia, que o compressor quebrou, é isso que pode dá uma formação... não sei se, esse melhor parece que a formação não é boa, ela é boa num sentido, né, ela pode ser mais acoplada à realidade, mais de acordo com a realidade e até isso fortaleceria os alunos ao sair da Faculdade porque ele sai da Faculdade muito cru e muito perdido, muito sem... Achando que é aquilo que você vai encontrar lá e a primeira vez que você leva uma canelada de um paciente você se desestrutura. [...] Então, parece que o ganho é isso, assim, essa coisa da realidade, de ver a pessoa como a pessoa é, o serviço como ele é, as dificuldades que você vai encontrar" (Entrevista - preceptor do estágio 01).

No trabalho de Arantes et al. (2009), revelou-se que o ECS oferece aos estudantes a possibilidade de tomar decisões no contexto do trabalho e que isso contribui para gerar segurança. Além disso, para os alunos que participaram do estudo, no estágio era possível elaborar desde o diagnóstico, ao plano de tratamento de forma independente do professor, o que pra eles figura um exercício clínico mais próximo da realidade profissional e contribui para construção de competências e habilidades coerentes com a futura atuação. O ECS pode, assim, exercer influencia no aumento da capacidade para tomar decisões clínicas⁴⁴.

Adido à isso, as narrativas revelam a influência do estágio vinculado ao Projeto Inovação no sentido de transformar pessoas (Badan et al., 2010). Os trabalhos de Santa-Rosa et al. (2007), Sanchez et al. (2008), Araújo et al. (2011) e Arantes et al. (2009) reforçam esse achado.

⁴⁴ No item 5.1.1.2, a competência 'tomar decisão' foi discutida com maior profundidade.

Ao discorrer sobre o estágio, o autor do discurso anteriormente apresentado frisa o papel da experiência no serviço no sentido de deslocar a técnica do centro do processo formativo, entendendo que, apesar de ela ser indispensável para o futuro trabalho do cirurgião-dentista, não é suficiente para uma atuação resolutiva.

As clínicas organizadas dentro das IES oferecem a possibilidade de vivenciar um largo espectro de doenças bucais e o seu potencial para gerar aprendizado é reconhecido. No entanto, as competências ligadas ao tratamento de doenças, constituem apenas parte das habilidades necessárias para o exercício profissional não devendo ser esse o objetivo final da formação (Morita; Haddad, 2008).

Cavalcanti et al. (2008) afirmam que, em muitas situações, os ECS são desenvolvidos apenas como um campo diferente para reprodução de práticas e procedimentos na mesma lógica biologicista que não permite o debate sobre a construção e o fortalecimento do SUS. O aprendizado de técnicas não deve ser o objetivo primordial do estágio (Leme et al., 2015).

Para além do que foi exposto, os estudantes explicitaram outros benefícios relacionados à sua formação, oriundos da experiência que fizeram no estágio vinculado ao Projeto Inovação. Um deles é a possibilidade de maior compreensão, em termos teóricos e práticos, da saúde pública, exemplificado no fragmento abaixo:

“[...] Também acho que porque, acho que quando eu entrei, eu não entendia direito e aí o tempo vai passando, cê vai entendendo, cê vai se familiarizando com os termos e com, até com o funcionamento, né, do, da saúde pública porque é uma coisa que a gente não dá muita atenção também...” (Entrevista – estagiário 01).

Resultados semelhantes foram apontados no estudo de Leme et al. (2015) que desvelou a percepção dos estudantes de odontologia de uma Faculdade pública do estado de São Paulo sobre o estágio curricular desenvolvido em UBS com ESB. Os sujeitos da pesquisa afirmaram que a imersão nos cenários de prática facilitou a aprendizagem relacionada à organização SUS. No trabalho de Arantes et al. (2009), 100% dos estudantes entrevistados responderam positivamente quando questionados se o estágio influenciou nos conhecimentos que possuíam sobre o SUS. Além disso, para muitos deles, essa foi a única oportunidade para esse tipo de aprendizagem como representa a fala “Tudo o que sei sobre o SUS aprendi no estágio”. Outros trabalhos também reportam os conhecimentos sobre o SUS

gerados a partir dos ECS (Sanchez et al., 2008; Bulgarelli et al., 2014; Leme et al., 2015.)

Outro ponto interesse é a percepção relacionada ao conceito de saúde e sua 'utilização prática', ou seja, os estudantes conseguem ampliar o entendimento sobre a determinação social do processo saúde-doença – incluindo o adoecimento bucal – e extrapolar a reflexão para sua utilização pelos serviços de saúde.

“E refletindo um pouco sobre o conceito de saúde, que não é mais só a ausência de doença: como, nos serviços de saúde nós aplicamos esse conceito? Vejo que os serviços ainda veem a saúde como apenas ausência de doença, esquecem de todos os outros fatores que a influenciam” (Diário – estagiário 01 em 14/08/2014).

“O pouco que a gente, não sendo profissionais, não sendo psicólogas mas, o quanto que a gente percebe de tudo que esse paciente carrega e quanto isso é diretamente ligado à saúde dele e não só bucal mas, no todo, é essencial e falta isso, né, a gente, por mais que o SUS fale que nós não temos que nos focar na doença do paciente, a gente continua focando na doença do paciente. A gente continua pensando na resolutividade daquilo que tá incomodando, do problema dele mesmo, não como um todo. Ainda mais essas questões que são nas entrelinhas, né, que a gente não... Antes de eu conhecer o professor, eu jamais pensaria que os problemas de vida do paciente são refletidos na boca dele. Jamais! E eu hoje eu consigo entender isso, hoje eu consigo visualizar isso” (Entrevista – estagiário 01).

Diversas investigações demonstram o potencial dos estágios no sentido de desvelar a realidade social para os graduandos, ao passo que, com isso, proporcionam a construção de uma visão mais compreensiva dos problemas de saúde e dos determinantes que impactam a vida dos pacientes. Em síntese, os ECS propiciam a ampliação do entendimento sobre o processo saúde-doença (Sanchez et al., 2008; Santa-Rosa et al., 2007; Toassi et al., 2012; Leme et al., 2015).

Ao internalizar a compreensão da determinação social, a conduta clínica se transfigura e a abordagem 'odontocentrada' perde o sentido. O estudante percebe que, como profissional de saúde, pode oferecer e disponibilizar mais que procedimentos dentários para seus pacientes.

“Isso é outra coisa também que eu aprendi bastante lá de quando eu vejo um paciente, tentar entender a história dele. Não só pensar: ‘ah, ele tem essa condição bucal hoje, então ele vai ter que fazer isso, isso e isso’. Mas, aí, os pacientes continuam com os mesmos problemas e pode perder tudo de novo, pode regredir, então, não adianta eu fazer um tratamento perfeito se as condições psicológicas, de vida, se os hábitos não mudarem. Isso é uma coisa que a gente estuda muito, assim, na UBS. É tentar conversar, ver quais são os problemas que o paciente tem em casa, as dificuldades que ele tem e tentar ajudar de alguma forma, encaminhar, às vezes pra algum serviço [...]” (Entrevista – estagiário 02).

Atrelado à isso, aparece a indefinição dos limites da escuta ampliada. O estudante reforça a valorização do ouvir mas, se sente inseguro com relação a seletividade do que é colocado pelo paciente e o quanto ele deve permitir que o sujeito exponha de sua vida. É uma dúvida pertinente e difícil de ser respondida teoricamente ou apreendida em aulas e livros. Só a prática pode balizar essa conduta e mostrar, com o tempo, como direcionar um diálogo clínico de forma efetiva.

“[A paciente] é bem falante, e após o tratamento ficou falando pelos cotovelos [...]. Até comentei depois com a preceptora, que acho que a consulta individual abre uma porta de um contato maior com o paciente, e eles se sentem mais à vontade com a gente, e acredito que isso é essencial na questão do cuidado. Mas, ficamos um pouco aflitas quando o paciente fica próximo demais e não para de falar. Fico refletindo sobre o impasse, e qual seria o meio termo entre um atendimento diferenciado, baseado no cuidado, e um atendimento puramente técnico. Ou simplesmente, como faremos para lidar com esse tipo de paciente, porque pelo o que percebi até agora, isso ocorre com frequência” (Diário – estagiário 01 em 04/09/2014).

O potencial transformador da experiência rompe os limites da atuação no setor público. No trecho a seguir, a aluna se diz modificada e motivada a atuar de forma ampliada independente do espaço em que esteja inserida no seu futuro profissional. Fazer uma experiência nesses moldes, repercute de tal forma na vida do estagiário que ele se considera diferenciado, incapaz de voltar a exercer uma clínica reduzida.

“As experiências... [...]. E essa questão, eu acho que é independente de se a pessoa for pro serviço público ou se ela for prum consultório particular, eu acho que a essência disso, a ideia disso é uma coisa que não sai mais da pessoa. É uma coisa que ela vai levar pra vida mesmo, da questão do cuidado, de como lidar e a própria anamnese coletiva, não sei, às vezes, é uma coisa tão legal, que eu não consigo... Fez tanto sentido que: ‘pô, vamo tentar de algum jeito’. Eu vejo isso sendo aplicado de diversas maneiras, assim, em vários serviços, não só no serviço público. Eu acho que é uma coisa que deve ser implementada no geral” (Entrevista – estagiário 01).

Os discursos a seguir revelam o desejo de trabalhar, futuramente, no SUS. Ela afirma que a motivação adveio da sua participação no estágio. Além disso, surge um impulso para atuar de modo diferenciado, coerente com a inovação proposta pelo Projeto de pesquisa.

“Pra mim, eu tô adorando. É uma coisa que eu nunca achei que eu fosse gostar. E eu tô adorando! E eu quero trabalhar no serviço público [risos]. Uma mudança, assim, muito legal” (Entrevista – estagiário 01).

“Muito boa! Muito boa! E, inclusive, no domingo, antes de ontem, eu fiz uma prova de concurso porque eu penso em seguir [...]. Valinhos. Nossa! E eu acho que eu fui bem, assim, e eu fico animada porque é uma coisa que eu gosto e é uma coisa que eu nunca me imaginei, assim, fazendo. E eu tenho me aproximado, desde o começo do Projeto [Inovação] com o professor, eu já tenho gostado muito, assim, da saúde pública porque parece que, a impressão que eu tenho é que... E eu acho que com o Projeto também que é essa coisa de inovação, essa coisa de mudança, o sistema sempre quer melhorar, você sempre quer tentar fazer uma coisa diferente, uma coisa melhor. Isso despertou uma coisa legal em mim. E eu vejo que o serviço público é uma coisa, assim, é muita gente. Então, é uma coisa que pode significar muito, assim, que pode, realmente, mudar. E aí eu fico até pensando: ‘nossa, se eu passar, eu vou levar o projeto pra lá’ [risos]” (Entrevista – estagiário 01).

Publicações diferentes reforçam o desejo de trabalhar, futuramente, no SUS como um reflexo da experiência que os estudantes fizeram nos serviços de saúde (Sanchez et al., 2008; Noro; Torquato, 2010; Bulgarelli et al., 2014).

Em consonância, no Projeto Inovação, os estudantes encontraram espaço para questionar as práticas, refletir sobre os processos vigentes e os paradigmas que acompanham os fazeres em saúde bucal na APS, podendo exercitar a criatividade e propor inovações, junto com a equipe de pesquisa, visando melhorias na qualidade da atenção oferecida.

“E a gente também tem percebido que dá pra fazer muita coisa na Atenção Básica, na Atenção Primária, que, teoricamente, não está no protocolo. Por exemplo, ajuste de prótese total. Não é uma coisa que faz, né? Então, é uma coisa que a gente conseguiu fazer. Uma prótese caiu, da paciente, quebrou, quebrou no meio, assim, então ela não conseguiu, não encaixava, assim, não conseguia usar. Só que a mulher era super nova, tipo, tinha uns quarenta e poucos anos e aí até ela ter, fazer uma nova prótese e tudo... Então, ela foi lá e a gente conseguiu juntar as partes e ela tá super firme, usando numa boa. Então, assim, tudo que dá pra fazer, a gente faz. A gente só não fica preso no que a UBS pode fazer pelo paciente. A gente vê o que a gente pode fazer. Se der, a gente faz tudo. E é uma coisa que não perde mais tempo, não custa nada e é um paciente a menos pra precisar de imediato de uma total que é referenciado pra, que acho que dura bastante tempo e a gente já falou também que, caso quebre de novo, ela pode ir lá, ajustar mas, tá super boa, assim” (Entrevista – estagiário 02).

“[...] como reembasar prótese, por exemplo, que não precisa de grande tecnologia, não precisa de materiais muito caros e que ajudou aquele paciente. Então, se dentro dessa sexta, a gente conseguiria colocar coisas a mais e na questão da referência e contra referência, como é que isso tá colocado porque a atenção primária ela chega e o que tá colocado é que eles gostam muito do que a gente faz, então, o que eles cobram é o que a gente não faz [...]” (Entrevista - estagiário 03).

“Neste dia, atendi uma paciente que saiu feliz do atendimento, por eu ter oferecido uma possível alternativa de tratamento, que não incluía a exodontia de seus dentes anteriores 21 e 11, que apresentam mobilidade grau 3, devido a força mastigatória, visto que a paciente oclui apenas com os incisivos” (Diário – estagiário 02 em 16/10/2014).

Reforça-se que os ECS são capazes de produzir novos sentidos e formas diferenciadas de pensar o trabalho em saúde bucal, gerando avanços nas proposições e problematizando a PNSB (Warmling et al., 2011).

No rol de inovações sugeridas pelo Projeto, a anamnese coletiva figura com destaque nos discursos dos alunos. Essa modalidade de anamnese não se assemelha à que é usualmente praticada. Como escuta qualificada, este passo do trabalho clínico reveste-se da maior relevância para proceder o acolhimento individual, processar o vínculo e permitir que o paciente possa falar sobre seu mal-estar, sua condição clínica, seus sintomas, suas expectativas, sua vida. O profissional/estudante conduz o diálogo em uma atmosfera de cordialidade, deixando o paciente expressar-se livremente, interrompendo com perguntas ou fazendo observações de modo a permitir ou facilitar a 'deposição' do material subjetivo (Botazzo, 2012).

Os estudantes reconhecem essa estratégia como efetiva no sentido de propiciar a criação de vínculos e uma escuta ampliada dos pacientes. Os excertos abaixo retratam o entusiasmo e a expectativa dos estudantes com a realização da atividade em grupo.

“Eu, da anamnese coletiva eu tô, eu achei genial, assim, porque você consegue fazer um vínculo, então... é que eu não tenho como não falar. [...] Os pacientes, eles falam que, fazendo a anamnese, depois fazendo a consulta fora da cadeira, depois indo pra consulta na cadeira, ele já vai muito mais seguro, muito mais tranquilo e ele se... até agora, todos eles falam que têm plena confiança no procedimento e no profissional. Então, foi criado um vínculo até, ali, e esse vínculo ele é muito importante. E é um vínculo até entre pacientes. Por exemplo, já teve um grupo de anamnese que os pacientes trocaram telefone porque queriam fazer tricô junto ou algo assim. Então, isso na comunidade, naquele serviço, eu acho que é uma coisa que potencializa e fortalece aquele atendimento, aquele grupo” (Entrevista - estagiário 03).

“Melhora no sentido da confiança, no sentido de, da gente também, acho que como profissionais entender mais o paciente, conhecer mais o paciente, então, a gente acaba sendo, tendo uma, como é que se diz? Uma... Não é paciência mas, a gente fica mais flexível ao que acontece com o paciente. A gente consegue entender mais os problemas bucais dele, então, de uma certa forma, a gente compreende mais. Então, tanto pra gente quanto pra eles, que eu acho que eles se sentem confortáveis e confiam mais na gente, confiam no tratamento que eles vão receber, confiam na equipe como um todo. Então, eu acho que é mérito pros dois lados” (Entrevista – estagiário 01).

“Hoje o Prof conduziu uma anamnese coletiva. Essa foi a segunda anamnese que eu participei, e sempre fico ansiosa porque é uma experiência diferente e nova. Achei essa anamnese muito legal. Acho fascinante como o professor conduz a 'reunião'. Os pacientes foram

bastante participativos. Eu vejo a anamnese coletiva como uma forma de criar algum vínculo com o paciente, como 'quebrar o gelo'. Eles gostaram bastante da experiência e dá pra perceber que se sentem mais a vontade conforme todos participam, uns ficam a vontade até demais, e não param de falar, rs. Sem contar as informações 'escondidas' que podemos tirar com as falas dos pacientes" (Diário – estagiário 01 em 15/05/2014).

Na visão dos estudantes, esse tipo de atividade é bem vista pelos pacientes já que eles se sentem acolhidos e, como consequência, o processo terapêutico é fortalecido.

"Finalizando, [o paciente] disse que a reunião foi surpreendente, pois todos eles vêm com uma ideia prévia e que ele nunca presenciou um atendimento com uma conversa aberta e as pessoas podem se abrir. Apesar de ser 'aérea', ela não é, e tem um propósito maior" (Diário – estagiário 01 em 15/05/2013).

"Eu acho que... Eu não sei se eles entendem o que a gente faz, né, por ser uma coisa diferente. Então, é, eu acho que causa uma 'estranhezazinha', nossa, um grupo, vamos conversar causa uma estranheza mas, a partir do momento que a gente tá ali fazendo, tá se envolvendo com aquilo, eu acho que eles gostam que, não atrapalha em nada e, eu, né, vendo, a partir disso, só melhora, né, depois do que a gente vai fazer na clínica em si. O grupo, a conversa, pra mim, só melhora o atendimento" (Entrevista – estagiário 01).

"Discutimos sobre como seria, na prática, inserir a consulta ou anamnese coletiva na rotina de atendimentos e sobre o tempo que se 'gasta' com mais uma visita do paciente. Essa é uma questão que ainda nos gera dúvidas, pois será que os pacientes fazem questão disso, ou será que só querem que seu problema seja resolvido? Até o momento vi reações positivas com nossa abordagem. Mas também não podemos descartar o fato de que a maioria dos nossos pacientes (se não me engano) são idosos e aposentados, que, digamos, têm tempo disponível e, inclusive, ADORAM bater um papo, rs. Ainda é um ponto a se pensar e observar na prática. Mas penso se também não é apenas uma falta de costume nosso, como profissionais, dos pacientes, e de ambos, como seres humanos. Não somos acostumados a falar sobre nosso dia a dia, sentimentos, e principalmente, não somos acostumados a ter alguém que nos ouça, que esteja de fato interessado. Principalmente nos serviços de saúde. E aí acho que entra o desafio do cuidado nos serviços de saúde" (Diário – estagiário 01 em 14/08/2014).

Incluídos no largo espectro de benefícios gerados pela experientiação do serviço de saúde, na esfera do Projeto Inovação, aparecem, ainda e com destaque, os ganhos em termos de aprendizagem significativa para o exercício profissional.

"É! Mas, eu adorei. Pra mim, foi muito bom, assim. Eu tenho consciência de que eu aprendi muito com toda essa vivência" (Entrevista – estagiário 02).

"Então, foram experiências que pra mim contaram muito para a minha formação e me deu mais segurança e mais vontade de me formar logo e ir lá pra fora, começar a atender. E aí quanto ao cuidado, tudo isso que tá embutido no corpo do projeto, eu, eu, não sei, é que assim, vivendo tudo isso, eu consigo visualizar melhor porque eu sempre tive vontade, né, de

cuidar paciente, eu acho que todo mundo que vem pra cá, vem com uma vontade mais humana, assim, de querer ajudar o próximo, de querer fazer alguma coisa pra alguém mas, no projeto, a gente torna isso mais real, assim, parece. Porque você coloca no papel, não fica só... ah, no fundo você sabe que é isso, você pensa nisso mas, quando você começa a viver e passa a ter consciência de que é isso que você tá fazendo, o cuidado ao paciente, eu acho que as coisas ficam mais claras e você consegue passar pro paciente que é isso que ele vai ter. Aí, o paciente fica mais feliz também em, mais confortável, mais confiante no que você vai fazer por ele. Eu tenho tanta coisa pra contar... [risos]" (Entrevista – estagiário 02).

"No fim, foi um bom dia, sempre volto com a sensação de que aprendi coisas novas, e me sinto um pouquinho mais dentista" (Diário – estagiário 01 em 07/11/2013).

"Pra mim, não foi maçante em momento nenhum e, ainda mais, agregando cada vez mais palavras novas pro meu vocabulário, enfim, tudo isso foi muito bom pra mim [...]" (Entrevista – estagiário 02).

"[...] eu acho que é uma questão de amadurecimento mesmo, como profissional e como pessoa mesmo, como profissional da saúde, principalmente [...]" (Entrevista – estagiário 01).

"[...] na questão da educação eu acho que foi muito feliz, assim, o projeto, tem sido uma aprendizagem gigantesca" (Entrevista - estagiário 03).

"[...] agrega muito não só na formação, por tudo que a gente aprende mesmo no projeto com outras clínicas, com outros profissionais porque é multiprofissional mas, também, valores mesmo, de você se deparar com o sofrimento daquele paciente" (Entrevista - estagiário 03).

"[...] E, assim, coisinhas assim que a gente vai aprendendo no dia-a-dia. Mas, são coisas, assim, que a gente vai vivendo e aprendendo, vivendo e aprendendo [...]" (Entrevista – estagiário 02).

No entanto, mesmo com tantos benefícios em evidência, reconhece-se as limitações do estágio do Projeto Inovação, sobretudo no que diz respeito à compreensão de conceitos teóricos. Durante as entrevistas, os estagiários que foram inseridos no primeiro momento demonstraram incorporação vocabular dos termos utilizados no cotidianos do trabalho em saúde mas, percebeu-se que, muitas vezes, eles não conheciam o significado real dessas palavras ou expressões, ou afirmavam não conhecer determinados assuntos como a PNSB. As falas a seguir mostram como um dos estudantes se perde ao tentar refletir sobre os objetivos específicos do Projeto Inovação.

"[...] 'Analisar o modelo de atenção em saúde bucal do SUS, tendo como referência as Diretrizes para a Política Nacional de Saúde'. Ah, esse eu não sei [...]. Então, é que eu não sei como tem que ser de acordo com as políticas, entendeu? Por isso que eu não sei responder essa [...]. Eu não sei como tem que ser e como a gente faz" (Entrevista – estagiário 02).

"Eu não sei, assim, o que tem que ser. Acho que se eu ler agora e se eu ler direitinho, eu consigo, consigo e fazer uma discussão, a gente consiga..."

acho que vale essa questão de entrar em discussão já que tá no projeto mesmo” (Entrevista – estagiário 02).

“[...] ‘Investigar os modos como socialmente é construída a demanda pro serviço de saúde bucal ou as necessidades de saúde bucal na ótica do sujeito paciente’. É. Essa é um pouco mais difícil, né?” (Entrevista – estagiário 02).

“É, essa é uma coisa que eu acho que falta mesmo, faltou [referindo-se à apropriação do referencial teórico]” (Entrevista – estagiário 02).

Entendendo que essa é uma falha considerável, acredita-se que as discussões teóricas, sustentadas por textos científicos e mediadas por um dos preceptores ou pelo professor poderiam ter agregado conhecimento à essa experiência. A inclusão de atividades teóricas nos ECS é recorrente na literatura (Cavalcanti et al., 2008; Bulgarelli et al., 2014).

Registra-se o desejo dos alunos com relação à disponibilidade de atividades semelhantes à que eles puderam experienciar na estrutura curricular do curso de graduação, o que reforça a justificativa para a realização desse trabalho.

“Eu não sei mas, em relação ao aluno, a minha visão, eu acho que se a gente não tivesse uma outra clínica ou uma possibilidade de um atendimento diferente do que a gente tem aqui, visando o trabalho como tá sendo feito no projeto, eu acredito, professora, que vai ser muito produtivo e vai dá uma luz muito grande pra muitos alunos porque o que, eu não sei, mas o que eu sinto conversando é um desconforto muito grande entre os alunos entre clínicas, departamentos, de você não poder fazer ali e também, aquela coisa: ‘ai, eu quero me formar logo porque eu não aguento mais esse tipo de cuidado mesmo’ porque a gente acaba ficando angustiado” (Entrevista – estagiário 03).

“Eu acredito muito que pode ser um local de aprendizagem sim e eu que, por ter alunos de diversos anos, de trabalhar com dentistas formados, [...] é, eu acho que isso agrega muito porque, cada um, ao mesmo tempo, pode cuidar do mesmo paciente, fazendo aquilo que já aprendeu. Só de tá ali, cê já tá aprendendo também. Então, eu acho que mesmo quando a gente vê um estágio, mesmo o aluno do primeiro ano, por exemplo, se pudesse fazer um estágio no mundo do trabalho público, na unidade, como tá acontecendo no projeto, só do aluno do primeiro ano poder tá ali olhando os alunos do último ano que atendem, eu acho que ele já tá aprendendo muito porque o que eu também tenho ouvido e acontece é que os alunos que conseguem estágio em clínicas privadas se tornam secretários, faxineiros mas, de odontologia, nada. Tem alunos em grandes clínicas que nunca viram nem o procedimento. Eles ficam na sala de esterilização, cuidando da limpeza e atendem o telefone. Então, o mesmo estágio, no mundo do trabalho privado, a gente não tem uma garantia de que o aluno aprenda. Enquanto que, no público, reverte a ordem e já tem uma estrutura montada” (Entrevista - estagiário 03).

No que diz respeito às competências, considerando-as como uma potencia derivada da experiência, emergiram nas falas dos estagiários diversas delas – muitas, inclusive, semelhantes às que apareceram nos grupos focais. Destacam-se,

aqui, algumas que foram diferentes como a construção de autonomia e responsabilidade.

Nas entrelinhas das narrativas dos estagiários, a autonomia desponta como competência construída pela experiência e, aliada à ela, surge a segurança e o senso crítico diante dos casos clínicos colocados.

“A gente se sente mais livre também pra fazer as coisas [no Projeto Inovação]” (Entrevista – estagiário 01).

“O segundo paciente foi o mesmo senhor que atendi semana passada. Com ele foi mais fácil, pois já o conhecia e sabia qual era o tratamento proposto para ele. Realizei uma pequena restauração em um incisivo inferior” (Diário – estagiário 01 em 13/03/2014).

“Atendi primeiro uma senhora (que já tinha feito a triagem no dia na anamnese coletiva). Foi uma restauração simples e um jato de bicarbonato. Depois atendi um senhor, que foi uma exodontia. Me senti mais confortável nesses dois atendimentos” (Diário – estagiário 01 em 18/09/2014).

Ao agir com autonomia, os estudantes sentem-se responsáveis pela condução do tratamento (Lima et al., 2013) enxergando, nesse contexto, a possibilidade de executar, na prática clínica, todas as etapas da abordagem em saúde bucal – indo do planejamento até a finalização do caso (Santa-Rosa et al., 2007; Arantes et al., 2009) – exercitando o que foi aprendido em fases anteriores do curso de modo integrado.

A formação tradicional, dentro dos muros da faculdade, não permite que a autonomia seja experienciada o que evidencia a imprescindibilidade de atividades nos cenários reais para que os estudantes possam vivenciar e aperfeiçoar sua capacidade de decisão e planejamento das ações (Santa-Rosa et al., 2007).

Conforme afirmado anteriormente, imbricada na autonomia, surge o senso de responsabilidade. Como está totalmente envolvido na produção do cuidado, buscando compreender o processo saúde-doença instalado nos seus pacientes, o aluno é afetado e se sente na obrigação de intervir e contribuir para melhorar a situação colocada pelo sujeito como queixa. Além disso, as consequências dos seus atos não são delegadas à terceiros – o que comumente ocorre nas clínicas da Faculdade – induzindo o aluno a sentir-se ativo e responsável pelas decisões tomadas e pelas ações desenvolvidas.

“Aliás, uma coisa que tenho aprendido com essa experiência é a ter responsabilidade” (Diário – estagiário 01 em 07/11/2013).

“O quê que eu vou fazer? Eu preciso fazer alguma coisa. Ali é minha reponsabilidade, como profissional de saúde fazer alguma coisa, como dentista fazer alguma coisa. Então, não tem como aqui [no Projeto Inovação] você, ninguém vai passar a mão na sua cabeça, ali é você, é você que tá tratando aquele paciente, a gente se ajuda, assim, mas você é responsável por aquele paciente que você tá tratando. Então, isso é uma coisa que move mesmo, que não tem desculpinha, não tem preguiça, não tem essa: ‘eu não tenho material’. Você vai se virar ali. Você tem que se virar ali. Então, eu acho que é uma questão de amadurecimento mesmo, como profissional e como pessoa mesmo, como profissional da saúde, principalmente, de tá ali pra, pro paciente e ponto, assim” (Entrevista – estagiário 01).

No final da sua fala, o estudante revela o quanto essa postura ativa e responsável pode induzir à um amadurecimento, nas palavras dela ‘como profissional e como pessoa’, durante o desenvolvimento do estágio.

O estudante é estimulado à refletir sobre a conduta clínica que deverá adotar, sempre levando em consideração a subjetividade do paciente e a conveniência dos procedimentos técnicos, sem estar engessado pelos protocolos – esses são apenas guias orientadores – e sem perder a noção de responsabilidade. É nesse contexto que o estudante deixa a passividade e se torna agente no cuidado do seu paciente.

“[...] No geral ocorreu tudo bem, porém percebi minha dificuldade em tomar decisões terapêuticas em relação aos pacientes [...]. Assim que cheguei eu e a preceptora discutimos sobre uma paciente que veio com uma prótese fixa no incisivo central superior na mão. Qual conduta teríamos? [...] Ficamos naquele impasse sobre o que fazer. Fixa com hidróxido de cálcio que não dura quase nada, ou põe logo fosfato definitivo já que a paciente não irá refazer a prótese, porém não conseguiremos ver se infeccionou o canal? Após avaliação clínica decidimos colocar hidróxido de cálcio mesmo. O preparo do canal, nem o pino da prótese estavam corretos, mas até agora estou com dúvida sobre o que deveria ser feito. Fiquei com isso na cabeça principalmente porque a paciente disse que poderia ir pra Bahia a qualquer momento, já que seu pai estava muito doente e talvez ela precisasse visitá-lo, ou caso ele viesse a falecer. Numa situação dessa, por mais que não soubéssemos se o canal infeccionou ou não, mesmo que o preparo não estava perfeito, e que a paciente não tinha condições de fazer outra prótese, qual a prioridade? Qual a prioridade quando o paciente não pode ser atendido nos moldes ‘ideais’ que aprendemos na Faculdade? O conforto (pelo menos) para o paciente, ou uma conduta mais conservadora? Aliás, longe de serem ideais quando não temos nem para onde encaminhar um paciente para fazer uma prótese ou um tratamento endodôntico” (Diário – estagiário 01 em 13/03/2014).

Visualizar as deficiências do mundo real mostra para o estudante que, além de ‘saber agir com pertinência’ no sentido de tomar as decisões mais adequadas – tecnicamente falando – ele precisa centrar suas ações no sujeito para decidir a melhor forma de atuar. Percebe-se que a aluna que narrou o discurso que segue iniciou um processo de inversão da lógica usada para tomar decisões, sendo que o

lado técnico que até então ocupou a centralidade das decisões, abre espaço para a entrada do paciente como um sujeito ativo e dotado de subjetividade, sendo imprescindível sua participação na definição das condutas.

“Estou aprendendo ainda e sei que na teoria era para tudo funcionar, mas quando nos deparamos com um sistema que não funciona 100%, vejo que o lado humano deve falar mais alto que o lado técnico (que tenho tido durante esses 7 anos na Faculdade). Já tive essa reflexão algumas vezes. E eu mesma me assusto em como o lado técnico fala alto na hora de tomar uma decisão. O ‘fazer o certo’, o ideal em questão de tratamento. E me assusta mais ainda pensar que talvez isso tenha sido uma influência da forma como eu aprendi tudo isso, na Faculdade...” (Diário – estagiário 01 em 26/06/2014).

Além disso, as inquietações provocadas pelo campo de prática, desperta nos estudantes o desejo de buscar informações, aprofundar conceitos e, conseqüentemente, construir conhecimentos dotados de sentido, já que eles surgem ‘da e na’ experiência.

“Sim, sim. Nas primeiras reuniões, eu só ficava quieta, assim: ‘ai meu Deus do céu, não tô entendendo nada do que eles tão falando’. Aí, aos poucos cê vai, né, e vai estudando também, tem que estudar, tem que ler mas, é uma coisa que, é um assunto que, então, naquela época não fazia o menor sentido pra mim e hoje faz, hoje eu entendo, hoje eu acho super interessante, hoje eu quero saber mais, hoje eu quero entender” (Entrevista – estagiário 01)

5.2.4 Os Protagonistas do Estágio no Projeto Inovação

No âmbito do Projeto Inovação, figuram três protagonistas na organização do estágio: os estudantes, os preceptores e o professor supervisor.

Participaram, no cenário deste estudo, três preceptoras, sendo duas delas cirurgiãs-dentistas de outros serviços – UBS e Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CRT-DST/AIDS) – e a pesquisadora, cirurgiã-dentista doutoranda em Ciências Odontológicas com área de concentração em odontologia social.

O preceptor simboliza um mediador pedagógico no campo de estágio, com capacidade para orientar os trabalhos desenvolvidos e representar um exemplo de atuação pela grande experiência clínica que possuem, transparecendo confiança para os estudantes.

“[...] Nossa, dá mais do que conta [referindo-se ao papel desempenhado pelo preceptor]. Tá excelente, assim. A gente tem um... e é uma troca. Elas têm mais experiência, a preceptora tá no serviço há muito tempo, então, tem muita experiência, muita coisa pra trazer pra gente. E ela, como ela tá no serviço, ela lida já com isso, ela lida já com essa realidade a muito tempo, então, é claro que eu confio nela, claro que o que ela me falar eu vou ouvir, eu vou absorver aquilo eu vou seguir” (Entrevista – estagiário 01).

Além disso, o preceptor acaba se convertendo em um exemplo de conduta clínica para os estudantes, instigando-os a pensar sobre os casos clínicos e a buscar soluções diferentes daquelas convencionais, focando a subjetividade dos pacientes.

“No atendimento da preceptora, logo percebi sua atenção com os pacientes. Não só aquela atenção que somos treinados a ter (respeito e educação, que eu acho que vem de casa, né), mas sim a qualidade de se colocar no lugar do paciente. A paciente era uma senhora, e sua prótese tinha caído. Além disso, tinha também um molar inferior com restauração de amálgama com uma carie extensa na raiz (que estava exposta até a furca). O diagnóstico era que o dente estava condenado. Porém, prestei atenção na forma como a preceptora apresentou isso para a paciente. Disse que, sim, o dente estava condenado, mas que como o paciente não tinha condições de fazer uma prótese, e o dente estava em oclusão, colocaríamos um ionômero para manter o dente na boca o máximo possível, ou até a paciente ter dinheiro” (Diário – estagiário 01 em 27/03/2014).

“A gente tá experimentando e eles junto. E, às vezes, um pouco do que você faz que pra você já tá mais sedimentado, digamos assim, você já tem esse..., você já olha pro paciente como um todo, pra eles é uma descoberta, é um novo imenso, né” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

Para o preceptor, esse é um reconhecimento importante, fato que o motiva no sentido de atuar de modo a instigar os alunos a olhar para o sujeito de maneira ampliada.

“E ontem eu fiquei muito contente, assim, de ler o que eles escreveram porque eles escreveram três assuntos que aconteceram comigo. Então, quando eles falaram da anestesia da paciente, de pensar de novo, de perguntar, eu tava junto com o estudante, quando eles falaram do câncer da mão da paciente, né, que pra eles foi impactante, eu tava junto, então, assim, me dá uma coisa boa, assim, a gente tá fazendo diferente, e a gente tá fazendo diferente na formação deles” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

Ressalva-se, no entanto, que os perfis de atuação profissional nos serviços, de modo geral, podem ser diferentes e reforçar a imagem da clínica odontológica tradicional ou apresentar resistência com relação à presença de alunos. Os discursos abaixo explicam melhor essa colocação.

“Porque, o difícil que eu acho, os lugares em que os dentistas não vão estar prontos pra atender, pra pegar os alunos de graduação achando que eles vão ter que ensinar, achando que vão ter que ficar, porque como a gente tá no último ano, é uma coisa muito fácil pra gente, a gente vai fazendo, a gente tem muita capacidade. Então, talvez, pro dentista de UBS que não conhece, num, acho que cria uma resistência, né, pra aceitar o aluno e aí, às vezes, já começa meio ruim o trabalho em equipe. E aí, pode atrapalhar o trabalho, acabar dificultando essa coisa de um aprender com o trabalho do outro pode não acontecer. Ou, até um aluno que não esteja preparado pra atender e que não tenha tanta facilidade, segurança, também pode ter dificuldade pra atender na unidade de saúde, eu acho” (Entrevista – estagiário 02).

“Então, isso é uma coisa muito difícil de imaginar como acontecer. Porque eu acho que quando o profissional não quer ser referência, com professor, sem professor, ele quer fazer o dele e ir embora. Não quer conversar, não quer nada, quer atender ali. Então, é uma coisa muito difícil, assim, de imaginar dando certo pra todos os locais porque eu acho que muitos vão ter uma resistência muito grande, assim, de aceitar isso. A não ser que ele já entre nessa condição. Por exemplo, se um profissional ele passa agora lá na nossa clínica, visse como tudo anda, ele acha muito legal porque a gente faz com muito prazer, faz pra aprender e acaba diminuindo muito o serviço que o dentista tem que fazer. Então, a preceptora, por exemplo, ela consegue descansar um pouco, às vezes, ela fica assistindo a gente fazer. O que ela teria que fazer o dia inteiro, correndo pra atender os pacientes, não é correndo, né? Pra atender os pacientes do dia, a gente tá lá ajudando, tá atendendo. Então, ela consegue acompanhar todos os casos assistindo e opinando. Aí, quando é muito difícil, ou quando ela acha que ela tem que intervir, aí ela intervém. Então, eu acho que ficou muito agradável pra ela também e aumentou até a qualidade de vida, assim, em relação ao atendimento na UBS porque ela se sobrecarrega menos. Então, se um dentista entra, assim, nessa condição, eu acho que ele tem mais facilidade pra aceitar e acaba até gostando mais. Agora, um que já tá instalado, já tem lá os vícios, as manias dele, como trabalhar, toda a rotina, eu acho que você entrar e interferir nisso é mais complicado” (Entrevista – estagiário 02).

“Uma coisa que eu sempre penso quando se fala em colocar os alunos no serviço é: mas pra ver o quê exatamente, né? Se é pra ver uma odontologia mutiladora, um não cuidado de saúde bucal, uma odontotécnica exclusiva aí, parece que eles vêm pra pegar mão. Então, assim, se é um serviço que tem a clínica ampliada, que tem uma ideia de Projeto Terapêutico Singular, que proponha coisas diferentes e aí isso venha complementar a formação deles, eu acho brilhante. Agora, ir no serviço pra eles saírem com elas pra ensinar escovar o dente e fazer evidênciação de placa, não vejo benefício” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

“Só que esse preceptor ele tem que tá, assim, ele tem que tá afim. Ele tem que querer e isso é bem difícil na rede eu acho [...]” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

“Muitas vezes, a pessoa não quer dá o braço a torcer, né, ele fala assim: ‘eu sou o professor, ele é o aluno, eu que tenho que ensinar ele, não ele que tem que me ensinar, eu sei e ele não’. Não é assim. Então, eu acho assim, não é assim, de escolher os preceptores, né, precisa, assim, a pessoa precisa tá muito aberta pra aprender também, Muito mais que o próprio aluno, tem que ter essa humildade que é muito difícil” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

Ainda trabalhando com a questão da resistência que pode ser demonstrada pelos profissionais no sentido de partilhar a intimidade do seu trabalho com os estudantes, entende-se que ela pode ser derivada de uma série de fatores como a crença de que a presença de estudantes estorva, atrapalha e diminui a produtividade clínica.

Nos recortes que seguem, as preceptoras refletem sobre as resistências manifestadas pelos trabalhadores relacionadas à presença de alunos no cotidiano de trabalho. Mais uma vez, a centralidade técnica é ressaltada e, nesse caso, é vista como a responsável pela representação negativa do trabalho partilhado com estudantes. A predominância de uma clínica reduzida – aquela que se mostra contrária à clínica ampliada – e a estruturação da maioria dos serviços com base em produtividade de procedimentos coagem o cirurgião-dentista no sentido de partilhar suas ações com os graduandos. O primeiro discurso revela, ainda, o receio com relação às práticas desenvolvidas pelos estudantes e a responsabilidade do preceptor sobre elas o que, de algum modo, também inibe a adesão dos profissionais às práticas pedagógicas nos serviços.

“Com os alunos, tem a questão do profissional, ele achar que o serviço não rende, porque enquanto você tá fazendo, tá olhando ele fazer um procedimento, você poderia tá fazendo mais. Aí, você percebe isso, né. Então, parece que tá rendendo menos, se você pensar em procedimento, né, o procedimento em si. Aí, parece que assim, sabe, dá vontade de sentar lá e fazer, pra ir mais rápido. Mas, eu acho que isso é muito ruim também, né, é uma coisa que você tem muito enraizada dentro de você que é fazer o procedimento, né. Porque, você se forma, você começa a trabalhar e você acha que o seu serviço só vai ser valorizado se você fizer procedimento. Não só perante a gerência mas, perante o paciente, mais ainda perante o paciente. O paciente tá esperando você tapa o buraco do dente, você fazer um procedimento e se você demora muito... Talvez, seja uma sensação que eu tenho. Uma sensação que você tenha, né, enraizada dentro de você mas, talvez, o paciente não esteja vendo dessa forma. O que eu vejo que o paciente procura o serviço e lá na Faculdade ele sabe que é aluno, ele sabe que vai demorar mas, ele sabe que vai ser bem feito. Eu percebi isso no Projeto. Eles sabem que aluno demora mas, eles não se importam. Então, esse sentimento que eu tinha de ‘ah, tá demorando muito, ah, não sei o quê’, que eu acho que o paciente tá se incomodando, eu acho que não. Às vezes não, né, eu percebi isso. Não sei se é porque os alunos tratam muito bem... É porque lá é um pouco diferente, né, mas, eu percebi que é uma coisa, assim, que você tem que parar pra pensar como profissional e, mas, é aquela coisa, a gente tem pressa, sabe, a gente acha que quanto mais você fizer, mais você vai mostrar pra gerência, mais a gerência vai ficar contente, vai ter onde lançar no relatório, coisas do gênero, e com o aluno não dá pra fazer isso. Eu acho que cê tem que ter, sabe, cê tem que se segurar. É uma coisa que é estranha, né? Eu vejo muito isso. Além do quê, outra também que o dentista tem medo, meus colegas também, eles têm muito receio, né, e o estagiário fazer uma burrada, sabe, uma coisa assim que não dá pra consertar depois. E você fica com medo de você ter que

consertar depois então, por isso eu sei que tem muita resistência da parte dos profissionais mas, eu já consigo ver de um outro jeito, se você tá vendo o que ele tá fazendo, não tem como fazer uma burrada tão grande. Então, eu percebo que os profissionais, os meus colegas, eles têm esse receio: 'ah, não, Deus me livre, um estagiário vir aqui, um estudante vir aqui, o que que ele vai fazer? Ai, eu vou ficar duas horas com um paciente? E aí? Não, não quero, de jeito nenhum'. Ninguém quer. Ninguém quer. Então, é difícil mesmo, eles não querem porque eles têm receio de acontecer algum problema que ele não vai conseguir resolver depois. Mas, talvez também, né, essa questão de você produzir bastante e aí vai ficar mais lento o trabalho ou coisas do gênero" (Entrevista - preceptor do estágio 02).

"Que é diferente de ter uma parceira, uma Organização Social que manda você cumprir produtividade, é muito diferente. Então, assim, você ir pra uma unidade que você tem que produzir x consultas, x procedimentos, tantos ARTs, então, assim como é que você vai receber aluno e pensar diferente e fazer um projeto se você tem uma faca encostada em você, 'vai lá que você vai produzir tanto' [...]" (Entrevista - preceptor do estágio 01).

Mesmo dentro do Projeto Inovação, devido à diversidade dos seus cenários⁴⁵, houve resistência por parte de alguns profissionais no que diz respeito à entrada dos graduandos no serviço.

"O que eu acho que foi um dos resultados do Projeto do CNPq foi isso assim, um dos campos não queria receber o aluno porque isso estorvaria o serviço deles, né. Então, assim, não consegue ter a visão de que: 'vamos juntos fazer as coisas', não, é um estorvo. Quantas vezes eles não falaram: 'ah, mas eu tenho quarenta mil famílias, quarenta mil não sei o quê pra atender aqui, não tenho tempo pro projeto'. Então, assim, que lugar pode ser esse? [...] Porque jogar o aluno na unidade de saúde por jogar o aluno é pra pegar mão, é pra repetir. [...] e a gente sabe que tem equipes ótimas e equipes não ótimas, né, equipes que fazem uma coisa mais burocrática e menos de reflexão. Então, eu acho uma equação bem... É, assim, é interessante e ao mesmo tempo muito desafiador. Como você colocar o aluno no serviço nessa perspectiva de ver o outro, não só reproduzir acriticamente uma clínica odontológica centrada em procedimentos então, reduzida, aquela coisa do dentista isolado na sua sala que não conversa com ninguém na unidade [...]. Então, eu acho que na bucal isso ainda precisaria ser bem trabalhado, uma parceria muito forte pra não correr o risco disso, dos alunos serem jogados lá e ter um preceptor que vai mostrar uma clínica fragmentada, uma clínica reduzida, né, mais do mesmo" (Entrevista - preceptor do estágio 01).

A presença do aluno, convergente com a representação dos preceptores analisados no capítulo 1, pode representar um estímulo para que o trabalhador se atualize e se sinta motivado a buscar conhecimentos. Ou seja, a troca de experiência e a partilha de saberes entre 'gerações' de profissionais diferentes oxigena o trabalho, revela novas nuances e ressignifica saberes.

⁴⁵ Trata-se de um Projeto multicêntrico.

“Mas, também, por um lado, a gente também que tá Faculdade, tá vendo um monte de coisa e, às vezes coisas que cé não lembra mais ou coisas novas. Então, é sempre uma troca, o tempo todo, ela fala disso que ela gosta muito porque ela acaba aprendendo com a gente e a gente também gosta porque acaba aprendendo com ela. É uma troca” (Entrevista – estagiário 01).

“[...] é, isso a gente comentou já também, em reuniões nossas que, não só a gente aprende como os funcionários da UBS acabam aprendendo com a gente, porque a gente tá fresquinho, com todo o conteúdo que a gente traz da graduação. Na hora de conversar com o paciente, uma necessidade, a gente vai e resolve, com facilidade, assim, porque, igual ao caso da total, como eu gosto muito, eu quando eu vi a prótese quebrada, pra mim, foi super simples, assim, dá pra colar, dá pra resolver. E uma coisa que, talvez, a preceptora não teria pensado de imediato e feito, será que vai ficar bem presa? Será que dá certo? Ih, acho melhor referenciar. Então, dentre outras coisas que acontecem na clínica, a preceptora comentou também que ela aprende bastante com a gente, assim, com as coisas que a gente traz da graduação, com as nossas dúvidas, tudo isso, essa coisa de a gente ter uma reunião e começar a colocar dúvidas em questão, todo mundo aprende, né, porque você começa a refletir assim: ah, isso é um problema, mas isso aqui, como eu posso resolver isso? Porque sozinha, às vezes, você encontra” (Entrevista – estagiário 02).

“Eu tô aprendendo muito, talvez, até mais do que eles. Sabe, você começa a repensar em tudo o que você fazia, o que você faz, eu olho pro trabalho deles e eu aprendo com eles trabalhando porque, nada nada, eu tô me reciclando, eu trabalho, eu faço resina de tal jeito há tanto tempo, eu tô vendo eles fazendo de um jeito que parecido mas, com algumas coisas diferentes que eles falam que o professor isso faz assim, o professor tal faz assim, sabe, eles tão me ensinando também. Então, isso é muito rico pra pessoa que tá recebendo o aluno e ele tem que perceber que isso é importante” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

“Não [desgasta o profissional], pelo contrário. Eu acho isso uma coisa vibrante na clínica” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

O contato íntimo com os estudantes leva os profissionais a refletirem sobre suas práticas cotidianas, buscando novos conhecimentos, além de motivá-los a abandonar possíveis posições de acomodação na rotina dos desafios apresentados pelo trabalho (Guizardi et al., 2011).

A preocupação sentida pelos trabalhadores e da equipe, de elaborar discursivamente sua ação em razão da presença dos estudantes, pode ser pensada como uma possibilidade de aprendizagem e formação no processo de trabalho. A atuação dos estudantes e seu desejo de aprender muitas vezes fazem os trabalhadores se sentirem obrigados a repensar suas práticas, na direção de uma valorização do cuidar, da intervenção técnica apropriada e da necessidade de estudar e pesquisar para atuar, segundo a integralidade. Além desse aspecto, observamos em certos casos que a inserção do estudante ajuda a recolocar questões silenciadas por determinada acomodação de práticas da equipe – como, por exemplo, as relações de poder que a configuram, trazendo questionamentos que incidem sobre a organização trabalho (Guizardi et al., 2011, p. 169).

Os preceptores enxergam a presença dos alunos como um estímulo também para modificar os serviços.

“Eu acho que a UBS iria ganhar muito, sabe, ia dá ‘up’, assim, dentro da UBS, ia modificar muita coisa, ia ser muito bom pra UBS, no geral” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

“[...] eu vejo como um ganho você ter aluno, como um ganho pro serviço” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

Para Guizardi et al. (2011, p. 167):

A presença dos alunos na rede de saúde demonstra impactar o cotidiano dos serviços, gerando efeitos na forma como a assistência é organizada, o que usualmente ocorre de modo processual, como resultado imanente e não planejado da inserção, já que não é marcante uma intencionalidade das propostas institucionais ou dos atores nessa direção, no sentido de planejamento de espaços e ações. A inserção do aluno em seu lugar ‘estrangeiro’ à instituição permite tensionar as práticas da equipe.

Nos cenários partilhados entre profissionais, estudantes e usuários, conforma-se um espaço privilegiado para repensar as formas de organização no âmbito da produção do cuidado (Badan et al., 2010). “As transformações moleculares na atuação dos profissionais geram efeitos na própria rede de atenção, reorganizando fluxos na cadeia de cuidado” (Guizardi et al., 2011, p. 167). Em outras palavras, essas ações pedagógicas impulsionam transformações na micropolítica dos cenários de prática (Cavalcanti et al., 2008).

O Professor desempenha o papel de ativador de reflexões. Ele não está presente no serviço em todos os períodos de práticas mas, comparece sempre que é requisitado. Sua participação acontece com maior intensidade no pós-clínica, quando discute com alunos e preceptores os casos abordados, aponta outras possibilidades de atuação clínica, trabalha conceitos teóricos, exemplifica com outros casos clínicos, enfim.

“[...] me lembro de qual é o tratamento mais indicado para o paciente (acolhimento e resolução, que depois foi discutido na reunião com o Prof)!!” (Diário – estagiário 01 em 26/06/2014).

“Após o atendimento tivemos nossa reunião, e discutimos sobre o acolhimento e a resolução, como está funcionando na prática. Falamos também sobre o projeto terapêutico singular (PTS), baseado à partir da queixa do paciente; sobre nossas dúvidas de quais os procedimentos podem ser realizados na atenção primária (Diário – estagiário 01 em 26/06/2014).

Quando foram questionados com relação à imprescindibilidade de uma supervisão clínica por um professor no serviço, os alunos explicitaram que o

preceptor desempenha a função de orientação de maneira efetiva e coerente com os pressupostos técnicos-científicos que regem os procedimentos odontológicos, não havendo assim, necessidade de o professor manter-se no cotidiano do trabalho.

“Olha, pela minha experiência, eu acho que não tem necessidade não [referindo-se à necessidade do professor estar no serviço]. Tudo flui. Tá tudo ótimo! Desde que a pessoa esteja ali também disponível e disposta a, porque não é cê pegar uma pessoa, porque o servidor já tá ali, o funcionário já tá ali trabalhando, não sei o quê. Aí vem alguém, às vezes, levar uma responsabilidade a mais, a pessoa não quer mas, desde que a pessoa esteja disposta e aberta a projeto, que é o que as preceptoras... E a gente, realmente, tá aberto tanto é que a gente tá indo, ninguém tá recebendo nada pra isso, é pra aprender, é pra, tem um envolvimento muito grande com o projeto de todo mundo, assim, tem um envolvimento muito grande. Então, acho que desde que isso esteja, se a pessoa tá disponível não tem porque... Acho que isso é o mais importante, né? O que adianta ser um professor também e você não quer? Não tá disponível, né, pra ensinar? Também não vai ser um bom professor. O mais importante é a pessoa querer, se esforçar, então...” (Entrevista – estagiário 01).

Um dos alunos chegou a afirmar que a presença do professor, como ocorre nas clínicas da Faculdade, acaba inibindo os graduandos o que, de alguma forma, poda a criatividade e o desenvolvimento de competências.

“Sim. E eu acho que é porque lá eu me sinto à vontade, aqui eu travo. Não sei se é porque justamente pela presença do professor, cê trava, cê não... Tudo que eu faço, eu mostro pra ele porque eu tenho medo de fazer alguma coisa errada. Eu acho que eu até não faria mas, eu acho que é por uma questão dessa de autoridade, de, de... Não sei, às vezes tem professor que gosta de criticar também, né. Então, você fica, nossa, muito...” (Entrevista – estagiário 01).

“Ou, quando a gente tem muito medo de um professor de uma clínica, porque a gente sabe que eles são super grossos e não ensinam” (Entrevista – estagiário 03).

“[...] Eu acho que se tivesse um professor até seria chato, sabe. Porque ia ser aquela coisa muito... não, a gente faz certo, né, mas muito didático, é diferente o didático que a gente aprende aqui, exatamente, do que a gente faz lá. Não que não é sempre correto mas, é diferente né, a maneira de ensinar didaticamente” (Entrevista – estagiário 01).

Para Santa-Rosa et al. (2007), o aluno deseja exercer sua autonomia, responsabilizando-se pelo paciente sem a presença do professor. Isso descortina a realidade vivida durante períodos anteriores da graduação, em que os professores são autoritários e impõem seu conhecimento ao aprendiz.

No final das entrevistas, os preceptores foram desafiados a pensar em ações ideais para compor um modelo de ECS em odontologia. Dentre as sugestões, emergiram os discursos que seguem:

“Então, eu acho que se não é um problema concreto, feito, porque, assim, pensando, eu não tinha pensado nisso antes, é uma reflexão que eu tô fazendo agora. Assim, como a gente motivou e como a gente conseguiu fazer diferente com os alunos? Porque a gente partiu de fazer juntos, né. A gente fez uma proposta pra unidade, né, ali a gente não tinha dentista da unidade junto e isso foi um facilitador, né, porque a gente tinha o espaço e os pacientes pra fazer do nosso jeito sem ter que combinar com ela. [...] Então, talvez, isso quando se compõe com o serviço, com a universidade e com o aluno, como um projeto dele, talvez, tenha um resultado melhor, tenha uma adesão maior à essa proposta. Não sei se funcionaria. [...] então, o desafio é esse, fazer um projeto juntos, que venha de acordo com o desejo e a necessidade de todos. Não só jogar o aluno lá, não só o serviço receber aluno na rotina, sem reflexão, porque aí é pra pegar mão. Mesmo que seja dessa maneira, ainda acho que tem valor porque ele sai da blindagem onde ele vive mas, melhor se fosse um projeto construído com esses três, a Faculdade, o serviço e o aluno. ‘O que nós vamos fazer aqui, né? Vamos fazer diferente’. Se vai funcionar eu não sei mas, você pediu uma ideia...” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

“Talvez, assim, numa Unidade de Saúde da Família que tenha uma equipe super engajada e que ele conheça, vá sair com a equipe, não ficar só com a bucal, então, vai sair com a equipe da estratégia, vai visitar a família, vai ter um pouco mais de vivência também vá colocá-lo nessa dimensão do cuidado, sim ou não, né, porque é a Estratégia Saúde da Família então, tem uma outra proposta” (Entrevista - preceptor do estágio 02).

“Não sei, talvez, escolher algumas, a Faculdade, não sei, tem que ser ali perto também, né, eu acho, mas tem que ser perto ali, né, então, tem que ser algum PSF que já tá integrado à alguma unidade dali mesmo, né, próximo e a odontologia entra junto. Mas, eu acho possível sim, por que não? Se tiver dentista resistente, aí tem que trocar de unidade. Eu acho possível sim, não vejo, assim, tanta dificuldade. Não vejo porque dificultar tanto que é uma coisa muito boa, assim, eu tenho certeza que tem tudo pra dá certo. Depois da experiência que a gente teve ali, tudo bem, é um pouco melhor, né, porque você tá ali [no Projeto Inovação], lá na Saúde Pública, você tá pesquisando e você quer que tudo dê certo, né, é outro espaço mas, eu trabalhando na rede, eu vi, assim, possibilidade, inclusive, do local em que eu trabalho fazer o mesmo trabalho, eu consegui vislumbrar isso. Então, eu vejo possibilidade sim, porque não? Tem que pegar o modelo de Ribeirão e pegar alguns PSF e uma UBS que dá suporte pra integrar e aí tem que colocar um profissional com perfil, assim, que seja aberto a aprender [...]” (Entrevista - preceptor do estágio 01).

5.3 Capítulo 3

Ensino Clínico da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora/Portugal: Um modelo inspirador

“Falta-nos reflexão, pensar, precisamos do trabalho de pensar, e parece-me que, sem idéias, não vamos a parte nenhuma”.
José Saramago

A Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (Esesjd) da Universidade de Évora foi constituída em 1995 e considerada uma instituição autônoma até 2004. Atualmente, encontra-se integrada à Universidade de Évora como uma unidade orgânica. A intenção da escola é “Formar profissionais para a vanguarda dos serviços de saúde”, esforçando-se para manter elevados padrões de exigência pedagógica e científica (Esesjd, 2013, p. 04). A orientação estratégica da instituição busca a “prestação do melhor serviço público de ensino, inovador e ajustado a uma sociedade em mudança” (Esesjd, 2014, p. 15)

A Esesjd “é uma unidade orgânica de Ensino Politécnico, constituindo-se como centro de criação de saber, de ciência de tecnologia, da sua transmissão e difusão (Portugal, 2010, p. 3992)”.

Ao profissional é concedido o grau de licenciatura, após quatro anos letivos – 08 semestres – de curso com a obtenção de 240 créditos⁴⁶. As unidades curriculares buscam contribuir para o desenvolvimento das competências necessárias para o enfermeiro e seguem as exigências da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (Portugal, 2008).

Acreditando na experiencição da realidade como potente contributo para a aquisição dessas competências, boa parte da carga horária do curso é dedicada ao desenvolvimento de ECS, por meio das disciplinas de ‘Ensino Clínico’. O Quadro que segue ilustra as unidades curriculares responsáveis por conduzir os alunos aos serviços de saúde, bem como a carga horária, a quantidade de créditos atribuída e o ano/semestre de desenvolvimento das atividades (Quadro 5.1):

⁴⁶ O número de créditos segue o modelo europeu – vigente após a assinatura do processo de Bolonha – de transferência de créditos: ECTS.

É evidente a prioridade dada pelo curso para as disciplinas de estágio curricular, ou seja, há uma representação significativa dos Ensinos Clínicos na estrutura curricular do curso.

Unidades Curriculares	Horas de trabalho	Créditos	Semestre/Ano
Ensino Clínico I (Enf. Med.Cirug. Reab.)	270	10	2.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico II (Enf. Med.Cirug.Reab.)	270	10	2.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico III (Enf. Psiq.)	270	10	2.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico IV (Enf. Com.)	270	10	3.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico V (Enf. Saúde Mat. Obst.)	270	10	3.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico VI (Enf. Saúde Inf. Ped.)	270	10	3.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico VII (Enf. Med.Cirg. Reab.)	245	9	4.º Ano 1.º Semestre
Ensino Clínico VIII (Enf. Com.)	245	9	4.º Ano 1.º Semestre
Clínico IX (Cuidados de Saúde Primários)	405	15	4.º Ano 2.º Semestre
Ensino Clínico X (Cuidados de Saúde Diferenciados)	405	15	4.º Ano 2.º Semestre

Quadro 5.1: Organização das Unidades Curriculares responsáveis por conduzir os alunos aos serviços de saúde.

Fonte: Portugal, 2008.

As disciplinas de Ensino Clínico visam desenvolver “competências clínicas de avaliação diagnóstica, planejamento e intervenção terapêutica”. O modelo segue uma orientação reflexiva que se pauta na articulação e complementaridade do conhecimento teórico com o conhecimento prático, de modo que as experiências se constituam em exemplo de práticas profissionais condizentes (Esesjd, 2014, p. 1).

A seguir, descreve-se a dinâmica dos Ensinos Clínicos – com algumas particularidades do Ensino Clínico IX que foi conhecida mais intimamente pela pesquisadora no período do doutorado sanduíche – bem como seus benefícios e principais dificuldades, enriquecendo a descrição com as falas da estudante de enfermagem entrevistada e com trechos do diário da pesquisadora.

Para iniciar, segue um resumo feito pela estudante, ilustrando seu percurso nos Ensinos Clínicos:

“Nós temos dez estágios. Passamos por serviços diferentes, mas nem todos fazemos os mesmos. Por exemplo, no primeiro ano, fazemos todos a psiquiatria, fazemos todos medicina e fazemos todos [pausa]. Ah, nem me lembro. Pediatria, medicina, ah, e o estágio de cirurgia. No primeiro ano são todos no hospital. Eu, por exemplo, não fiz cirurgia mesmo, fiz ortopedia. Foi mais específico, pronto. Mas, todos fazemos algo dentro dessas três áreas no segundo ano. No primeiro ano não há estágios. Depois, no terceiro ano fazemos todos obstetrícia, fazemos todos pediatria, internamento ou urgência. Eu tive na urgência pediátrica. Fazemos todos também um Centro de Saúde. O primeiro contato com o Centro de Saúde é no terceiro ano também. Depois no quarto, que é onde eu estou, só temos seis semanas de aulas [...] e depois o resto é só estágios. E, nos estágios do 4º, a gente já consegue escolher, mais ou menos, a área que gostamos mais. Temos todos que fazer um Centro de Saúde, na mesma, isso temos. Depois temos o último, o Ensino Clínico X que eu fiz antes, que se chama Cuidados Diferenciados, onde cada um escolhe já o ramo pra onde quer ir e eu fiz nos Cuidados Intensivos Cardíacos. Este ano já fiz dois estágios em centros de saúde, um em cardiologia, na cirurgia/cuidados continuados, pronto, esses foram os estágios por onde eu passei no 4º ano [...]” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Destaca-se a não necessidade de o aluno ser aprovado nas disciplinas teóricas, relacionadas aos estágios, para que o mesmo possa ser desenvolvido. O discurso a seguir explica isso:

“Aqui, na Universidade, geralmente, não se chumba⁴⁷, vai ser as perdendo cadeiras, disciplinas, e temos que fazer noutra altura, mas vamos sempre podendo acompanhar. Por exemplo, eu poderia estar agora no quarto ano e poderia ter chumbado às cadeiras, às disciplinas, por exemplo anatomia ou assim, e fazer agora. Há pessoas que acontece. Há amigas minhas que anatomia não fizeram, estão agora a fazer estágios, e fizeram agora uma cadeira que tinham perdido no segundo ano. Mas, tem a possibilidade de fazer sempre o percurso dos estágios, por exemplo [...]. Mas, estão a pensar mudar isso e existirem precedências, ou seja, só se conseguir ir a estágio se passarmos na cadeira respetiva. Há pessoas que chumbam por coisas específicas e chegam ao estágio e são ótimos e tem alunos que passam e chegam ao estágio e chumbam. Acontece as duas coisas [...]” (Estudante de enfermagem de Évora).

No sentido de planejar e organizar as unidades curriculares, cada disciplina de Ensino Clínico possui um ‘regente’ responsável por escolher o(s) campo(s) clínico(s) e propor os recursos fundamentais para o desenvolvimento dos trabalhos. Além disso, essa figura garante o funcionamento e a realização de avaliações de processos e resultados (Esesjd, 2014).

⁴⁷ Reprovar.

Em caráter obrigatório, há a supervisão pedagógica de um docente e de um profissional do serviço denominado “Supervisor de Ensino Clínico”. A Esesjd considera o Supervisor Clínico como essencial na integração do estudante no serviço e na equipe de saúde. Compete à ele (Esesjd, 2014, pp. 1 e 3).

- a. Facilitar o processo formativo envolvendo o estudante no desenvolvimento de competências clínicas;
- b. Orientar o estudante no processo de identificação dos dados clínicos, sob vários métodos;
- c. Problematicar com o estudante a situação clínica através da informação recolhida;
- d. Questionar o estudante sobre a interpretação relativa aos dados clínicos que dispõe;
- e. Discutir os juízos diagnósticos elaborados pelo estudante, através de dados recolhidos;
- f. Questionar o estudante sobre as potenciais decisões das intervenções a desenvolver;
- g. Discutir com o estudante a avaliação das intervenções realizadas;
- h. Levar o estudante a refletir sobre a situação de cuidados;
- i. Participar na avaliação dos estudantes.

Em diversos momentos da entrevista, a estudante fez menção ao papel do preceptor na condução dos Ensinos Clínicos. Nos fragmentos abaixo, ela vai mostrando como a participação do enfermeiro do serviço é importante para a condução da sua aprendizagem e como, após algum tempo de imersão no trabalho, constrói-se autonomia e segurança na produção do cuidado.

“[...] Principalmente, quando a gente começa a estagiar, nosso primeiro estágio, quando o enfermeiro sabe que é nosso primeiro estágio, normalmente anda sempre atrás de nós. Eu, no primeiro estágio que tive, o primeiro de todos, as primeiras semanas, a enfermeira estava sempre comigo e eu também queria porque eu não sabia nada, eu fui pra lá e não sabia nada, tinha sempre muito medo de mexer, de fazer, pronto. Depois, passado já algumas semanas, ela viu que eu conseguia fazer mais ou menos as coisas. Mas, isto depende muito, há enfermeiros que estão sempre conosco e há outros que já nos deixam andar. Acho que também depende muito de nós, do que a gente mostra. No início, os enfermeiros andam mais comigo, depois já me deixam mais à vontade. [...] Nos Centro de Saúde, por vezes, nós temos mais autonomia. No hospital, já é diferente, depende do serviço, depende do enfermeiro, depende do que a gente mostra. Mas, aqui é dos sítios onde a gente tem mais autonomia de serviço. Aqui, normalmente, as coisas são mais leves, as pessoas não tão numa situação crítica, não é urgência, enfim, é diferente. Nos outros sítios, somos mais acompanhados e, às vezes, é preciso ajuda pra prestar os cuidados. Há coisas que não dá pra uma pessoa fazer sozinha, então, depende muito. Mas, aqui sim, a gente tem muita autonomia e tá tudo bem” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Por exemplo, nas feridas, foi o primeiro contato que eu tive com feridas, assim com regularidade porque nos outros sítios eu não tinha tido. E então,

por exemplo, colocar um penso⁴⁸ numa ferida nunca vai fazer mal mas, pode não fazer bem e então, prefiro, se não tenho a certeza, pedir uma opinião, chamo o enfermeiro, 'olha, o quê que acha?', pronto, trocar ideias e então avançar, o enfermeiro tem mais experiência do que eu e o quê que ele acha melhor é o que eu realizo. Se eu não tiver segura, eu prefiro, ou não fazer e muitas vezes faço peço, 'faça você primeiro', a primeira vez de qualquer coisa, pra ver, depois então faço eu. Por exemplo nas consultas de pacientes diabéticos, quando cheguei aqui, a primeira consulta, foi o enfermeiro que fez. Eu fiquei a ver, como era, mais ou menos, a tirar notas e isso e aquilo. Mas, as outras já fui fazendo eu. Mas, se tiver uma dúvida no meio da consulta, eu sou capaz de parar e ir perguntar. Pronto. Normalmente, é isso. Se tiver a fazer sozinha é porque estou segura, se não, não faço" (Estudante de Enfermagem de Évora).

Na condução dos Ensinos Clínicos, o enfermeiro do serviço ocupa um lugar de destaque, figurando efetivamente como mediador pedagógico no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes sob sua supervisão.

"Chamou atenção a importância dada à enfermeira nesse processo. Ela figura como uma indispensável peça no processo pedagógico e é vista como mediadora da aprendizagem com autonomia para orientar e até para avaliar o desenvolvimento da aluna" (Diário da pesquisadora).

"A enfermeira fez uma avaliação verbal sobre a atuação da aluna e, claramente, a participação dela no processo, além de valorizada, é essencial para a construção da aprendizagem. Em momentos diferentes, a aluna afirmou que o contato com a enfermeira tem trazido muitos benefícios para sua formação" (Diário da pesquisadora em 04/03/2015).

"Além disso, tive a impressão de que os papéis são muito bem definidos e valorizados, ou seja, reconhece-se a importância do profissional do serviço como 'preceptor' [...], confia-se nele e ele atua efetivamente no processo de ensino-aprendizagem, sem estar subordinado ao professor" (Diário da pesquisadora em 11/06/2015).

"Há reuniões periódicas também. O professor atua de forma compartilhada com a enfermeira responsável (supervisor clínico, como eles chamam), valorizando os conhecimentos desses profissionais no processo de construção do conhecimento" (Diário da pesquisadora em 04/03/2015).

A avaliação do estudante é realizada continuamente, de modo formativo e somativo, sem a necessidade de exames finais ou períodos específicos. Cada disciplina dispõe de um instrumento próprio, conforme as competências e habilidades a serem desenvolvidas. O processo de avaliação pode ser eliminatório, em qualquer momento do estágio, caso sejam verificados comportamentos e atitudes inadequados – sobretudo, as que colocam em risco a integridade física ou psicológica do usuário e das famílias – ou quando o estudante não demonstra evolução desejável na construção de suas competências (Esesjd, 2014).

⁴⁸ Curativo.

São os profissionais do serviço que se encarregam da avaliação dos alunos sob sua supervisão. Isso ocorre porque é ele quem está próximo do aluno e pode emitir juízo de valor sobre sua conduta, evolução, dificuldades, etc.

“Ao final [da reunião], [a professora] perguntou a opinião das enfermeiras sobre o plano de trabalho e pediu que elas fizessem uma avaliação rápida da atuação das alunas. As duas enfermeiras avaliaram bem” (Diário da pesquisadora em 12/05/2015).

“Também deixou [um enfermeiro supervisor] claro que a responsabilidade na avaliação e no acompanhamento do aluno é dele. Ele é quem preenche as fichas e pontua o estudante” (Diário da pesquisadora em 11/06/2015).

A estudante também reportou a existência de supervisores clínicos despreparados para executar a tarefa, o que nos remete a pensar em possibilidades de melhor seleção, sensibilização e qualificação desses profissionais para exercer a função de mediadores pedagógicos.

“[...] Tem enfermeiros... Aqui não tem problemas, já tive em muitos sítios que não tem problemas mas, há outros que eles não nos consideram colegas, consideram-nos uma coisinha lá embaixo e que não valemos nada e que não sabemos nada e se a gente tenta, às vezes, trocar uma ideia, dizer ‘encontrei isto num estudo, é a melhor forma’, diz que tá errado, que não é assim, pronto, acontece de tudo. Ou melhor, a maior parte não é um mar de rosas e aqui estou muito bem mas, já tive em sítios muito mal de chorar, ir pra casa... Coisas horríveis! Me trataram mesmo muito mal. Mas, pronto, já passou” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Quando a relação entre aluno e supervisor é empática e construída com base na reciprocidade e na igualdade, o processo de construção de conhecimento é potencializado e o estudante se sente motivado a aprimorar suas habilidades durante o estágio.

“A maneira como nos tratam, como olham pra nós é essencial porque nós somos alunos, quando vamos para um sítio novo, não conhecemos ninguém, não conhecemos a maneira como o serviço funciona, vamos sempre com receio e ansiosos por irmos pra um estágio novo e tratarem-nos mal, não nos colocarem à vontade, etc., ainda nos mete mais nervosos e isso vai se refletir na maneira como a gente faz as coisas. Então, nota-se bastante diferença do enfermeiro que nos deixa à vontade, que nos trata como um colega, que nos ajuda. Por isso, o meu ideal de um preceptor é uma pessoa que fala comigo bem, que não me considera uma pessoa menor e que me estimula também à aprendizagem, por exemplo, discutirmos documentos, coisas novas, estudos, ideias, que ele, às vezes, me diga ‘olha, já viste isso?’ ‘Essa maneira de fazer é melhor’. E isso motiva a ir pra casa estudar. O preceptor deve ser alguém que quando nós não sabemos fazer alguma coisa que não diga: ‘então, não sabe, nunca fizeste?’ E que nessas situações não nos julguem e sim nos ensinem. ‘Olha, não sabe, então vamos fazer, é assim, assim é melhor, assim é pior’. Que nos ajudem. Basicamente, é um enfermeiro que esteja lá pra nos ajudar, sem nos julgar porque às vezes esquecem-se que também já foram alunos.

Às vezes, parecem que se vingam da época que foram alunos ou têm medo que a gente lhe roube o lugar. Não sei. Às vezes, eu acho que é isso, não sei” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Para a aluna, a atribuição ‘a mais’ do enfermeiro que está acompanhando seu processo de aprendizagem não significa um ônus para o serviço uma vez que, após se apropriar das técnicas, os estudantes conseguem desenvolvê-las com autonomia e acabam contribuindo para agilizar a rotina das unidades.

“[...] Eles perdem uns cinco ou seis minutos a explicar as coisas, depois, a seguir a gente já faz sozinhos. A gente apende rápido. E tentamos também porque como é um estágio nosso, a gente também quer dá boa figura, né? E é pra mim. E eu também quero, quando for enfermeira, fazer as coisas como deve ser e, assim, rápido e eficaz. Não é pra ficar mal feito mas, pronto, com alguma rapidez que o serviço obriga. Então, a gente também se esforça e, normalmente, consegue bem. (Estudante de Enfermagem de Évora).

“[...] Todos eles nos dizem: ‘vocês ajudam-nos’. Eu, muitas vezes, estou aqui nesse estágio, estou ali na sala sozinha. Porque o pessoal não chega⁴⁹. E, nós ajudamos no serviço e em todo serviço onde eu tive, eu tava a ajudar, eu não tava só a aprender pra mim, eu tava a ajudar mesmo. [...] Tem que ver o panorama do país, com a falta de enfermeiros contratados.” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Corroborando com essa assertiva, um enfermeiro preceptor também acredita que a presença de alunos no trabalho contribui com a melhor organização do serviço:

“Perguntei um pouco sobre a experiência de trabalho dele com estagiários no serviço. Ele disse que é muito bom trabalhar com estudantes, que, em determinado ponto do estágio, eles apresentam muita segurança e autonomia e, por conta disso, contribuem muito com o trabalho da unidade” (Diário da pesquisadora em 11/06/2015).

Já ao docente cabe a atuação pedagógica em colaboração com o Supervisor de Ensino Clínico. À ele compete (Esesjd, 2014, p. 3):

- a. Prestar apoio científico e pedagógico no contexto da situação clínica;
- b. Reunir com o Supervisor de Ensino Clínico de forma a avaliar a aquisição e desenvolvimento das competências clínicas do estudante;
- c. Reunir com os estudantes de forma a avaliar a aquisição e desenvolvimento das suas competências;
- d. Realizar momentos de observação da prática clínica do estudante;
- e. Promover a discussão de situações de cuidados;
- f. Criar instrumentos e guias de orientação pedagógica e científica para o processo de desenvolvimento global de alunos;

⁴⁹ Não é suficiente.

g. Proceder à avaliação do estudante.

Abaixo, a percepção da estudante de enfermagem sobre o papel do docente:

“Cada um dos estágios tem o acompanhamento de um professor. A relação que eu tenho tido com os professores, uns são mais presentes, outros são mais ausentes, por exemplo, a professora que tenho agora, ela vem cá às reuniões, normalmente são duas reuniões, uma a meio do estágio e outra no fim. Há essas reuniões, nós vamos mandando os trabalhos. É assim, normalmente, se o estágio correr bem, não há, assim, grande contato com o professor. Se correr mal, ele vem cá mais vezes. Se for preciso alguma coisa, nós temos sempre o e-mail do professor e podemos ir tirando dúvidas mas, o mais normal é a gente fazer isso com o enfermeiro porque estamos com ele todos os dias. A não ser que seja alguma coisa dos trabalhos académicos ou da escola, tiramos com o professor. Mas, a presença do professor no serviço é pouca mas, eles estão sempre dispostos a tirar dúvidas [...]” (Estudante de Enfermagem de Évora).

As reuniões citadas pela aluna no fragmento acima acontecem nos serviços e contam com a participação dos estagiários (geralmente, dois), do enfermeiro supervisor e do professor. A pesquisadora participou de algumas delas e registrou as seguintes impressões:

“Na reunião estavam a aluna, a enfermeira que a acompanha, a professora e eu. A aluna encontra-se em estágio a três ou quatro semanas. Nos primeiros dias de estágio, ela elaborou em conjunto com a enfermeira, um plano de estágio, onde listou competências específicas a serem construídas durante o período de imersão no Centro de Saúde. A professora havia lido o plano e feito observações para compartilhar com a aluna e a enfermeira. Discutiram o plano e a aluna ficou de fazer as correções sugeridas (Diário da pesquisadora em 11/05/2015).

“A professora responsável, de forma semelhante ao que aconteceu em uma outra reunião em que também tive oportunidade de participar, discutiu com uma das alunas o plano de estágio, fazendo perguntas, tentando induzir a aluna a pensar sobre o que tava escrito ali, questionando frases ‘clichês’, etc” (Diário da pesquisadora em 12/05/2015).

Quando questionada sobre a necessidade da presença do professor no serviço, a estudante respondeu da seguinte forma:

“Não. Aqui pra mim, o que é mais importante mesmo no serviço é o enfermeiro porque, pronto, há professores que, muitas vezes, não conhecem a dinâmica dos serviços, como eles funcionam, né? Sabem mais sobre a parte teórica. E então, não sinto muito que seja preciso estarem mais presentes. Pelo menos não tenho tido nenhuma má experiência com algum professor. Normalmente, eles estão sempre em contato e, se for preciso, quando estamos a estagiar fora vão lá, se deslocam pra essas reuniões. E, quando é preciso, vão mais. Essas reuniões é o que tá estipulado. Se for preciso, eles estão mais tempo conosco. Ou, se às vezes, precisamos de falar sobre alguma coisa, podemos ir à escola, marcar qualquer coisa. Por isso não, acho que é o suficiente” (Estudante de Enfermagem).

Em convergência com essa colocação, a pesquisadora registrou a seguinte observação:

“Também chamou atenção a forma como o professor [...] participa disso. Ela não tem que tá presente na unidade sempre que a aluna estiver, não há essa exigência. No entanto, está disponível, em qualquer tempo, para o esclarecimento de dúvidas e resolução de conflitos ou para outras demandas” (Diário da pesquisadora em 04/03/2015).

O estudante é considerado sujeito ativo, responsável pelo seu processo de aprendizagem e pela sua formação, na perspectiva do desenvolvimento de competências. Ele deve buscar conhecer a missão, o regulamento interno e os procedimentos que se encontram em vigor na instituição à qual estará vinculado, além de ser responsável pela condução de atos terapêuticos, interagir com a equipe de saúde e buscar contribuir com a melhoria dos processos de ensino e aprendizagem e das práticas de enfermagem do serviço (Esesjd, 2014).

A aluna participante do estudo reforça essa questão:

“[...] Por exemplo, farmacologia é uma coisa que nós temos mas, não é uma cadeira, é um módulo de uma disciplina e é uma coisa que nós temos batalhado imenso na escola pra ser só uma disciplina [...]. Mas, não é uma disciplina e nós, às vezes, chegamos aqui e não sabemos, eu pelo menos achei isso, eu não sabia o suficiente pra por em prática e toda a gente se queixa disso. O que eu aprendi foi de depois estudar sozinha em casa, por exemplo, de farmacologia foi estudar sozinha em casa. Via os medicamentos que trabalhava aqui no dia-a-dia e depois chegava em casa e estudava e era assim que eu ia aprendendo” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Apontar o máximo de coisas possível e pesquisar. Às vezes perguntar o máximo ao preceptor. Mas, tinha sempre que se estudar em casa. É impossível, só com o que a gente aprende na escola não chega e também é impossível eles nos ensinarem tudo. Então, os estágios são mesmo muito ricos” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Fica evidente que o estágio desperta e motiva o estudante a construir conhecimentos que são respostas às inquietações que surgem durante a experiencição da realidade.

Em acréscimo, a explanação da aluna sobre o seu percurso na Esesjd revela as potencialidades e os benefícios consequentes da sua imersão na realidade por intermédio das disciplinas de Ensino Clínico. Nos trechos abaixo aparecem a contribuição dos estágios para a aquisição de competências que, dificilmente, seriam desenvolvidas no meio escolar, além da ampliação de situações e vivências

experienciadas que aumentam o rol de familiaridade com a diversidade clínica e favorecem o amadurecimento pessoal e profissional do estudante.

“[...] la ser muito difícil, portanto, os estágios são fundamentais. Nós temos dez, são muitos, custam muito. Mas, a gente aprende imenso. E vale muito a pena. São fundamentais. As cadeiras também são, as disciplinas nos preparam pra vir praqui, né, mas aqui é mais importante, sem dúvida [...]” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Em questão da relação com as pessoas. Por exemplo, pra mim, eu com os idosos nunca tive muita dificuldade em falar mas, pra mim, com as crianças é mais difícil [...], e com as crianças é sempre difícil, porque punccionar⁵⁰ uma criança não é fácil, eles vêm a bata branca e ficam assustados e com os pais também não é fácil. E o estágio permite isso. Eu quando fui pra urgência pediátrica, foi o meu primeiro contato com crianças, nos cuidados de saúde, foi muito difícil. Eu não digo que não consegui prestar os cuidados mas eu, às vezes, não sabia bem o que eu havia que fazer, o que eu havia de dizer, aquelas técnicas que a gente vai arranjando de tá com o bonequinho, os autocolantes, essas coisas que a gente não aprende na escola. Mas, essas coisas influenciam todos os cuidados e a gente consegue prestar os cuidados e os estágios fazem muita falta por causa disso” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“[...] Ver morrer uma pessoa, ter de dar as notícias. Um tanto de coisas muito boas, como muito más que já passei. Eu senti mesmo que fui obrigada a crescer muito rápido [...]” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“[a maior dificuldade] Foi, se calhar, no início aprender a lidar com certas pessoas, com certas situações, conseguir que o trabalho fosse fluido, principalmente, aqui no centro de saúde que a gente tem que fazer consultas. Por exemplo aqui, a gente tem mesmo que estabelecer uma relação e conseguir definir o início, o meio e o fim de uma consulta, pronto, e se calhar, isso é uma coisa que eu tenho dificuldade pra saber como é que havia de organizar a relação com a pessoa e sentir-me à vontade. Cada pessoa é diferente. E arranjar técnicas pra convencer a pessoa do que a gente tá a tentar a dizer, porque isso também é uma coisa muito difícil, por exemplo, os diabéticos pra controlar a alimentação. São essas técnicas que a pessoa vai desenvolvendo com a experiência, no início, nós não temos. E, no início, se calhar o que eu fazia era ‘olha, isto agora pra diminuir o valor da glicemia, não pode comer pão’ e pessoa manda-me dá uma volta quando sai da consulta, ne? ‘Então, agora não como nada?’ Pronto. E, com a experiência, a gente vai perceber, não posso dizer as coisas assim, tem que arranjar formas, usar técnicas, ir ao poucos, não posso dizer tudo de uma vez, o sal também, não posso dizer: ‘agora, não pode comer sal’, devo dizer: ‘agora vai reduzir, vai se habituar’ e conseguir atingir essa meta, por isso, se calhar, onde eu tive mais dificuldade foi isso e a experiência do estágio me ajudou a desenvolver essas técnicas porque a gente, é como já disse, na escola, a gente não tem pessoas e as coisas lá são muito lineares, muito, tão todas muito bem mas depois aplica-las aqui é difícil, muito mais difícil. Por isso, acho que foi a minha principal dificuldade” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Ao ser questionada com relação à aprendizagem, a aluna afirmou que sabe que a construção desse processo é lenta e que precisa de mais experiência e tempo pra desenvolver as competências desejadas e o próprio processo

⁵⁰ Agulhar.

de aprendizagem. Percebi que a aluna tinha muita clareza com relação ao que seria feito naquele espaço que pudesse facilitar sua aprendizagem e estava consciente (verbalizando isso diversas vezes) da importância daquele estágio. Parecia um pouco ansiosa no sentido de experimentar diversas atividades diferentes. Falava em conhecer os ciclos de vida, da saúde materno-infantil que foi 'negligenciada' na Universidade e do desejo de preencher essa lacuna com o estágio" (Diário da pesquisadora em 04/03/2015).

Ainda percorrendo sobre a aquisição de competências, os trechos a seguir revelam a potencia dos estágios para permitir o desenvolvimento da competência 'saber ouvir' a partir do contato com o sujeito no contexto do trabalho em saúde.

"O público que eu gosto mais é os idosos. Gosto muito. E... No início, é sempre mais difícil, nós não estamos habituados a lidar com as pessoas, a tratar delas, pronto, ficamos assim sempre um bocadinho mais acanhados. O que eu notava muito no início é que eu concentrava muito a fazer as coisas e esquecia que tava ali alguém, daquelas conversas que a gente vai tendo e agora, por exemplo, posso tá na vacina e estou a falar sobre o tempo, isto e aquilo e aquilo outro. E, no início, quase toda a gente, o que acontece com toda a gente é que tamos concentrado em dar muito bem a vacina, que não doa, etc. centramos muito ali. Mas, eu acho que isso é normal porque a gente, é a primeira vez que tamos a fazer as coisas numa pessoa e queremos que corra tudo bem, então, centramos ali, ficamos ali caladinhos a fazer tudo. Mas, depois, o que é bom também do estágio é que você também evoluindo diversas coisas além da parte prática, a relação com as pessoas. E o que eu noto muito agora é que já consigo tá a fazer as coisas e estar a falar com a pessoa e perguntar como tá a sentir, se tá a doer, e não sei o quê. Agora já sei fazer as duas coisas ao mesmo tempo mas, no início era mais complicado. E isso é também bom pro cuidado porque, por exemplo, eu quando estou a picar alguém ou a fazer alguma coisa que seja dolorosa, se tiver a falar com a pessoa, a pessoa tá distraída e não vai sentir tanto essa dor. É mesmo a técnica da pessoa tá distraído. Se eu tiver calada, a pessoa tá a pensar: 'vai me doer, vai me doer, vai me doer' e vai doer mesmo. E então, além da pessoa se sentir mais acarinhada, mais bem recebida, também é uma forma de o tratamento ter mais efeito, pronto, e se for uma coisa de estar a ensinar qualquer coisa, alimentação correta, por exemplo, se a gente não tiver só a dizer: 'é assim, assim, assim', se a gente conseguir conversar com a pessoa, explicar, ela vai muito mais conseguir interiorizar as coisas. Por isso, essa parte da relação, em enfermagem eu acho que é fundamental. É importante sim. E só no estágio que a gente desenvolve isso. Com os bonecos não dá, o boneco não diz nada" (Estudante de Enfermagem de Évora).

"Aquela conversa que a gente tá a fazer, a maior parte não é só pra entreter, é pra conseguir perceber certas coisas, vou dar um exemplo: nas consultas de hipertensão, às vezes, você pergunta: 'Então, o que você comeu ontem?', 'mete muito sal na comida?', 'Ah, não'. Se calhar, manda pra casa porque não sente nada. Mas, naquela conversa, eu tava a apontar tudo e a tentar tirar dali essas que são mesmo muito importantes. Ver por exemplo, se a pessoa come muitas vezes fora, porque quem come fora come com muitos condimentos e com sal, ver com quem mora e se for homem saber quem é que cozinha as coisas dele... tamos a tirar dali imensa informação. Se você só perguntar: 'Come comida com muito sal?', 'Ah, não, não como sal nenhum', 'Ah, tá, tá tudo bem, pode ir embora'. E ele não ia soltar nada, a pessoa tava a comer imensas coisas com sal e sal não é só o sal que a gente mete na comida, pronto. É tanta coisa que a gente

tem que saber, tem que conversar e não é só numa consulta, né? É uma coisa continuada porque se não for assim, não consegue tratar a pessoa. E depois também, os gostos, eu não vou dizer à uma pessoa pra comer pão integral, ou pão qualquer outro, se não gosta, tem de arranjar outra forma, outra coisa. Por isso tem que conversar com a pessoa, pra perceber o que ela gosta, o que ela não gosta, o que é que tem dinheiro pra comprar, porque é que estou fazendo seja o que for, se ela não vai fazer isso, né? Por isso, conversar com a pessoa é fundamental. E se não for assim, as coisas não vão. Isso eu aprendi no estágio. Na escola, a gente via mas lá a gente não percebe o que quer dizer, o que é importante. Se não, as pessoas saem dali e não fazem nada do que a gente disse. E só dizer 'tem que fazer, tem que fazer, tem que fazer', isso não ajuda. Tem que explicar porque se pode, porque se não pode, pronto, imensas coisas" (Estudante de Enfermagem de Évora).

A estudante revela a aquisição de responsabilidade como uma consequência da sua imersão no cotidiano dos serviços de saúde e do contato com situações reais de cuidado.

"[...] porque a gente lida com situações muito graves, por vezes, e podemos causar mal a uma pessoa nos cuidados e sentimos responsabilidade e se eu agora acabasse o curso sem estágios, eu achava que não sabia nada [...]" (Estudante de Enfermagem de Évora).

"Se eu vou administrar um medicamento à uma pessoa, às vezes, isso é uma confusão. O serviço tá uma confusão e eu tenho um medicamento pra administrar. Eu tenho que ter a certeza que é aquela pessoa, que a dose é aquela, que a via é aquela, ou seja, se é oral, se é a veia, eu tenho que ter a certeza se o horário de administrar é aquele e no meio daquela confusão toda, eu tenho que conseguir ver essas coisas todas e depois, então, administrar. Se eu vou, por exemplo, algaliar alguém eu tenho mesmo que ter a certeza que estou, que não contaminei nada porque a pessoa pode ter uma infecção por causa de mim. E se dou um medicamento errado tenho que tá ciente de que posso causar prejuízo à saúde da pessoa por causa de mim. Eu, a toda hora ali, posso fazer mal a uma pessoa. E então, quando se vem pro estágio, é ficamos cientes disso e da responsabilidade que temos a toda hora. Principalmente quando os enfermeiros passam a confiar mais em nós, deixam-nos sozinhos e tenho que tá bem ciente disso. E quando não tenho a certeza, eu não faço nada se não tiver certeza. Prefiro esperar e perguntar pra alguém, pro enfermeiro pra ter a certeza. Porque depois, se faço alguma coisa, já se eu fizer alguma coisa errada, a culpa é do enfermeiro, é minha responsabilidade, se calhar nem é minha [...]. Portanto, aqui não se pode mesmo andar a brincar [...]" (Estudante de Enfermagem de Évora).

"Normalmente, quando, se fizer uma coisa sozinha, é porque estou segura. Porque se não, eu não faço por causa da questão da responsabilidade [...]. E, normalmente, se faço uma coisa sozinha é porque estou segura, porque já fiz, porque já treinei, já fiz muitas vezes e, então, em princípio, não vai haver problema. Mas, às vezes, até pode ser uma coisa que já fiz muitas vezes e naquela situação acontece qualquer coisa de diferente e que eu prefiro pedir opinião antes de avançar" (Estudante de Enfermagem de Évora).

A riqueza advinda da realidade contribui para a construção de conhecimentos para além do que pode ser vivenciado na IES.

“Pronto, no estágio desenvolvemos muito o que aprendemos na escola, no laboratório, as diversas técnicas, fazer um penso, técnica séptica, técnica limpa, puncionar, algaliar, tudo que mais... Mas, também aprendemos muita coisa que não aprendemos na escola. Até as pessoas nos diziam: ‘olha, vocês aqui não vão aprender tudo’ e é verdade. Por exemplo, agora quando tive na cardiologia, nos cuidados intensivos, é um serviço muito específico e, a maior parte das técnicas que eu tinha que realizar eu não tinha aprendido na escola. Lidar com diversos aparelhos, respiratórios, aparelhos específicos pra medir a tensão dentro da veia, pronto, tanta coisa. Aqueles fios todos que a gente vê nas fotografias, a gente não vê nada na escola. E então, a gente aprende mesmo imensa coisa no estágio. Então, quanto mais específicos são... Por exemplo, na ortopedia, nós tivemos algumas luzes da ortopedia mas, aquilo era uma coisa tão específica que muitos dos materiais e procedimentos que lá se realizam e os nomes dos instrumentais, das coisas, só lá que eu aprendi. Por isso, a escola dá-nos tipo a base geral e, depois, no estágio a gente aprende imensas coisas específicas mesmo. Tanta coisa que aprendi que nunca tinha ouvido falar. Na cardiologia isso acontecia muito. Patologias específicas da cardiologia que eu nunca tinha ouvido falar [...]. E, pronto, ficava sem saber o quê que os doentes tinham, pronto. Então, no início, aquilo é sempre muito complicado, no estágio é sempre difícil [...]. É impossível, só o que a gente aprende na escola não chega e também é impossível eles nos ensinarem tudo. Então, os estágios são mesmo muito ricos” (Estudante de Enfermagem de Évora).

Por fim, no diálogo entre a pesquisadora e a estudante de enfermagem, emergiram algumas dificuldades relacionadas aos estágios, como a constante necessidade de (re)adaptação aos campos de prática devido à diversidade de Ensinos Clínicos existentes e a ausência de interdisciplinaridade nas práticas.

“Claro que, outra coisa que também me dificultava era ter que tá, tive que tá sempre a adaptar-me porque dez estágios, esse é de nove semanas, é mais tempo, a maior parte dos estágios são de seis semanas e em seis semanas eu tinha que me adaptar com o serviço, com pessoas diferentes, colegas diferentes, tinha que aprender onde é que tava as coisas, isso, isso parece que não mas influencia imenso. A população, já tive em aldeia, já tive em hospital e a adaptação das primeiras semanas é sempre complicado. É uma coisa que eu não gosto mesmo é adaptar-me constantemente. Depois, ver uma pessoa, tá se a adaptar-me, demora tempo e tem que ter paciência, e eu não tenho muita, gosto de fazer logo” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Talvez, o que mais tive problemas, foi mesmo isso adaptar-me e adaptar-me às pessoas todas que são todas diferentes. É, acho que é coisa que... Em períodos curtos, em seis semanas a gente tem que consegui fazer tudo e ter que sair dali nos trinques. Isso nos dá mesmo litro. Mas, pronto!” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Eu nunca contatei muita gente que não fosse da enfermagem. É assim, tirando os auxiliares da limpeza que eu contato sempre muito. É assim, não muito. Eu sinto os internos, que são de medicina não... [pausa]. Como te explicar? Por exemplo, às vezes passam por mim aqui e não dizem bom dia. Essas coisas. Parece que eu sou inferior [...]. E vejo, por exemplo aqui, eu vejo que os médicos e os enfermeiros se dão-se bastante bem, vão ali à sala, dão bom dia, conversam sobre coisas, conosco nem tanto. Sinto essa

distância de às vezes passarem no corredor e nem sequer olharem pra mim” (Estudante de Enfermagem de Évora).

“Devíamos é trocar ideias e não tá assim... pronto [...]. Não há ali uma relação de interajuda e de fazer o que é melhor para o utente. Não digo que isso não aconteça. Há serviços que, por exemplo, na cardiologia, eu via aquilo porque as pessoas dão-se mesmo bem. O médico não é mais que o enfermeiro e o enfermeiro, são todos iguais. Mas, a maior parte dos serviços não é assim. E dão-se mal, dizem mal uns dos outros e, pronto. A maior parte dos serviços onde passei era assim mas, existem exceções. Nessas exceções, as coisas correm muito melhor e o ambiente é melhor e tudo é muito melhor” (Estudante de Enfermagem de Évora).

5.4 Capítulo 4

Estágio Curricular Supervisionado em odontologia: Um modelo para revelar novas faces e romper com os disfarces da odontologia 'in vitro'

*“O êxito da vida não se mede pelo caminho que
você conquistou, mas sim pelas dificuldades que
superou no caminho”.*
Abraham Lincoln

Após a triangulação de todos os resultados obtidos nesse trabalho, em articulação com o referencial teórico que norteou a pesquisa, foi elaborado o modelo de ECS para os alunos de graduação em odontologia.

Propõe-se a conformação dos ECS em dois núcleos – núcleo de saúde da família e núcleo de clínica ampliada de saúde bucal – sendo que os estudantes serão inseridos por meio de um sistema de rodízio, ou seja, todos devem realizar as atividades pertinentes aos dois espaços.

O núcleo de saúde da família

Nessa fase do estágio, os estudantes devem ser inseridos em UBS com ESF e ESB, localizadas, preferencialmente, na região do entorno das IES ou outra região pactuada em comum acordo com as instituições formadoras. O objetivo é propiciar a experiencição das atividades desenvolvidas pela equipe, além de permitir a

aproximação com a realidade do território e a compreensão das ações em saúde programadas e executadas pelos profissionais da UBS.

Deseja-se, em consonância com a literatura sobre os ECS em odontologia (Warmling et al., 2011; Bulgarelli et al., 2014; Leme et al., 2015) que o estudante estagiário participe, minimamente, e/ou realize as seguintes atividades: reconhecimento de território, visitas domiciliares, atividades coletivas, participação em grupos operativos, reuniões de equipe, imersão nos setores da UBS – incluindo o setor de saúde bucal – atividades de gestão, etc. As atividades serão definidas de acordo com a organização de cada UBS.

Espera-se que os estudantes sejam inseridos de modo articulado aos demais alunos de cursos de graduação em saúde que desenvolvem atividades nas mesmas UBS. Eles deverão ser acompanhados por um preceptor (profissional de saúde da UBS de qualquer categoria) e por um docente da IES. Acredita-se que seja viável fazer a inclusão de estudantes apenas onde haja ESB atuante para que, ainda que ele não permaneça somente nesse espaço, o aluno se identifique com as práticas e encontre maior interesse para realizar o estágio.

Com base no modelo de grupos tutoriais do PET-Saúde, elaborou-se os grupos de aprendizagem pela experiência, compostos por um preceptor e dois alunos, supervisionados por um docente. O docente, no entanto, pode responsabilizar-se por até quatro duplas de estudantes inseridas em diferentes campos. A figura 5.1 ilustra a conformação de um grupo de aprendizagem para uma UBS com quatro ESB.

Figura 5.1: Grupo de aprendizagem para uma UBS com quatro ESB

O núcleo de clínica ampliada de saúde bucal

No núcleo de clínica ampliada de saúde bucal, os alunos terão a oportunidade de experienciar a clínica do corpo vivo, em sua totalidade. O ideal seria que os dois núcleos se desenvolvessem na mesma UBS.

As atividades incluirão a imersão nos diversos setores da unidade, com o acompanhamento das diversas clínicas, bem como experiencição e condução da clínica ampliada de saúde bucal, seguindo o modelo proposto pelo Projeto Inovação, como descrito e discutido no capítulo 2. As atividades clínicas serão desenvolvidas com complexidade crescente.

O objetivo de inclusão da clínica ampliada de saúde bucal no modelo de ECS é proporcionar a experiencição do corpo vivo, contribuindo para formar um cirurgião-dentista com capacidade para escuta e diálogo, para entender a diversidade de questões envolvidas com o projeto terapêutico e com as questões trazidas pelos usuários que, predominantemente, encontram-se muito além da questão dentária. Almeja-se formar um profissional que compreenda o poder acolhedor da clínica e a necessidade de desfragmentação dos atos profissionais em favor de uma atenção diferenciada em saúde.

Além disso, os alunos terão a oportunidade de encaminhar pacientes para os CEO, entendendo a referência e a contra-referência em saúde bucal e a organização dos serviços em redes por meio da solicitação de exames complementares, dispensa de medicamentos, etc.

A proposta será desenvolvida com o apoio do cirurgião-dentista vinculado ao serviço – caso ele esteja presente –, de outro profissional, de qualquer área, que exercerá o papel de preceptor e de professores, também organizados em grupos de aprendizagem pela experiência. A figura 5.2 demonstra a distribuição dos atores no núcleo de clínica ampliada, bem como a proporção de dois alunos para cada preceptor e oito alunos para cada docente.

Figura 5.2: Exemplos de setores em UBS.

Seminários de reflexão na experiência

De modo paralelo às atividades nos serviços, os alunos participarão de atividades reflexivas, planejadas pelos docentes e pelos preceptores de acordo com as demandas de cada grupo. Como já afirmado neste trabalho, as atividades teóricas são importantes no sentido de estender as reflexões sobre as práticas, além de promover discussões sobre os casos, buscar conhecimentos que preencham eventuais lacunas e esclarecer possíveis dúvidas que o cenário de prática tenha gerado nos estudantes (Santa-Rosa et al., 2007; Bulgarelli et al., 2014; Forte et al., 2014). Essas atividades podem envolver estudos de caso, relatos de experiência, análises de artigos, discussões de temas específicos, etc.

Inicialmente, sugere-se que as atividades teóricas ocupem um período quinzenal de 04 horas mas, esse tempo pode ser ampliado ou reduzido em coerência com cada grupo.

Estratégias pedagógicas

No sentido de estimular os estudantes a adotarem uma postura crítica e reflexiva sobre as questões ligadas ao trabalho em saúde no cenário onde o aprendiz se encontrará inserido, serão adotadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem como, por exemplo, a problematização.

As metodologias ativas baseiam-se na autonomia dos sujeitos, colocando-os no centro do processo de aprendizagem e horizontalizando as relações (Freire, 2008; Forte et al., 2014). Na problematização, o cotidiano é questionado no sentido de estabelecer relações de descobertas e construções (Mitre et al., 2008). A problematização será relacionada ao cotidiano do trabalho vivo em ato (Merhy, 2013).

O potencial da problematização da experiência encontra-se na reflexão que se faz sobre o vivido (Feuerwerker, 2012). Outros trabalhos, além dos dados apresentados nesse estudo, demonstram a coerência da problematização no sentido de viabilizar a construção de conhecimentos pelos alunos (Toassi et al., 2012; Forte et al., 2014).

A avaliação do percurso do graduando

No seu percurso, o aluno deverá ser estimulado a redigir diários de campo com o intuito de relatar as atividades desenvolvidas, bem como refletir sobre elas, de modo a articular as percepções e reflexões com o aporte teórico que o estudante adquiriu nas disciplinas ou buscou para intensificar seu processo de aprendizagem.

O diário é visto, por muitos autores, como um instrumento de registro efetivo que, pela liberdade que destina ao aprendiz, permite fomentar o processo de ensino-aprendizagem com a construção de conhecimento sólido e dotado de sentido (Warmling et al., 2011; Toassi et al., 2012).

[...] o uso dos diários de campo permite um acompanhamento processual do envolvimento do aluno com seu campo de estágio. É espaço de registro de realidade, de descrição de relações interpessoais no mundo do trabalho, de interpretação de acontecimentos e enfrentamentos a partir da análise do referencial teórico dado em aula e, finalmente, de reflexão e expressão subjetivas. Sistemáticamente, se criam outras ideias, compartilhadas e discutidas com o grupo de colegas, tutores e preceptores. Essa busca expande o espaço do trabalho tornando o diário de campo obra particular do aluno. Esse jogo de constituição de autoria permite também enfrentar possibilidades e dificuldades do percurso ético, teórico e metodológico travado pelo aluno. É a tentativa de uma subjetivação diferente, muito necessária no ensino no trabalho. [Os diários] proporcionam a confecção de cartografias que criam possibilidades de novos olhares e análises. Em conjunto com outras atividades desenvolvidas nos estágios visam uma apropriação do eu em relação com os outros e com o mundo propiciando oportunidades de construção de racionalidades éticas (Warmling et al., 2011, p. 67).

No diário, é possível, ainda, explicitar os sentimentos vividos, atitudes, fatos, fenômenos, favorecendo que o aluno ordene suas vivências em um momento reflexivo indispensável com vistas a gerar compreensão (Toassi et al., 2012).

Para Warmling et al. (2011), o trabalho com os diários dos estudantes é laborioso uma vez que quanto mais essa técnica é exitosa, mais a discussão será intensa e mais será exigido do professor pelo aluno.

A quantidade de material elencado e a qualidade de sua análise aumenta gradativamente, gerando uma riqueza de conteúdos que pode dificultar a apreciação, exigindo tempo e concentração na análise das obras, cabendo reconhecer que o sucesso está ligado ao fato do crescimento do aluno escapar às possibilidades de sua avaliação. O que extravasa ao controle e a condução, enfim, a possibilidade de ir além do exigido e de surpreender é que possibilitam aos alunos a autonomia necessária à gestão do seu processo de aprendizado e a negociação com o processo de aprendizado dos seus colegas. A reflexão ética com esta proposta teórico-metodológica compõe um cenário onde são permitidos que os elementos identitários e de alteridade se encontrem e negociem entre si (Warmling et al., 2011, p. 67).

No final do estágio, será confeccionado pelos alunos um relatório das atividades realizadas, utilizando os diários como apoio, incluindo uma apreciação crítica e reflexiva da forma como decorreu o processo de ensino/aprendizagem, explicitando as dificuldades, facilidades e alcance ou não dos objetivos inicialmente traçados, ou seja, a auto-avaliação é uma exigência do relatório.

Além disso, o relatório:

Também deve incluir o processo de reconhecimento da realidade (diagnóstico das condições de vida e de saúde da população atendida nas Unidades de Saúde); o processo de planejamento (proposição e descrição da aplicação de planos e projetos) e a conclusão (deve fornecer a argumentação do aproveitamento e importância da vivência do estágio para a vida profissional do estudante) (Toassi et al., 2012, p. 229).

O relatório deverá ser avaliado pelo preceptor e pelo docente.

Entendendo que a IES mantém ferramentas quantitativas para a avaliação e que, muitas vezes, são necessárias simplificações e/ou outras alternativas ao diário de campo/relatório, são sugeridos critérios e respectivos pesos que, de certa forma, podem homogeneizar a avaliação qualitativa de diferentes docentes e torná-la numérica, quando necessário (Quadro 5.3).

Será aprovado e terá direito ao certificado, o aluno que obtiver nota final superior a 5,0.

Itens	Critérios	Peso
Atividades no campo de prática	Postura	1,0
	Assiduidade	1,0
	Responsabilidade	2,0
	Pró-atividade	2,0
	Relacionamento interpessoal	1,0
	Planejamento e execução das ações	2,0
	Comunicação	1,0
Relatório final	Organização	1,0
	Sequência lógica	1,0
	Apresentação das atividades	2,0
	Fundação teórica	2,0
	Análise reflexiva do percurso	2,0
	Análise crítica do desempenho	2,0

Quadro 5.3: Itens e critérios de avaliação dos estagiários no ECS

Os atores do ECS e suas atribuições

Os principais atores do ECS serão os estudantes de graduação, os docentes que acompanharão as atividades e os profissionais dos serviços que vão desempenhar a função de preceptores. Reconhece-se, ainda, o importante papel desempenhado por outros profissionais de saúde e pela comunidade nesse processo.

A seguir, discorre-se sobre as características e as atividades a serem desempenhadas por professores e preceptores.

O professor

O docente, por exigência das legislações relacionadas ao desenvolvimento de ECS (Brasil, 2008a) deverão acompanhar as atividades dos graduandos no campo de estágio. À ele cabe supervisionar as atividades e ser um facilitador do processo de aprendizagem do estudante, problematizando as vivências e induzindo à reflexões sobre as experiências vividas (Masetto, 2003; Freire, 2008; Toassi et al., 2012). O professor detém a capacidade de estimular os alunos a compreenderem os determinantes sociais do processo saúde-doença em associação com as condições de vida das pessoas (Carvalho et al., 2010).

Além disso, é interessante incorporar a necessidade da 'desaprendizagem'. Para Merhy (2013, p. 26):

[A] Desaprendizagem deve atingir a todos, inclusive os docentes, que no seu agir-docente, como trabalhador de saúde, se vê diante de si mesmo como um profissional que deve desaprender para aprender, como alguém que deve sair do seu *saber a priori* para se expor diante do que o ato dos encontros, no cuidado e no ensino, podem como seus territórios-problemas.

Não obstante, a saída do seu ambiente protegido e conhecido pode gerar desconforto e até alguns empecilhos para a condução de um bom trabalho. Nesse sentido, é relevante ter em mente que:

O convívio com outros profissionais, em um campo de práticas fora do campus universitário e aberto aos imprevistos da vida cotidiana (acentuados pela baixa renda dos usuários dos serviços de saúde), com estudantes de áreas diversas e a exposição a situações para as quais não se está inicialmente preparado, tende a produzir sensações iniciais de desconforto e impotência. Ademais, numa instituição universitária em que o poder é verticalizado, as pesquisas e as publicações são priorizadas e as carreiras individuais estimuladas, o modelo [...] que despende tempo generoso com o ensino da graduação, que enfatiza a arte da clínica mais do que a aplicação de protocolos, que estimula as ações de equipe e grupais, tende a produzir tensões (Casetto et al., 2013, p. 187).

Alguns docentes, inclusive, podem questionar o ensino nos cenários reais como uma proposta efetiva (Casetto et al., 2013). Em adição, a incerteza manifestada pelos professores pode ser atribuída à dinamicidade dos acontecimentos do campo de estágio que fogem do previsto e do conhecido (Bulgarelli et al., 2014).

Não chegar já pronto para o encontro é um ato de desaprendizagem necessário para produzir novidades no campo didático-pedagógico de uma aposta como essa, porém isso tem o risco de tornar seus operadores fragilizados, o que só pode ser suportado se for uma construção conjunta, coletiva e apoiada em todos que ali estão no próprio ato do caminhar a formação (Merhy, 2013, p. 26).

Para amenizar essa problemática, deve-se traçar estratégias no sentido de sensibilizar o corpo docente para a importância do ECS, bem como a imprescindibilidade de que ele assuma a postura de mediador pedagógico, priorizando a parceria e a co-responsabilidade no processo de aprendizagem (Masetto, 2003).

Outro quesito importante de ser destacado é a necessidade do preparo desses docentes para o desempenho das atividades no campo de estágio. O ideal é que, além de conhecerem a lógica de trabalho no SUS, eles apórtem uma visão não fragmentada da odontologia e compreendam a integração da odontologia com as demais áreas da saúde (Lazarin et al., 2010; Bulgarelli, 2014), bem como a importância da formação pela experiência no contexto do SUS.

O preceptor

O vocábulo preceptor, muito incorporado na formação em saúde, é utilizado desde 1540 e designa aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor (Houaiss, 2001). Para Botti e Rego (2008), a literatura médica apresenta distintas atribuições ao preceptor, sendo mais relevantes as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando a compreender de forma mais efetiva o exercício da profissão.

No âmbito do ECS, deseja-se que o preceptor seja mais que um supervisor, desempenhando um papel participativo e ativo nas práticas pedagógicas, inserindo-se do planejamento à avaliação das ações (Macêdo et al., 2011). É indispensável que o preceptor apresente conhecimento teórico, didático e político para obter êxito na mediação pedagógica nos cenários de aprendizagem (Rodrigues et al., 2014).

Além disso, acredita-se que o preceptor pode criticar 'amorosamente', de forma cuidadosa, despidido do intuito de colocar o estudante em posição de inferioridade. As relações devem ser horizontalizadas e, para isso, seria ideal incorporar práticas como:

1. Atitudes a serem tomadas pelo preceptor para facilitar a aprendizagem intelectual e afetiva:
 - a. Veracidade e autenticidade: ser o que se é, sem construção de fachadas;
 - b. Prezar, aceitar e confiar: respeitar o estudante e o que ele traz de conhecimento;
 - c. Compreensão empática: compreender o estudante enquanto ser humano, evitando julgamentos;
2. Abertura concreta entre todos para sanar dúvidas e inseguranças, inclusive do preceptor;
3. Organização do processo de trabalho que comporte o ensino;
4. Responsabilização equânime do processo de trabalho;
5. Compromisso efetivo do preceptor e educando com sua responsabilidade territorial, epidemiológica e educacional;
6. Incorporação, no relacionamento com os usuários, de características semelhantes às do relacionamento com o educando, dado que o usuário está também em processo educativo sobre sua produção de saúde (Barreto et al., 2011, p. 580).

Os profissionais dos serviços eleitos para o desenvolvimento do ECS, que já atuam como preceptores de outros cursos, devem ser convidados à integrar à proposta, sendo requisitos o desejo de colaborar e o perfil afinado com o trabalho partilhado com estudantes. Outros profissionais poderão e deverão ser incorporados nesse fluxo, posto que a preceptoria apresenta um potencial para a educação permanente.

Fases para implementação do modelo

Após eleição dos cenários de aprendizagem para o desenvolvimento do núcleo de saúde da família, ou seja, depois da escolha das UBS que integrarão o ECS, será iniciado o processo de pactuação com a SMS e as UBS escolhidas, seguindo os fluxos pré-determinados por essas instâncias.

Em um segundo momento, os docentes devem se reunir com os gerentes e os profissionais das UBS eleitas para discutir e elaborar o plano de atividades dos estudantes e selecionar os preceptores. Nessa etapa, também deve ser pactuada a quantidade de estudantes que será direcionado para cada serviço.

Em seguida, os estudantes serão selecionados. O ideal é que haja equilíbrio entre os períodos de formação na Faculdade para garantir que alunos de todos os anos sejam incluídos.

Ao fim de cada semestre, o ECS será avaliado e repensado sempre com vistas a garantir a melhor formação. Para isso, elaborou-se uma matriz avaliativa que será apresentada no item a seguir (Quadro 5.4).

A figura 5.3 ilustra as fases de implementação do ECS.

Figura 5.3: Fases de implementação do ECS

Modelo lógico-ideal e matriz avaliativa para o modelo de ECS

Um modelo lógico é a ideia que operacionaliza um objeto-modelo, que é uma situação real ou suposta como real (Medina et al., 2010). O modelo lógico-ideal para o ECS proposto nesse estudo baseia-se no modelo apresentado no item 2.4.6, no entanto, foi modificado com base nos resultados levantados ao longo da pesquisa e adaptado à realidade da APS, sendo flexível às possibilidades existentes em cada IES e em cada território de desenvolvimento (Figura 5.4).

O modelo reflete a junção dos dois núcleos do ECS – núcleo de saúde da família e núcleo de clínica ampliada –, reforçando a importância da inserção longitudinal dos estudantes nos cenários de aprendizagem, o que propicia a compreensão do sujeito em sua integralidade com uma abordagem pautada pela clínica ampliada e pela bucalidade.

Figura 5.4: Modelo lógico-ideal para o ECS

Assim como no trabalho de Pessoa e Noro (2015), na construção da matriz (Quadro 6.5), os elementos destacados no modelo lógico-ideal foram transformados em dimensões para avaliação, sendo elas: Atenção em saúde bucal, Assistência

Primária em saúde bucal e Competências desejáveis. A partir das dimensões, criaram-se critérios e parâmetros que visam viabilizar avaliações periódicas.

Antes da aplicação, sugere-se a validação da matriz por meio de estudo Delphi em que os participantes sejam estudantes, professores e profissionais dos serviços de saúde envolvidos com o ECS.

Por fim, registra-se que:

Podemos dizer que a aprendizagem vai acontecendo também em um campo da invisibilidade: na escrita de um diário, nos espaços de supervisão, na leitura de um texto, na elaboração de um relatório, na interlocução com outros estudantes, com outros docentes, com profissionais e com as pessoas acompanhadas. Uma fala, um comentário, uma ação são expressões que, pontas emergentes desses processos de aprendizagem que continuamente ocorrem de modos diferentes para os atores envolvidos (Capozzolo et al., 2013, p. 141).

Dimensões	Crítérios	Indicadores e Parâmetro
Atenção em saúde bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento da realidade social do território; 2. Participação no planejamento e avaliação das ações; 3. Conhecimento da estrutura física e os fluxos da UBS; 4. Conhecimento do PACS e das Visitas Domiciliares; 5. Entendimento da gestão dos serviços; 6. Participação e elaboração de ações coletivas em saúde; 7. Compreensão da referência e da contra-referência; 8. Participação nos grupos operativos com a comunidade. 	O aluno demonstra conhecimento e compreensão dos item listados, além de conseguir aprofundar a reflexão com associação das experiências com o conteúdo teórico.
Assistência Primária em saúde Bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento da queixa; 2. Anamnese; 3. Exame físico; 4. Hipótese diagnóstica; 5. Exames complementares; 6. Projeto Terapêutico Singular; 7. Realização de procedimentos clínicos; 8. Encaminhamento; 	No cotidiano da clínica, o aluno demonstra conhecimentos e habilidades para proceder ao atendimento clínico pautado pela integralidade, colocando o sujeito no centro do cuidado.
Competências desejáveis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção à Saúde; 2. Tomada de decisões; 3. Comunicação; 4. Liderança e administração; 5. Responsabilidade; 6. Autonomia; 	Na experenciação dos dois núcleos, o aluno demonstra domínio das habilidades para proceder à atenção em saúde, consegue mobilizar saberes para tomar decisões, mesmo diante de situações desconhecidas, se comunica tranquilamente com outros estudantes, profissionais da equipe e usuários dos serviços, assume postura de liderança – quando necessário – e atua de modo responsável e autônomo.

Quadro 5.4: Matriz avaliativa do ECS

5.5 Capítulo 5

O olhar do outro sobre o meu caminhar: um adendo para iniciar uma discussão

*“Caminhante, não há caminho, se faz caminho
ao caminhar”.*
Antonio Machado

Esse tópico é chamado de ‘adendo’ porque surgiu de modo não planejado e não contemplado nos objetivos da investigação. No entanto, ao iniciar a análise do diário da pesquisadora, tornou-se claro que o envolvimento com o objeto de pesquisa despertou reflexões sobre o seu percurso formador. Julgou-se interessante, então, registrar essas reflexões na tese.

Nesse sentido, a pesquisadora convidou uma colega – Carolina Rogel de Souza, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP – que integra o mesmo grupo de pesquisa e trabalha com a hermenêutica dialética como método de tratamento de dados qualitativos, para auxiliar na análise dos recortes do diário e na composição de texto.

O objeto da tese é a discussão relacionada à formação pela experiência, o que levou a pesquisadora – durante todo o percurso de implicação com a pesquisa – à refletir sobre sua formação. Tendo a perspectiva da pesquisa social como norteadora do percurso da pesquisadora e sua tese é de se imaginar que uma reflexão mais aprofundada sobre tais questões fosse emergir de seu caminhar junto ao objeto de pesquisa e do referencial teórico apresentado.

Nesse sentido, apresenta-se uma breve discussão sobre o diário, ou seja, sobre o ‘viver’ e o ‘sentir’ da pesquisadora no que diz respeito à sua própria trajetória de formação e os questionamentos presentes durante seu percurso. O diário de pesquisa é um recurso para organização de informações para a pesquisa qualitativa, pois a escrita diária auxilia no processo de retomada dos acontecimentos que passariam despercebidos. “O produto de leitura e de releituras do material registrado no diário serve de sinalizador para o(a) pesquisador(a) que, muitas vezes, deve refazer percursos, aprofundar pontos da pesquisa ou até mesmo mudar a direção da investigação” (Vieira, 2001).

Inicia-se, essa explanação com a seguinte colocação extraída do diário da pesquisadora:

“[...] Como isso [o objeto de pesquisa] tá sempre permeando meus pensamentos, é impossível não fazer relações com o meu próprio processo de formação. Eu acho que tive o privilégio de poder experienciar um percurso diferenciado. Um processo formativo – e aqui está incluída a pós-graduação – deveria ter como objetivo principal desenvolver competências que contribuam para geração de profissionais críticos, questionadores, motivados a buscar respostas para os anseios que surgirem durante suas vivências, etc.[...]” (Diário da pesquisadora em 05/06/2015)

Nas entrelinhas do discurso, encontram-se as marcas de um modelo formador caracterizado pelo espaço reduzido de reflexão e por poucas possibilidades para questionar e, conseqüentemente, transformar.

No caso específico da pesquisadora e, certamente, para muitos outros pós-graduandos, a pós-graduação assume o lugar da profissão, já que é dela que vem a ocupação e o sustento. O recorte que segue evidencia o quando essa trajetória é marcada por dúvidas, incertezas e angústias.

“[...] no meu caso, a pós-graduação ser a minha profissão. Faço questão de reforçar isso porque é justamente por isso que eu convivo com muitos alunos de pós-graduação, de áreas e locais distintos, e, muitas vezes, nossas conversas estão ligadas às angústias, medos, incertezas e também conquistas da vida que escolhemos [...]” (Diário da pesquisadora em 05/06/2015).

Salta aos olhos o quanto a formação é enriquecida ou ‘adubada’, como a pesquisadora nominou, quando as possibilidades de vivência são ampliadas para outros espaços, com a presença profissionais e pessoas diferentes do cenário intramuros.

“[...] Estou convicta que eu não seria a profissional (dentista, docente...) e, mais que isso, a pessoa que ‘vir a ser’ nesse momento se eu tivesse seguido os passos tradicionais ou comuns da pós-graduação: cumprir horário do departamento, realizar atividades burocráticas e pouco reflexivas, sem o ‘adubo’ da prática me inquietando e me enriquecendo, escrevendo com base em teorias distantes, convivendo somente com dentistas, assistindo aulas expositivas, sem a oportunidade de problematizar a prática, enfim” (Diário da pesquisadora em 06/03/2015).

As deficiências relacionadas à formação na pós-graduação *stricto sensu* são reconhecidas (Masetto, 2003) e, atribui-se à elas, parte das dificuldades encontradas na formação dos cirurgiões-dentistas, ainda distante do ideal almejado – como

largamente foi apontado nessa tese. É urgente a necessidade de reorientação também dos programas de pós-graduação, no sentido de formar docentes com competências coerentes com as DCN, ou seja, um professor crítico, reflexivo, que conheça e domine a técnica odontológica mas, que pense no cuidado de modo ampliado e reproduza isso nas práticas docentes (Carvalho et al., 2010).

Remete-se, mais uma vez, ao professor Bondía (2002) que, em suas 'notas sobre a experiência', deixa claro que informação não pode ser considerada experiência porque a busca por ela não permite que fatos aconteçam ao sujeito e, ao contrário, experiência é justamente aquilo que toca e transforma. Reconhece-se, assim, o grande potencial (trans)formador da experiência.

Infere-se que existe uma angústia relacionada à possibilidade de se tornar uma docente livresca, destituída de vivências reais que, por conta disso, seja incapaz de fazer relações entre os dois espaços nas práticas pedagógicas o que pode gerar uma docência depauperada e desinteressante. O fragmento a seguir, reforça essa compreensão:

"[...] Como iniciei o mestrado logo após o término da minha graduação, não tive oportunidade de ter uma experiência clínica como cirurgiã-dentista, nem em serviços públicos, nem em serviços privados. Isso sempre me incomodou. [...]. Sempre estaria pendendo para o lado teórico, sem o contraponto da prática" (Diário da pesquisadora em 06/03/2015).

Em contrapartida, a vivência e a reflexão no contexto do trabalho em saúde, contribuem para gerar novos conhecimentos que agregam em termos profissionais – para a cirurgiã-dentista e para a futura docente – e amplia o olhar da pesquisadora com relação ao cuidado em saúde.

"[...] O primeiro impacto veio através da experiencição das outras clínicas. Conhecer, questionar, compreender o trabalho de médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde que se direciona ao sujeito como 'objeto' comum de atuação foi fantástico [...]" (Diário da pesquisadora em 06/03/2015).

Com vistas à agregar nessa interpretação e, contrapondo o vivido ao conhecido, os próximos recortes evidenciam essa ampliação no olhar da pesquisadora em direção ao sujeito, em uma clínica ampliada, interprofissional e partilhada com outros colegas, tão divergente em relação às práticas clínicas – predominantemente reduzidas às técnicas – experimentadas anteriormente pela pesquisadora.

“[...] Cada paciente, com sua história de vida, me tocou de uma maneira diferente.(...)A cada dia, com uma ou mais histórias novas, novas reflexões surgiam e me transformavam, me mostravam questões que nunca haviam me despertado atenção e que, a partir da experiência, começava a fazer sentido [...]” (Diário da pesquisadora em 06/03/2015).

“[...] O olhar para além da boca trazia angústias, sentimento de impotência, às vezes, de incapacidade, revelava as dificuldades de abordar um paciente/usuário de modo integral, mostrava o quanto podemos oferecer mais que procedimentos odontológicos, o quanto as ‘bocas’ que tratamos revelam, verbalmente ou não, da vida daquelas pessoas [...]” (Diário da pesquisadora em 08/04/2015).

“[...] A partir dessa experiência, eu comecei a enxergar o paciente/usuário de outra forma, com uma maior aproximação com a integralidade. A partir dela, também percebi o quanto a dicotomia corpo-boca é reforçada pelos outros profissionais da saúde. Cheguei à conclusão de que o paciente/usuário poderia ser melhor ‘cuidado’ se ele fosse visto como um todo orgânico e social. É diferente concluir isso depois de ter visto tantos casos, tantas abordagens diferentes, depois de ter dialogado com outras categorias profissionais do que a certeza que eu tinha antes, a partir dos livros, artigos e aulas [...]” (Diário da pesquisadora em 08/04/2015).

Pensando em uma das atribuições da pós-graduação – muito cobrada, inclusive – ressalta-se a publicações de artigos científicos. Normalmente, essa atribuição é estática e protocolada, nem sempre sendo dotada de sentido para quem a cumpre. A imersão na realidade de um serviço de saúde, com o amparo de uma equipe de pesquisa pluralizada, composta por professores que estimulam a reflexão e, ao mesmo, oferecem liberdade para o pensamento e a formação de opiniões, e colegas com experiências distintas, gera um espaço propício para o surgimento de objetos passíveis de serem analisados em produção científica. No fragmento acima, para exemplificar, a pesquisadora cita a dicotomia corpo-boca verificada nas práticas médicas durante sua imersão no campo. Esse tema foi objeto de discussão e se transformou em um artigo científico que está em vias de publicação.

Observa-se um processo de desconstrução diária – desconstruir a formação básica da graduação no sentido de propor e/ou vivenciar uma outra forma de aprender, produzir ciência e cuidado. A seguir, expõe-se a mudança no olhar direcionado ao modo de ‘fazer pesquisa’, o que sugere benefícios adquiridos também nessa esfera.

“[...] Acho que essa experiência também me fez enxergar a pesquisa com outros olhos. Ela não precisa ser tão quadrada, tão fechada. Há

espaço para inovar também na forma de coletar e analisar o material qualitativo” (Diário da pesquisadora em 12/04/2015).

Faz-se essa explanação para reforçar as potencialidades da experiencição também no sentido de cumprir os requisitos quantificáveis dos programas de pós-graduação.

Ainda com relação ao impacto causado pela convivência em equipe durante o doutorado e para fechar esse adendo retratando o processo de mudança, registra-se o fragmento a seguir:

“[...] Outro ponto importante foi o contato e a vivência com a equipe do projeto. Somos um grupo bastante heterogêneo com pessoas que também trazem diferentes histórias de vida, diferentes experiências profissionais e que, a cada encontro, trazia novos elementos para a reflexão. Ouvir as dores de uma colega (que chegava a chorar enquanto relava suas experiências em serviço), entender as críticas feitas por outra colega aos serviços, conhecer um pouco do que é feito no CRT-AID, ver as inconformidades das clínicas da Faculdade no relato dos alunos estagiários, compreender que é difícil pra colega, lá em Recife, se apropriar do referencial teórico (complexo) do projeto, desvendar os motivos que fizeram outras colegas desistirem de tocar o projeto, enfim, experienciar essa convergência de olhares desperta novos anseios, reflexões, desejos, ideias e, por fim, me transformaram, me ‘retransformaram’ e continuam me transformando [...]” (Diário da pesquisadora em 06/05/2015).

Conclui-se esse tópico com a certeza de que é necessário desbravar a formação na pós-graduação desvelando, assim, a micropolítica de um trabalho que precisa deixar de ser morto e estático para torar-se vivo, fértil, rico no sentido de contribuir para construção de intelectuais e professores críticos e reflexivos, coerentes com as demandas de formação na contemporaneidade.

Seria interessante movimentar o instituído e trazer para discussão as necessidades de reorientação também nesse nível de formação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esgotamento do modelo de formação clínica em odontologia aparece em destaque na visão dos estudantes que participaram do estudo. Os limites encontrados pelo que se denominou, neste trabalho, de odontologia 'in vitro' vão do 'tecnicismo odontocentrado', passando por deficiências pedagógicas, chegando ao pouco estímulo para o exercício da reflexão.

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

A experiencição do modelo de estágio vinculado ao Projeto Inovação traz para a cena as potencialidades da abordagem do corpo vivo, subjetivado, repleto de vivências e sentimentos, ou seja, o sujeito assume o centro das práticas. Essa forma de atuar afetou os estudantes que fizeram a experiência, de modo a transformá-los e motivá-los a despir-se do 'odontocentramento' – tão arraigado ao processo de formação ao qual eles são ou foram submetidos – e adotar uma postura coerente com a clínica ampliada e a produção do cuidado.

O espaço novo e, ao mesmo tempo, inovador permitiu o exercício do raciocínio clínico, da elaboração de PTS e de intervenções técnicas e restauradoras, seguindo o rigor das práticas baseadas em evidências mas, de modo ressignificado. Nesse sentido, reitera-se a possibilidade de atuação clínica dos estudantes de graduação em odontologia no âmbito da APS.

De modo convergente, nos espaços experienciados pela pesquisadora em Évora, Portugal, o movimento transformador foi igualmente percebido. Com a ressalva de estar relacionado ao curso de enfermagem – o que reforça a efetividade e a tendência global da incorporação de práticas como essas na estrutura curricular – a participação dos estudantes compõe a organização do trabalho, sendo que eles desenvolvem um trabalho autônomo e responsável, com o apoio de um profissional do serviço e do professor, desde o início do curso de graduação.

Foi unânime entre todos os participantes do estudo a pertinência e as potencialidades advindas da experiencição das práticas de saúde no contexto da

realidade onde elas, de fato, acontecem, sem disfarces, com todas as nuances que lhe são inerentes.

Preceptores – vinculados ou não ao Projeto Inovação – pertencentes à categorias profissionais diversificadas, enxergam a entrada dos alunos nos serviços como benéfica para todos os envolvidos. O estudante é um ser em formação mas, figura também um ser que induz à (re)formação dos profissionais no cotidiano das suas práticas. O olhar estranho, curioso e atento daquele que ainda não está 'pronto', provoca movimento, desperta para o invisível e contribui para desconstruções e reconstruções, nutrindo a dinâmica dos serviços de saúde.

Para todos os envolvidos com a pesquisa – estudantes, preceptores, gestores e pesquisadora – o ônus inerente ao deslocamento da formação para os cenários reais é pequeno frente à todos os benefícios gerados a partir dele. No entanto, uma inquietação permanece? Se os benefícios são tão evidentes, se há valorização por parte de todos os atores envolvidos, por que ainda é tão difícil inserir o estágio como prática sustentável dentro da formação em odontologia, sobretudo no cenário estudado?

Dentre outras questões, evidencia-se o poder do instituído sobre o instituinte. Romper com o monopólio da odontologia 'in vitro' e com a sua representação profissional e social, bem como questionar poderes, desconstruir práticas e crenças, desterritorializar pessoas e abrir-se para o novo gera desconforto e resistência.

Como afirmou Cruz et al., (2015, 728):

Necessitamos avariar a máquina de formar os profissionais da saúde, que operamos desde os tempos da ditadura. Não é possível mudar a formação em saúde sem se discutirem e produzirem vários dispositivos que sejam capazes de questionar toda espécie de automatismo do saber, do dizer, do pensar e do cuidar, criando um processo de estranhamento daquilo que se imaginava já sabido, e, como efeito, do encontro com o próprio processo de desaprendizagem. É uma experiência composta por desaprendizagens que nos convoca a desautomatizar, muitas vezes, a nossa percepção das coisas e de nós mesmos (Cruz et al., 2015, p. 728).

Com a expectativa de adubar as sementes que já foram plantadas e contribuir com a reorientação da formação em odontologia, elaborou-se o modelo de estágio ilustrado e explicitado nessa tese. Acredita-se que suas características, pensadas em função da triangulação dos diferentes olhares que compuseram o estudo,

revertem-se de força suficiente para inquietar o instituído e metamorfosear a formação disfarçada da odontologia 'in vitro'.

REFERENCIAS⁵¹

Abreu WC. Identidade, formação e trabalho. Coimbra: Sinais Vitais-EDUCA; 2001.

Adea. Competencies for the new general dentist. Dent Educ. 2011; 75, (7): 932-36.

Alarcão I. Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem. Porto: Porto Editora; 2000. 112p.

Alonso MS, Antoniazzi JH. Livro do projeto latino-americano de convergência em educação odontológica (PLACEO). São Paulo: Artes Médicas; 2010.

Alves LA, Freires IA, Braga CC, Castro RD. Integração ensino serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. Rev Bras Ciênc Saúde. 2012; 16(2):235-38.

Arantes ACC, Pinto RS, Ramos TCV, Palmier AC. Estágio supervisionado: qual a sua contribuição para a formação do cirurgião-dentista de acordo com as diretrizes curriculares nacionais? Rev APS. 2009 Jun [citado em 05 de setembro de 2015];12(2):150-60. Disponível em: < www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/276/197.

Araújo ME. Educação superior em odontologia na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2004.

Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):179-82.

Araujo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):219-27.

Araújo MCF. Produção do cuidado em cenários do sistema de saúde como parte do estágio curricular do curso de graduação em enfermagem. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.

⁵¹ De acordo com o Estilo Vancouver.

Araújo ME, Zilbovícius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-90.

Abeno. Diretrizes da ABENO para a definição do estágio supervisionado nos cursos de Odontologia. Rev ABENO. 2002; 2(1):13-18.

Badan DEC, Marcelo VC, Rocha DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):1811-18.

Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da universidade federal de pernambuco – um termo de referência. Rev Bras Educ Med. 2011;35(4):578-83.

Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(11):4337-48.

Batista N. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec;2013. p.59-68.

Bertolami CN. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: Form vs. Content. Dent Educ. 2001; 65(8):725-35.

Bianchetti L, Magalhães AM. Declaração de Bolonha e internacionalização da educação superior: protagonismo dos reitores e autonomia universitária em questão. Avaliação (Campinas; Sorocaba). 2015 Mar;20(1):225-49.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Bolonha. Declaração conjunta dos ministros da educação europeus, assinada em Bolonha em 19 de Junho de 1999 [citado em 30 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/dh/index.php/Documentos-n%C3%A3o-Inseridos-nas-Delibera%C3%A7%C3%B5es-da-ONU/declaracao-de-bolonha-1999.html>

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Rev Bras de Educ. 2002 Jan/Fev/Mar/Abr;19:20-8.

Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. Petrópolis: Ed. Vozes; 1989.

Borges MCA. Reforma da Universidade no contexto da integração europeia: o processo de Bolonha e seus desdobramentos. Educ Soc. 2013 Jan-Mar; 34(122):67-80.

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

Botazzo C. A bucalidade no contexto da estratégia saúde da família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editores. Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008a, p.81-8.

Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.

Botazzo C. Pensando a integralidade da atenção e a produção do cuidado em saúde bucal. Perspectivas teóricas e possibilidades práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Macau M, editora. Saúde bucal coletiva. Implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio;2008b, p.3-15.

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciência & Saúde Coletiva. 2006 Jan/Mar[citado em 02 de fevereiro de 2012]; 11(1):7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29438.pdf>.

Botazzo C, et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Projeto de pesquisa. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;2012.

Botazzo C, et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório Técnico. São Paulo; 2015.

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):363-73.

Brasil. Casa Civil. Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 abr de 2008a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm.

Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília; 2002. [citado 3 nov 2011]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, sessão I, Nº 148, quarta-feira, 5 de agosto de 2015b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no. 1802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Diário Oficial da União. 27 ago. 2008b:Sec. 1:27.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N° 2118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília 4 nov. 2005:Sec. 1:112.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1646, de 05 de agosto de 2014. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. [citado 24 ago. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2007a. 87 p. Série C.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 200b. [citado 25 jun 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 2007a.

Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital no- 13, de 28 de setembro de 2015 seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União, seção 3, 29. 2015.

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, editores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Artmed; 2006.

Brockbank A, McGill I. *Apredizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Ediciones Moratas; 2002.

Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFCT. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014 Mar;49:351-62.

Burgatti JCB. *A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em Enfermagem [tese de doutorado]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Campos FE, Haddad AE, Pierantoni CR, Brenelli SL, Cury GC, Morita MC, et al. O programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: Pierantoni CR, Viana ALD, editoras. *Educação e saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 2010. p.25-36.

Campos, GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

Capozzolo AA, Imbrizi JA, Liberman F, Mendes R. Formação descentrada na experiência. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p.124-50.

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

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman MDJ, Carvalho YM, editores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.p.137-70.

Casetto SJ, Kinker FS, Pap AD, Bastos LCS, Aguiar FBT. O trabalho docente na formação do comum. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p.187-212.

Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1065-76.

Cavalcanti YW, Hilan E, Lucena G, Wilney W, Padilha N. Qualificando uma estratégia formadora: a proposta dos estágios da graduação em Odontologia da UFPB. *Rev Inicia Cient Odontol – RevICO*. 2008 Jul/Dez; 6(1): [8p.].

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2005 Fev;9(16):161-77.

Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 69-92.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.

Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2009; 13(1): 531-42.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 2009.

Colina M, Medina J. Construir el conocimiento de enfermaría mediante la práctica reflexiva. *Rev Rol Enferm*. 1997; 232:23-30.

Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisitando a história. *Rev Bras Enferm*. 2007 Nov-Dez;60(6):706-10.

Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley D. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. *Eur J Dent Educ*. 2010;14(4):193–202. doi: 10.1111/j.1600-0579.2009.00609x.

Cruz KT, Merhy EE, Santos MFL, Gomes MPC. PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(Supl 1):721-30. doi:10.1590/1807-57622014.1001.

Cunha AJLA. O lugar da preceptoria no processo de trabalho e gestão institucional em saúde: parênteses, premissas e desafios. In: Brant V, editor. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF;2011. p.77-82.

Daher A, Costa LR, Machado GCM. Dental students' perceptions of community-based education: a retrospective study at a dental school in Brazil. J Dent Educ. 2012;76(9):1218-25.

Dalmolim BM, Lopes SMB, Vasconcellos MPC. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. Saúde Soc. 2002;11(2):19-34.

Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 157-84.

Esesjd. Ordem de Serviço ESESJDUÉ. no. 02/2014: Regulamento dos Ensinos Clínicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Évora;2014.

Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandez JCA, Campos M, Cazzuni DH, editores. Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco-SP. São Paulo: Hucitec Editora;2008. p. 59-95.

Feuerwerker LMM. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Brant V, editor. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF;2011. p. 29-36.

Feuerwerker LMM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. [tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública;2012.

Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec;2013. p. 35-58.

Fonsêca GS, Junqueira SR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Ressignificando a formação dos profissionais de saúde. Curitiba: Editora Appris. 2014a. 200p.

Fonsêca GS, Junqueira SR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. Ciênc Saúde Coletiva. 2014b;19(4):1151-62.

Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. Interface (Botucatu). 2014; 18(50): 571-83.

Fonsêca GS, Junqueira SR, Araujo ME, Botazzo C. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. Rev da ABENO. 2015;15(2):2-11.

Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Souza AB, Moraes MB, Braga CC, Filgueiras FMPB. Educação baseada na comunidade: experiência nos estágios supervisionados da saúde coletiva do curso de odontologia da Universidade Federal da Paraíba. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira. São Paulo: Funpec; 2014. p. 221-33.

Franco TB, Galavote HS. Em busca da clínica dos afetos. in: franco tb, ramos vc. semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

Freitas SFT. Uma história social da cárie dentária. Bauru: Edusc; 2001.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 47ª ed. São Paulo: Paz e Terra;2008.

Frison LMB, Simão AMV. Abordagem (auto)biográfica – narrativas de formação e de autorregulação da aprendizagem reveladas em portfólios reflexivos. Educação (Porto Alegre). 2011 Mai-Ago;34(2):198-206.

Frossard WTG, Codato LAB, Higasi MS, Oliveira MMBd, Sangiorgio JPM. Odontologia no PET-Saúde: pesquisa e integração ensino, serviço e comunidade. Rev da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):51-4.

Gadamer GH. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. São Paulo: Vozes editora, 1998. 731p.

Gardner JW. Liderança. Rio de Janeiro: Record; 1990.

Gonçalves ER. O atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino: a percepção docente sob o olhar da bioética. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2005.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998;316(7139):1230-2.

Greenhalgh T. Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada nas evidências. São Paulo: Artmed; 2008.

Guizardi FL, Stelet BP, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 153-77.

Gusmao RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar o *impacto* na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. Interface (Botucatu). 2015;19(1):695-707.

Habermans J. Dialética e hermenêutica. São Paulo: L&PM; 1987.

Haddad AE, Morita MC. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: Carvalho ACPC, Kriger L, editores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.105-17.

Haden NK, Hendricson WD, Kassebaun DK, Ranney RR, Weinstein G, Anderson EL, et al. Curriculum Change in Dental Education, 2003–09. Journal of Dental Education. 2010;74(5):539-57.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995. A observação participante. p. 390-94.

Hayacibara MF, Lolli LF, Terada RSS, Hidalgo MM, Bispo CGC, Terada HH, et al. Experiência de Clínica Ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 Supl. 2):178-83.

Hendricson WD, Cohen PA. Oral health care in the 21st Century: Implications for dental and medical education. Academic Medicine. 2001 Dec;76(12):1181-206.

Henz AO, Garcia ML, Costa SL, Maximino VS. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e acerca do específico. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec;2013. p.161-86

Hess R. Momento do diário e diário dos momentos. In: Souza EC, Abrahão MHMB, editores. Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si. Porto Alegre: EDIPUCRS;2006. p.89-103.

Houaiss, A. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.

Junqueira SR. Integração ensino-serviço: proposta de aplicação desta parceria para a educação superior [tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013.

Kassenbaum DK, Hendricson WD, Taft T, Haden NK. The dental curriculum at north american dental institutions in 2002-03: A survey of current structure, recent innovations, and planned changes. J Dental Educ. 2004;68(9):914-31.

Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec;2013. p.151-162.

Koch T, Harrington A. Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. J Adv Med Surg Nurs. 1998;28(4):882-90.

Kolb D. Experiential learning-experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall;1984.

Kovaleski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006 Jan-Mar;11(1):97-103.

Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J. *Manual of dental practice 2014: Edition 5*. Council of European Dentists; 2014.

Lazarin HC, Nakama L, Cordoni L. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1801-10.

Le Boterf G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2003.

Leme PAT, Pereira AC, Meneghim MC, MIALHE FL. Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2015;20(4):1255-65.

Lessard-Hébert M, Goyette G, Boutin G. *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. 3ª ed. Tradução Maria João Reis. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.

Lima DP, Saliba NA, Adas S, Moimaz S. A importância da integração universidade e serviços de saúde. *Rev Ciênc. Ext*. 2010;6(1):129-37.

Lima DC, Pereira AA, Drumm ES. Percepção dos acadêmicos de odontologia da UNIFAL/MG quanto a formação em Saúde da Família. *Rev Odontol Bras Central*. 2013;21(60):50-5.

Lourau R. *René Lourau na UERJ - 1993. Análise institucional e práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ; 1993.

Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UFRJ: ABRASCO;201. p. 229-250.

Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.

Madruga LMS, Ribeiro KS, Freitas CHSM, Perez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015;19 (Supl.1):805-16.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar;365(19):1099–104.

Marilyn JF editor. *Dental education at the crossroads: challenges and change*. Washington: National Academic Press;1995. [citado em: 08 out 2015] Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/4925/dental-education-at-the-crossroads-challenges-and-change>

Mascarenhas AK, Freilich SR, Henshaw MM, Jones JA, Mann ML, Frankl SN. Evaluating externship programs: impact of program length on clinical productivity. *J Dent Educ*. 2007;71(4):516-23.

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

Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMVS. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMVS, editoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 41-63.

Merhy EE. Ver a si o ato de cuidar. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec;2013. p.248-267.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010a.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec Editora;2010b.

Minayo MC. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: Minayo MC, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 83-107.

Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Moreira T, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(Supl 2):2133-44.

Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986..

Moíta L. A aplicação da Declaração de Bolonha: uma experiência. Sarmiento. 2009; [citado em 9 nov 2015]. (13): 35-41. Disponível em: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/7841/1/SAR_13_2009_art_2.pdf

Monteiro DM, Leher EM, Ribeiro VMB. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de internato médico. In: Brant V, editor. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011. p. 13-22.

Morita M, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Rev da ABENO. 2004;4(1):17-21.

Morita MC, Haddad AE. Interface da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de saúde da família: A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editores. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.p.268-76.

Morh A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: Brant V, editor. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011. p.53-66.

Mota LQ, Santos TA, Magalhães DBL. Humanização no Atendimento Odontológico: Acolhimento da Subjetividade dos Pacientes Atendidos por Alunos de Graduação nos Campos de Estágio. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; 16(4): 537-544.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública, 2006;40(N Esp):141-7.

Noro LRA, Torquato SM. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de curso de odontologia. *Trab Educ Saúde*. 2010;8(3):439-447.

Noronha JC, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, editores. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. [Citado em 14 abr 2015]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>.

Oliveira ML, Coelho TC. A percepção de acadêmicos de odontologia sobre o PET-Saúde UFMS/SESAU, Campo Grande/MS, 2009. *Rev da ABENO*. 2011 Jan-Jun;11(1):76-80.

Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saude Soc*. 2015 Abr;24(Suppl.1):92-101.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação da formação em odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2277-90.

Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UFRJ: ABRASCO;2011. p.13-35.

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2008.

Pires ALO. *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa;2002.

Pires FS. *Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal*. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013.

Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD. Profile and Competences for the European Dentist Document. Association for Dental Education in Europe, 2004.

Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD. Profile and competences for the European dentist. Eur J Dent Educ. 2005; 9:98–107.

Pompeu JGF, Carvalho ILM, Pereira JA, Neto RGC, Prado VLG, Silva CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Novafapi em Teresina (PI). Odontol Clín Cient. 2012;11(1):31-36.

Portugal. Despacho (extracto) n.º 13495/2008 – Estrutura curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Évora. Diário da República, 2.ª série — N.º 93 — 14 mai de 2008. [citado 10 abr 2015]. p. 21647- 21649. Disponível em: <http://www.estudar.uevora.pt/Oferta/licenciaturas/curso/%28codigo%29/181>

Portugal. Estatutos da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora. Diário da República, 2.ª série — N.º 18 — 27 jan 2010. [citado em 10 abr 2015]. p. 3992- 3997. Disponível em: <http://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/%28id%29/754/%28basenode%29/746>

Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. Braz Oral Res. 2009;23(Suppl):9-16.

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

Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde Debate. 2015 Jan-Mar;39(104):56-64.

Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(1):43-9.

Rodrigues AM, Freitas CHA, Guerreiro MGS, Jorge MSB. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. Rev Gaúcha Enferm. 2014 Jun;35(2):106-12.

Rua MS. De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico [Tese de doutorado]. Aveiro: Universidade de Aveiro;2009.

Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação académica em odontologia. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(2):523–31.

Santa-Rosa TTA, Vargas AMD, Ferreira EF. Rural internship and the formation of dental students at UFMG. Interface - Comunic Saúde Educ. 2007 Set-Dez; 11(23):451-66.

Santos KT, Ferreira LF, Batista RJ, Bitencourt CTF, Araújo RP, Carvalho RB. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação académica odontológica. Rev Odontol UNESP. 2013 Nov-Dec;42(6): 420-425.

Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ediciones Paidós; 1992.

Silva ALF, Ribeiro MA, Paiva GM, Freitas CASL, Albuquerque IMN. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. Interface (Botucatu). 2015;19(supl.1):975-84.

Souza ER, Deslandes SF, Minayo MCS, Santos NC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 133-56.

Souza-Neto ACS, Almeida AL, Santos-Júnior PR, Novaes IM. Vivência da odontologia no PET-Saúde da Família da UFAL. Aprendizado de ações coletivas baseado no ensino-pesquisa-extensão académicos. Rev da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):16-8.

Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Lisboa: Lusociência; 2002.

Stuhlmiller CM, Thorsen R. Narrative picturing: A new estratige for qualitative data collection. Qual Health Res. 1997;7(1):140-49.

Toassi RFC, Davoglio RS, Lemos VMA. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. Educ Rev. 2012; 28(4): 223-42.

Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina Dentária. [citado em 03 mar 2015]. Disponível em: http://www.fmd.ul.pt/portal/page?_pageid=408,1100443&_dad=portal&_schema=PORTAL.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Projeto Zona Oeste. Participação da Faculdade de Odontologia da USP na Gestão da Coordenação de Saúde da Região Centro-Oeste da Cidade de São Paulo. São Paulo: Departamento de Odontologia Social;2010.

Vieira JA. O uso do diário em pesquisa qualitativa. Cadernos de linguagem e sociedade. 2001/2002;5:93-104.

Warmling CM. Da autonomia da boca: um estudo da constituição da odontologia no Brasil. [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2009.

Warmling CM, Rossoni E, Hugo FN, Toassi RFC, Lemos VA, Slavutzki SMB et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Rev da ABENO. 2011 Jul-Dez;11(2):63-70.

Watt RG, Daly B, Fuller S. Strengthening oral health promotion in the commissioning process. Manchester: Eden Bianchi Press;1996.

Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. British Dental Journal. 1999Apr;187(1):6-12.

Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):221-31.

Zilbovícius C. Implantação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia;2007.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (Grupo P)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL**

Projeto de Pesquisa

**Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado na
Atenção Básica para a graduação em odontologia**

Instrumento para coleta de dados (GRUPO P)

Disparador:

“Fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança, que se apodera de nós, nos doma e nos transforma. Quando falamos em fazer uma experiência, isso não significa, precisamente, que nós a façamos acontecer. Fazer, significa que sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente até aceitar, à medida que nos submetemos à algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser, assim, transformados por tais experiências de um dia para o outro ou no transcurso do tempo” (Heidegger, 1987).

Tópicos específicos:

- Percepção sobre a inserção de estudantes nos serviços de saúde;
- Como as ações são planejadas?
- Como é a articulação com a IES?
- Principais benefícios para os envolvidos e para o serviço;
- Principais dificuldades para os envolvidos e para o serviço;
- Sugestões.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (Grupo A)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL**

Projeto de Pesquisa

**Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado na
Atenção Básica para a graduação em odontologia**

Instrumento para coleta de dados (GRUPO A)

1. Fale sobre sua experiência/participação em atividades extramurais durante seu curso de graduação (Ex: levantamento epidemiológico, visitas à espaços sociais/cenários de práticas de saúde, ações coletivas, atividades de extensão, desenvolvimento de pesquisa, PET-Saúde, estágio, outros).
2. Especificamente no que se refere às visitas aos serviços de saúde e aos territórios vinculadas à eles, desenvolvidas pelas disciplinas, quais as contribuições geradas para a formação?
3. Quais os principais limites/dificuldades encontradas para o desenvolvimento dessas atividades?
4. Durante o desenvolvimento dessas atividades, você teve contato com profissionais e/ou estudantes de outros cursos de graduação? Em caso afirmativo, como foi essa experiência?

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados (Grupo G)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL**

Projeto de Pesquisa

**Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado na
Atenção Básica para a graduação em odontologia**

Instrumento para coleta de dados (GRUPO G)

1. Por favor, descreva o fluxo organizacional da integração ensino-serviço mediada pelo PRO.
2. Quais os atores envolvidos, nessa articulação, no âmbito da gestão?
3. Qual é o papel desempenhado por cada um deles?
4. Como esses sujeitos se articulam com as IES?
5. Como as ações são planejadas?
6. Quais as relações estabelecidas entre a gestão e as IES?

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados (Período do PDSE)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA – ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PROGRAMA DE DOUTORADO SANDUÍCHE NO EXTERIOR (PDSE)

Projeto de Pesquisa

**Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado na
Atenção Básica para a graduação em odontologia**

Instrumento para coleta de dados (Período do PDSE)

1. Como você considera que é/foi a sua formação aqui na Escola?
2. Qual o papel dos estágios (ensino clínico) pra essa formação?
3. Que tipo de competências e habilidades foi possível construir com os estágios? Quais são as atividades desenvolvidas?
4. Você se sente segura pra desenvolver o trabalho aqui? E pra se inserir no mercado de trabalho?
5. Como é a relação com os utentes?
6. Como é a relação com o supervisor de estágio?
7. Como é a relação com o professor?
8. Você acha que, de alguma forma, você contribui com o serviço?
9. Que tipo de serviço mais gostou? Por que?
10. Quais os principais limites/dificuldades encontradas no desenvolvimento do estágio?
11. Quais as sugestões pra que o estágio fique ideal?
12. Você tem/teve contato com profissionais e/ou estudantes de outros cursos de graduação? Em caso afirmativo, como foi essa experiência?

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (grupo A)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GRUPOS A)

Esta pesquisa intitulada **“Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** tem como equipe executora as Profas. Dras. Maria Ercília Araujo e Simone Rennó Junqueira e a doutoranda Graciela Soares Fonsêca.

Ela busca contribuir para a consolidação de um modelo de estágio curricular supervisionado para alunos de graduação em odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

Você foi convidado para participar devido ao seu envolvimento e conhecimento sobre as atividades extramurais, principalmente àquelas voltadas a promover a articulação do ensino com o serviço.

Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição. Além disso, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Se concordar, gostaríamos que participasse de uma “conversa” com outros alunos de graduação em odontologia da USP. A discussão será gravada, transcrita e analisada pela (as) pesquisadora (as).

Para obter maiores informações sobre o estudo, você poderá consultar as pesquisadoras no departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia USP, localizado na Avenida Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária, ou através do telefone (11) 3091 7891.

Qualquer dúvida com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP, localizado no mesmo endereço.

Todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que você possa expor suas ideias sem receio.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive para os demais participantes do estudo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **“Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia desse termo.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Maria Ercília Araújo
Coordenadora da pesquisa

Simone Rennó Junqueira
Pesquisadora

Graciela Soares Fonsêca
Pesquisadora

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (grupos P e G)

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GRUPO P e G)

Esta pesquisa intitulada **“Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** tem como equipe executora as Profas. Dras. Maria Ercília Araújo e Simone Rennó Junqueira e a doutoranda Graciela Soares Fonsêca.

Ela busca contribuir para a consolidação de um modelo de estágio curricular supervisionado para alunos de graduação em odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

Você foi convidado para participar devido ao seu envolvimento e conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento dos estágios curriculares supervisionados.

Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição. Além disso, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Se concordar, gostaríamos de entrevistá-lo, questionando-o a respeito da inserção de alunos de graduação nas Unidades Básicas de Saúde. A “conversa” será gravada, transcrita e analisada pela (as) pesquisadora (as).

Para obter maiores informações sobre o estudo, você poderá consultar as pesquisadoras no departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia USP, localizado na Avenida Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária, ou através do telefone (11) 3091 7891.

Qualquer dúvida com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP, localizado no mesmo endereço.

Todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que você possa expor suas ideias sem receio.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive para os demais participantes do estudo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **“Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia desse termo.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Maria Ercília Araújo
Coordenadora da pesquisa

Simone Rennó Junqueira
Pesquisadora

Graciela Soares Fonsêca
Pesquisadora

APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido (Período do PDSE)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA – ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE DOUTORADO SANDUÍCHE NO EXTERIOR (PDSE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Esta pesquisa intitulada **“Formação pela experiência: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** tem como equipe executora a Profa Dra. Felismina Parreira Mendes e a aluna de doutorado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Brasil, Graciela Soares Fonsêca. Ela busca contribuir para a consolidação de um modelo de estágio curricular supervisionado para alunos de graduação em odontologia da Universidade de São Paulo.

Você foi convidado(a) para participar devido ao seu envolvimento e conhecimento relacionado ao objeto de estudo.

Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição. Além disso, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Se concordar, gostaríamos que permitisse ser observado em suas práticas e, caso solicitado, conceda uma entrevista para a pesquisadora. A discussão será gravada, transcrita e analisada pela pesquisadora.

Para obter maiores informações sobre o estudo, você poderá consultar as pesquisadoras na Escola de Enfermagem da Universidade de Évora.

Todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que você possa desenvolver seu trabalho e expor suas ideias sem receio. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **“Formação pela experiência: modelo de estágio curricular supervisionado para a graduação em odontologia”** ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia desse termo.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Profa Dra. Felismina Parreira Mendes

Graciela Sores Fonsêca

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação pelo trabalho: modelo de estágio curricular supervisionado na Atenção Básica para a graduação em odontologia

Pesquisador: Graciela Soares Fonsêca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22057713.7.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 428.731

Data da Relatoria: 18/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa dividido em três partes (A, B e C) que insere-se no âmbito da formação em odontologia, destina-se a elaborar um modelo de ECS para alunos de graduação em odontologia da FOU SP em serviços públicos de saúde na Atenção Básica.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar um modelo de estágio curricular supervisionado para alunos de graduação em odontologia da FOU SP em serviços públicos de saúde na Atenção Básica, com isto pretende-se compreender a articulação ensino- território-comunidade do ponto de vista do aluno da FOU SP, da gestão e dos trabalhadores dos serviços APS, bem como compreender a intersecção da saúde bucal com as demais áreas; revelar as possibilidades de atuação clínica dos estudantes de graduação em odontologia no âmbito da APS e construir um modelo lógico e uma matriz avaliativa para o modelo de ECS da FOU SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O trabalho apresenta benefício no que se refere ao avanço da formação interdisciplinar, o que trará benefícios futuros como a formação de profissionais em harmonia com as exigências do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um trabalho efetivo que gere

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 428.731

melhorias para a população. Não apresenta riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) Resumo/Introdução - contextualizou o assunto
- 2) Unitermos de acordo com a temática
- 3) Os objetivos estão claros e a metodologia bem detalhada atendendo aos propósitos dos objetivos
- 4) Revisão da Literatura - foram citados trabalhos de diversos autores referente ao tema
- 5) Público alvo de acordo com a proposta do projeto
- 6) Critérios de inclusão e exclusão estão de acordo com a proposta do projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Relatório de pesquisa - de acordo
Projeto de pesquisa - bem elaborado
Folha de Rosto - preenchimento correto atendendo os critérios do CEP
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - de acordo com as normas do CEP

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se pauta em um processo de inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 428.731

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2013

Assinador por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora

Documento

1	5	0	0	6
---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Luís Sebastião e Professor Doutor Carlos Silva deliberaram dar, na reunião do dia 10 de Abril de 2015, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "Formação pela experiência: modelo de estágio curricular supervisionado na Atenção Primária para a graduação em odontologia" dos investigadores Felismina Parreira Mendes e Graciela Soares Fonsêca.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

ANEXO C – autorização para realização do estudo no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA "GERALDO DE PAULA SOUZA"

Av. Dr. Arnaldo, 925 – CEP: 01246-904 – Cerqueira César – São Paulo

Telefone/Fax: 3061-7721 /e-mail: csgps@usp.br

AUTORIZAÇÃO

Estou ciente e de acordo com o desenvolvimento, nesta Instituição, do Projeto de Pesquisa "Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde", sob a coordenação do Prof. Dr. Carlos Botazzo (CNPq 403153/2012-3), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

São Paulo, 10 de setembro de 2013

Profa. Dra. Patrícia Helen de Carvalho Rondó

Diretora

APÊNDICE G - Ficha de avaliação para o Estágio Curricular Supervisionado em odontologia

Ficha de avaliação para o Estágio Curricular Supervisionado em odontologia

Aluno: _____ Semestre/ano: _____

Professor: _____

Preceptor: _____

Itens	Critérios	Notas			
		Total	Prec.	Prof.	Média
Atividades no campo de prática	Postura	1,0			
	Assiduidade	1,0			
	Responsabilidade	2,0			
	Pró-atividade	2,0			
	Relacionamento interpessoal	1,0			
	Planejamento e execução das ações	2,0			
	Comunicação	1,0			
Relatório final	Organização	1,0			
	Sequência lógica	1,0			
	Apresentação das atividades	2,0			
	Fundação teórica	2,0			
	Análise reflexiva do percurso	2,0			
	Análise crítica do desempenho	2,0			
Média Final		20,0/2			