



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Camilla Ferreira do Nascimento

**O estágio curricular supervisionado e o ensino-aprendizagem de
competências profissionais para a atenção odontológica especializada em
redes de saúde**

Camilla Ferreira do Nascimento

**O estágio curricular supervisionado e o ensino-aprendizagem de
competências profissionais para a atenção odontológica especializada em
redes de saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Cristine Maria
Warmling

Porto Alegre, 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Nascimento, Camilla Ferreira do

O estágio curricular supervisionado e o ensino-aprendizagem de competências profissionais para a atenção odontológica especializada em redes de saúde / Camilla Ferreira do Nascimento. -- 2017.

76 f.

Orientador: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. saúde bucal. 2. educação baseada em competências. 3. integração ensino-serviço. I. Warmling, Cristine Maria, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta importante etapa da minha vida acadêmica e profissional, não posso deixar de agradecer as pessoas que a tornaram possível. Deixo aqui todo meu agradecimento e carinho pela contribuição na conclusão deste trabalho.

Aos meus amados pais, Jairo e Neuza. À minha mãe, que mesmo de longe, sempre esteve ao meu lado me dando força para levantar nos momentos de fraqueza e também por sempre me apoiar na realização dos meus sonhos. A meu pai, por ser inspiração e exemplo e me fazer acreditar que o investimento científico e intelectual nos tornam pessoas mais sábias e reflexivas.

Aos meus irmãos, Felipe e Rodrigo, grandes parceiros de vida e caminhada. Obrigada por serem irmãos que me inspiram na vida profissional e pessoal.

Às minhas lindas avós, Edite e Anna Maria por saberem dar os melhores conselhos na hora certa e afagar-me nos momentos difíceis.

À minha orientadora, e agora amiga, Cristine Maria Warmling que tem sido mais do que uma orientadora, mas alguém que me faz acreditar no meu potencial. Obrigada por compartilhar teus conhecimentos, me apoiar e me inspirar.

Aos colegas do Posto de Saúde Estrada dos Alpes, pela parceria de sempre e por tornarem meu dia-a-dia mais leve e feliz.

Aos queridos residentes e estagiários, obrigada pela troca de conhecimento e parceria e por me oportunizarem a experiência de tutorar pessoas tão generosas e carinhosas. Especialmente à Fernando Bittencourt pela amizade sincera e ajuda na revisão deste trabalho.

Ao meu amigo dos tempos de LABIM, Maurício Moura, pela leitura prévia e ajuda essenciais para a finalização do meu trabalho. Muito obrigada!

Aos colegas do mestrado profissional Ensino na Saúde, pela troca de experiências profissionais e de vida, sempre com muita descontração e alegria. Espero que essas amizades permaneçam para além do curso.

Aos meus preceptores de Residência do GHC e amigos, Egídio De Marco e Roberta Garcia, pela inspiração profissional.

À colaboração à estatística Vânia, agradeço por ter contribuído com as análises estatísticas deste trabalho. Obrigada!

A todos os amigos e amigas pelo apoio e compreensão da minha ausência nos últimos meses.

Ao PPG Ensino na Saúde, seus professores e equipe administrativa, em especial à Walcy. Obrigada por todo conhecimento transmitido e todo suporte necessário para a realização do mestrado acadêmico.

À banca examinadora, por aceitar o convite de avaliação do trabalho e pelas importantes contribuições feitas.

Aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.

Paulo Freire (1998, p.77)

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar os processos de ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de competências para o trabalho em serviços especializados odontológicos do Estágio Curricular Supervisionado II da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Trata-se de um estudo de caso do tipo único e holístico que integrou análises quantitativas e qualitativas. Participaram da pesquisa 246 estagiários de um total de 329 que realizaram o estágio entre os anos de 2013 a 2016. Os dados do estudo foram produzidos através de um questionário respondido de forma online e anônima. Foram disponibilizadas 26 perguntas fechadas (respostas numa escala do tipo likert em 6 escores) articuladas a possibilidades de respostas abertas. Compõem o questionário cinco blocos temáticos e organizados em duas grandes categorias de análise: *Avaliação estrutural e pedagógica da experiência do estágio* (identificação sóciodemográfica, campos de estágio, atividade de educação a distância e dinâmicas pedagógicas) e do *Desenvolvimento de competências profissionais* (desenvolvimento de ingredientes do agir em competência - protocolos, inserção na realidade, motivação para o trabalho, valores técnicos e trabalho em equipe). As respostas quantitativas foram exportadas para o Programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows, versão 16.0 e submetidos à análise descritiva. Para a análise das variáveis quantitativas na comparação entre as categorias nos diferentes semestres foi utilizado o teste qui-quadrado e quando necessário o teste Z para comparação de proporções com ajuste de Bonferroni. Para a análise de comparação entre as médias foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA). Os dados qualitativos foram analisados buscando encontrar não apenas o conteúdo textual, mas seu sentido histórico e social. Os resultados demonstram que a experiência de estágio analisada está proporcionando aprendizagens significativas sobre o funcionamento da rede de atenção especializada em saúde bucal e o agir em competência de futuros cirurgiões-dentistas. Oportuniza o debate de valores e normas e o exercício de readaptações dos protocolos. Nas dinâmicas do estágio ocorrem oportunidades de estabelecimento de relações entre teoria e prática no cotidiano profissional dos serviços. A motivação para o trabalho foi um dos itens bem avaliados do agir em competência, enquanto que o trabalho em equipe apresentou respostas nos escores mais baixos da escala likert. Os estágios no campo de gestão e as atividades de educação à distância tiveram maior número de opiniões insatisfatórias devido ao seu caráter pedagógico inovador.

Palavras-chave: Saúde bucal. Educação baseada em competências. Integração ensino-serviço.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the teaching-learning processes and the development of competencies for specialized dental services work of the Supervised Curricular Stage II of the School of Dentistry of UFRGS. It is an unique and holistic case study that integrated quantitative and qualitative analyzes. Two-hundred and forty six interns participated in the survey from a total of 329 who completed the internship between 2013 and 2016. The data used in the analyzes was captured through an anonymous online questionnaire. Twenty-six closed-ended questions (responses on a 6-point likert-type scale) were made available with the possibility of also being filled as open-ended answers. The questionnaire consists of five thematic blocks and organized into two broad categories of analysis: *Structural and pedagogical evaluation of the internship experience* (sociodemographic identification, area of study, distance learning activity and pedagogical dynamics) and the *development of professional skills of acting in competence*(protocols, hands-on experience, work-related motivation, technical values and teamwork). The quantitative responses were exported to the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows, version 16.0 and subjected to descriptive analysis. For the analysis of the quantitative variables in the comparison between the categories in the different semesters the chi-square test was used and, when needed, the Z test to compare proportions with Bonferroni adjustment was used. The analysis of variance (ANOVA) was used to compare means. The qualitative data were analyzed to evaluate not only the textual content, but its historical and social sense. The results demonstrate that internship experience is providing significant learning about the functioning of the network of specialized attention in oral health and of acting in competence of future surgeons-dentists. It encourages the debate of values, norms and readaptations of the protocols. In the amplitude of the questions about the dynamics of the stage can be affirmed that it occurs mainly by the opportunities of establishing relationships between theory and practice in the work routine. Work-related motivation was one of the most well rated items of acting in competence, while teamwork presented responses at the lowest scores on the likert scale. Internships in the field of management and distance education activities had the highest number of unsatisfactory opinions due to their innovative pedagogical character.

Key words: Oral health. Competency-based education. Teaching-service integration.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 12 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 12 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 3.1 Redes de atenção e de ensino na saúde..... | 13 |
| 3.2 A organização da atenção odontológica especializada nas redes de saúde bucal do SUS..... | 17 |
| 3.3 Da qualificação às competências profissionais: o desenvolvimento do agir profissional..... | 19 |
| 3.4 O desenvolvimento do agir profissional e o papel do estágio curricular supervisionado na formação em odontologia..... | 23 |
| 4 RESULTADOS | 27 |
| 4.1 Produto Bibliográfico: artigo científico..... | 27 |
| 4.2 Produto Técnico Material Didático Instrucional Vídeo Documentário de Média-Metragem..... | 50 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 56 |
| REFERÊNCIAS | 57 |
| APÊNDICE A – Questionário..... | 63 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 67 |
| APÊNDICE C – Tabelas do artigo..... | 69 |
| APÊNDICE D – Ficha técnica documentário..... | 71 |
| APÊNDICE E – Roteiro entrevistas documentário..... | 72 |
| ANEXO A – Parecer de Aprovação do CEP..... | 74 |

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se no debate nacional nas instituições de ensino proposto pelas políticas públicas atuais que promovem a interligação de três temas importantes para o país: a saúde, a formação e o trabalho. Pretende-se contribuir com este debate através da descrição e análise da experiência do Estágio Curricular Supervisionado em serviços de atenção especializada e gestão do Sistema Único de Saúde, desenvolvida na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo parte de uma questão: Quais as transformações necessárias aos modelos de formação e de práticas odontológicas brasileiras?

No Brasil, os sistemas e serviços de saúde foram construídos para atender prioritariamente às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional direcionada para as urgências e emergências. No entanto, transformações demográficas e epidemiológicas têm mudado o objetivo dos sistemas e serviços de saúde que passaram a ser constituídos para oferecer respostas as condições crônicas (MENDES, 2010). O contexto aumentou a importância de implementar modelos de planejamento em saúde que visem a integração dos sistemas de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MAGALHÃES JR., 2014).

As várias lógicas de gestão do cuidado, a partir das novas configurações em rede, exigem aos múltiplos atores que compõe o sistema uma nova forma de trabalho. Precisam assumir um conjunto de responsabilidades afim de garantir a integralidade do cuidado (CECÍLIO, 2009; MAGALHÃES JR., 2014). Os profissionais, na configuração do trabalho de saúde em rede, estão inseridos em equipes multiprofissionais e devem articular saberes interdisciplinares, além de realizarem ações intersetoriais para oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada. O trabalho em equipe é um dos fundamentos mais importantes e expressa também a ideia de múltiplas conexões nas relações dos trabalhadores a partir do ambiente de produção (FRANCO, 2006; WEBER, 2008; LIMA, 2005).

Essas alterações no processo de trabalho propiciam ajustes nas dinâmicas e processos de formação e de educação dos profissionais que compõem o sistema de saúde. O ensino na saúde vê-se desafiado a produzir modelos de ensino-aprendizagem adequados aos formatos de planejamento em rede, verifica-se todo um processo de revisão dos modelos de formação de profissionais de saúde, de modificações e incentivo as políticas de educação permanente e de ensino na saúde. Ações recentes de reorientação da formação profissional vem sendo

delineadas para experiências no Sistema Único de Saúde (SUS), relacionando-se mais efetivamente a política nacional de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

No campo da saúde bucal, o processo de ampliação e qualificação da saúde bucal no país impulsionado pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) gerou fortes mudanças no modelo assistencial odontológico. Antes restrito à atenção de escolares e voltado para o sistema privado de alto custo, hoje deve direcionar-se para um sistema de oferta de serviços universal e equitativo, pautado nos princípios e diretrizes do SUS (FIGUEIREDO; GOES, 2009). A ampliação do acesso aos serviços públicos de odontologia ocorreu principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (PUCCA, 2009).

O CEO se configura como uma das estratégias inovadoras de investimento da PNSB na Rede de Atenção em Saúde Bucal para a ampliação do acesso a atenção odontológica no nível secundário de densidade tecnológica. Um fator relevante foi a necessidade da construção de protocolos de referência bem definidos para uma melhor utilização dos serviços especializados reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos no CEO, além de qualificar o preenchimento das referências e contra referências (CHAVES et al., 2011).

A necessidade de organização de processos de trabalho odontológico em sistemas desenhados para funcionar em redes de saúde bucal é um dos fatores apontados para a necessidade de modificações nos currículos odontológicos. No Brasil, em 2002, foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação de odontologia com o intuito de readequar a formação dos profissionais. Pode-se afirmar que as DCN para os cursos de odontologia absorvem novas concepções sociais de competência para o trabalho. Preveem e propõem um certo deslocamento do eixo de formação voltado apenas para a assistência individual, em direção a um processo de formação que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. O intuito é capacitar os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população, estimulando uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2002).

A importância da aproximação com a comunidade, para além das fronteiras físicas da instituição formadora, é apontada pela literatura como extremamente produtiva para o ensino-aprendizagem (WERNECK et al., 2010; ZILBOVICIUS, 2011; PISKOROWSKI et al., 2011). Os estágios curriculares representam uma ferramenta de formação e de integração do estudante com a realidade social. As experiências de integração ensino-serviço tem potencial

para desenvolver o “agir em competência” dos estagiários com o objetivo de superar as dificuldades de articular as diversas dimensões presentes no processo de trabalho. Sendo assim, é relevante saber como se estabelecem as relações entre o que é prescrito pelo mundo acadêmico e científico e a realidade encontrada no processo de trabalho na saúde bucal. De que modo estas articulações estão sendo tecidas e vivenciadas?

Frente ao contexto apresentado insere-se o estudo que possui como objetivo principal analisar as percepções de estagiários de uma tradicional instituição de ensino da área da odontologia, a Faculdade de Odontologia da UFRGS. Pretende-se avaliar e compreender os processos de ensino-aprendizagem vivenciados no estágio curricular supervisionado e o desenvolvimento de competências para o trabalho na atenção especializada odontológica da rede de saúde bucal do SUS. Busca-se saber como esses processos contribuem para a formação do cirurgião-dentista.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de estagiários da Faculdade de Odontologia da UFRGS sobre os processos de ensino-aprendizagem vivenciados no estágio curricular supervisionado e o desenvolvimento de competências para o trabalho na atenção especializada odontológica da rede de saúde bucal do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar capacidades organizacionais, estruturais e pedagógicas dos cenários de práticas do estágio curricular supervisionado na atenção especializada odontológica de redes de saúde bucal do SUS.

Analisar práticas pedagógicas utilizadas no percurso do estágio curricular supervisionado na atenção especializada odontológica de redes de saúde bucal do SUS.

Compreender sobre as relações entre os processos de ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de competências em cenários de prática de estágio curricular supervisionado na atenção especializada odontológica de redes de saúde bucal do SUS.

Avaliar dificuldades e potencialidades nos processos de integração ensino-serviço vivenciados no estágio curricular supervisionado na atenção especializada odontológica de redes de saúde bucal do SUS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Redes de atenção e de ensino na saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 25 anos, representou um processo de desenvolvimento e qualificação da atenção à saúde pública no Brasil (PAIM et al., 2011). Entretanto, a persistente fragmentação das ações e dos serviços de saúde é um problema relevante que impede que o sistema cumpra com o princípio constitucional da integralidade. Um contexto que aumenta a importância de implementar modelos de planejamento em saúde que visem a integração dos sistemas de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MAGALHÃES JR., 2014).

As RAS são compostas por um conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções, graus de incorporação tecnológica e fluxos que se estabelecem entre eles (BRASIL, 2011). Tais fluxos são definidos por protocolos, controlados nas centrais de regulação de vagas e de marcação de consulta. A perspectiva é de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da gestão de complexas redes de cuidado institucionais, operadas pelos processos formais de referência e contra-referência, os quais propiciem a circulação adequada e otimizada das pessoas nos serviços de saúde com densidades tecnológicas diferentes, mas complementares entre si (CECÍLIO, 2009).

Na década de 1990, não só o Brasil, mas outros países, dentre eles o Reino Unido, já enfatizavam a importância de políticas de organização de redes regionalizadas de saúde com o objetivo de pensar o planejamento em saúde vislumbrando a materialização das conexões entre ações e serviços de saúde (CONIL; FAUSTO, 2012). Nos Estados Unidos, também neste período, foram implantados sistemas integrados de saúde que se organizavam com o objetivo de prover de forma transparente a coordenação dos serviços de saúde para uma população definida, com responsabilidade por cumprir resultados sanitários de modo a melhorar o nível de saúde da população (SHORTELL et al.¹, 1996 apud MENDES, 2011).

Alguns países da Europa e o Canadá enfrentaram problemas na fragmentação dos serviços de saúde e como forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade da assistência desenvolveram experiências de integração horizontal e vertical entre médicos de família e centros de enfermagem (LEAT; PINK; NAYLOR, 1996). A integração da atenção à

¹SHORTELL, S.M. et al. - Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

saúde se tornou uma prioridade para vários países especialmente para resolver os problemas das doenças crônicas. (GIRARD, 1999; BENGUA², 2008 apud MENDES, 2011).

No Brasil, os sistemas e serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender prioritariamente às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, destinada a funcionar sob pressão e com o objetivo de curar os doentes. No entanto, transformações demográficas e epidemiológicas mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde que passaram a serem constituídos, predominantemente, pelas condições crônicas, impondo um processo de trabalho com características distintas daquele que respondia aos agravos agudos (MENDES, 2010).

O desafio de um sistema modelado em rede está em superar a ideia da pirâmide como opção esquemática tradicionalmente usada para explicar a organização dos sistemas de saúde (WEBER, 2008). A compreensão sobre como ocorre o fluxo da produção do cuidado, considerando-se a complexidade da sociedade e das condições e agravos em saúde da atualidade tem colocado em cheque o modelo de saúde que possui a pirâmide como base explicativa. A figura da rede, por outro lado, enfatiza o modo como as relações entre os serviços se estabelecem, ou seja, um modelo pelo qual as conexões entre os pontos sejam mais horizontalizadas e não excessivamente verticalizadas e hierarquizadas como sugere o modelo em pirâmide (CECÍLIO, 1997).

O modelo de conexões rígidas e burocráticas não mais funciona para sistemas de alta complexidade como são os que se apresentam na sociedade atual. A burocracia é considerada estática, hierárquica e segmentada, tornando-se incapaz de preencher as exigências de hoje. O princípio da rede é em si o princípio da conexão flexível e mais livre de partes do sistema que são independentes umas das outras, mas integram funções e participam do processo em conjunto. No dispositivo rede a diversidade torna-se recurso utilizável, a consequência disso, é que as organizações se transformam em um processo em que há retroalimentação e melhoria permanente (WEBER, 2008).

As relações horizontalizadas entre os serviços diversos passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e como canais permanentes de comunicação. A atenção primária deve ser a responsável pela comunicação e articulação do cuidado contínuo com potencial de estabelecimento de vínculo e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. No entanto, reforça-se a necessidade de incorporação e articulação aos demais serviços componentes da rede de atenção à saúde, como os serviços de atenção secundária e terciária,

²BENGUA, R. – Curar y cuidar. In: BENGUA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier Masson, 2008.

já que estes são essenciais para promover uma atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). As várias lógicas de gestão do cuidado, a partir das novas configurações em rede, exigem que os múltiplos atores que compõe o sistema assumam em conjunto as responsabilidades pelo cuidado, interpenetrando as várias dimensões do cuidado, afim de garantir a integralidade (CECÍLIO, 2009; MAGALHÃES JR., 2014).

O conceito de integralidade inclui a noção de continuidade e coordenação do cuidado, gestão de caso, comunicação fluida entre os prestadores de serviços, eliminação de duplicação de procedimentos, abordagem integral dos indivíduos e das famílias e atenção nos três níveis de complexidade - atenção básica, média e alta complexidade (CONIL; FAUSTO, 2012). Deve existir uma interdependência dos atores e organizações envolvidas, pois nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos, interesses ou competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (SILVA, 2011).

O modelo proposto pela política pública brasileira descreve que *a governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede* (BRASIL, 2011, p. 13). Trata-se de uma construção inovadora no âmbito do SUS e profundamente coerente com a condição de singularidade do sistema de saúde brasileiro. É importante desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas em âmbito local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Novos formatos de gestão, planejamento e organização dos serviços de saúde em rede produzem modificações nas formas de trabalho e de comunicação entre os níveis de atenção. Os profissionais, na configuração do trabalho de saúde em rede, estão inseridos em equipes multiprofissionais, devem articular saberes interdisciplinares e realizar ações intersetoriais para oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada. O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes e expressa também a ideia de múltiplas conexões nas relações dos trabalhadores a partir do ambiente de produção (FRANCO, 2006; WEBER, 2008; LIMA, 2005).

Mais do que o possuir a informação é importante saber onde obtê-la. O saber e o saber-fazer de um profissional não se situam somente nos seus próprios recursos, mas o trabalhador deve aprender a mobilizar na hora certa e da maneira adequada o saber-fazer nas suas próprias redes profissionais e pessoais (SANTOS, 2011). A qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento exige a democratização dos espaços de trabalho, o

desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar dos atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados e o desenvolvimento do trabalho em equipe. (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

As alterações do trabalho em saúde verificadas nos sistemas que atuam em rede propiciam ajustes nas dinâmicas e processos de formação e de educação dos profissionais que compõem os sistemas. O ensino na saúde vê-se desafiado a produzir modelos de ensino-aprendizagem adequados aos formatos de planejamento em rede, verifica-se todo um processo de revisão dos modelos de formação de profissionais de saúde, de modificações e incentivo as políticas de educação permanente e de ensino na saúde. Mas, para alcançar os desafios propostos de formar trabalhadores para atuar em redes vislumbra-se que o ensino deverá conformar-se ele próprio em rede.

Um importante pressuposto para desenvolver competências e habilidades para as configurações que se impõem aos sistemas de saúde organizados em redes é a diminuição do distanciamento entre os espaços de ensino e de serviço ou de trabalho. (DELUIZ, 2001; FEUERWERKER, 2002). Não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando a possibilidade de problematização sobre a realidade da produção de cuidados, a necessidade de transformações do modelo assistencial e tendo como objetivo central as necessidades dos usuários (ALBUQUERQUE, 2008). Neste sentido, vê-se ações recentes de reorientação da formação profissional sendo delineadas para experiências no SUS, em instâncias locorregionais, relacionando-se mais efetivamente ao processo de regionalização e descentralização da política nacional de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Diante deste cenário, nos últimos tempos, no Brasil, vem sendo publicadas e operacionalizadas diversas políticas, portarias e diretrizes nacionais buscando a aproximação do campo da saúde/trabalho ao campo da educação. Dentre elas podem se destacar alguns programas que foram estruturados e fortemente financiados pelo governo federal, para promover mudanças institucionais, tais como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS (BRASIL, 2005; 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). O objetivo é incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde doença. Tendo como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a rede SUS, desde o início de sua formação. O objetivo implícito a essas iniciativas era construir uma rede de saúde financeiramente sustentável e verdadeiramente eficaz.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é outro exemplo de movimento técnico-político-pedagógico construído pelo setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e serviços e entre docência e a atenção à saúde, na medida em que agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004). Considera problemas, saberes e experiências do cotidiano do trabalho na saúde (CECCIM, 2005; ALBUQUERQUE, 2008; MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). A política nacional de educação permanente e gestão do trabalho ocupa posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde e tem sido definida com o objetivo de implementar projetos de mudança no ensino e no trabalho em consonância com as necessidades do SUS.

Nesse sentido, questiona-se de que forma os serviços nas redes de saúde, espaços privilegiados de formação, contribuem para promover competências e um agir profissional comunicativo e que privilegie o trabalho em equipe? De que modo serviços e ensino engajam-se mutuamente para minimizarem suas inerentes fragmentações, ou para se tornarem capazes de juntos produzir competências e agir profissional de estudantes e trabalhadores frente as situações de saúde em suas cotidianas imprevisibilidades?

3.2 A organização da atenção odontológica especializada nas redes de saúde bucal do SUS

No ano de 2003, dados epidemiológicos sobre as condições da saúde bucal da população brasileira apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para as desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços odontológicos e para a existência de grande número de idosos edêntulos. Também detectaram um baixo número de procedimentos odontológicos especializados, evidenciando grande desproporção entre oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados. Esta realidade evidenciou a necessidade de mudanças na saúde bucal do país, além da organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica (BRASIL, 2004b).

Esse panorama das condições de saúde bucal da população brasileira impulsionou os governos brasileiros, nos últimos dez anos a investirem em políticas públicas para o enfrentamento dos problemas apresentados. A opção política de ampliar investimentos nas Redes de Atenção de Saúde Bucal (RASB) levou o país a construir o que se considera na atualidade uma das maiores políticas públicas mundiais de atenção odontológica: a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (PUCCA, 2015). Suas diretrizes reorganizaram e qualificaram a saúde bucal nos diferentes níveis de atenção, em um trabalho

em rede com ações intersetoriais e priorizando o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (BRASIL, 2004a; PUCCA, 2009; NARVAI, 2011; SOARES, 2012).

A ampliação do acesso aos serviços públicos de odontologia ocorre principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (PUCCA, 2009). Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente o Brasil possui 40.510 ESF e 24.631 ESB. Em relação ao número de CEO até o ano de 2016, foram implantadas 1.033 unidades.

O processo de ampliação e qualificação da saúde bucal no país impulsionou fortes mudanças no modelo assistencial odontológico, antes restrito à atenção de escolares e voltado para o sistema privado de alto custo, direcionando-o para um sistema de oferta de serviços universal e equitativo, pautados nos princípios e diretrizes do SUS (FIGUEIREDO; GOES, 2009)

O CEO se configura como uma das estratégias inovadoras de investimento da PNSB nas RASB, para a ampliação do acesso a atenção odontológica no nível secundário de densidade tecnológico. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a atenção primária e estão integrados ao processo de planejamento local/regional. Devem ofertar minimamente especialidades nas ênfases de periodontia, endodontia, atendimento de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006). A garantia de acesso da população a esses serviços pode determinar impacto, não apenas na saúde bucal, mas também na saúde geral da população. O CEO é um serviço que promove a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde (GOES et al., 2012).

Considerando o modelo de atenção em saúde organizado em rede, a implantação do CEO está articulada em um sistema de gestão com a definição das metas de oferta de procedimentos por especialidade. Outro fator relevante é a construção de protocolos de referência bem definidos que contribuem para uma melhor utilização dos serviços especializados reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos no CEO, além de qualificar o preenchimento das referências e contra referências (CHAVES et al., 2011). Os fluxos devem levar a ações resolutivas pelas equipes de saúde, centrados no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o usuário parte do serviço em seu andamento (FRANCO; MERHY, 2011).

A necessidade de organização de processos de trabalho odontológico em sistemas desenhados para funcionar em redes de saúde bucal conduziu a necessidade de modificações nos currículos odontológicos. Tornando-se um desafio especial para as instituições de ensino odontológicas a incorporação de vivências no nível da atenção especializada para contribuir nas reconfigurações das RASB que compõem o SUS (WARMLING et al., 2015).

No Brasil, em 2002, foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação de odontologia com o intuito de readequar a formação dos profissionais. O destaque foi dado para as atividades de integração ensino-serviço, sinalizando mudanças paradigmáticas na formação profissional, com foco em atividades que promovam capacidade crítica, o aprendizado do trabalhar em equipe e de valorização do contexto social nos encaminhamentos e procedimentos clínicos. A preparação para e no trabalho foi valorizada enquanto processo educativo, exigindo cada vez mais competências para a resolução de problemas concretos e inesperados (BRASIL, 2002; ZILBOVICIUS, 2011).

A formação do cirurgião-dentista passou a contemplar com mais força o SUS, com o objetivo de prepará-lo para o trabalho nos diferentes níveis de atenção em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência. Para isso houve necessidade de ampliação da carga horária dos estágios curriculares supervisionados e do caráter de inserção e integração na rede de serviços do SUS municipal, tanto ao nível de atenção primária como também nos serviços especializados, hospitalares e de gestão nos cursos de Odontologia, (TOASSI et al., 2013; WARMLING et al., 2015).

Neste momento, com mais de dez anos de publicação das diretrizes curriculares e de investimentos importantes da política nacional de saúde bucal, os questionamentos direcionam-se para pensar as mudanças na trajetória dos cursos de odontologia traduzidas em macropolíticas construídas no país? Ou, como as vivências nos campos de estágios, e em especial na atenção especializada, foco do presente estudo, produzem significados aos estudantes sobre o modo e as competências do trabalho em redes de atenção, o uso dos protocolos, o trabalho em equipe, a mobilização de saberes, as implicações, responsabilizações e as habilidades de comunicação?

3.3 Da qualificação às competências profissionais: o desenvolvimento do agir profissional

O conceito de competência é tradicional ao campo da educação, revestindo-se de significados de acordo com os domínios disciplinares e diversidades de abordagens que se

emprega para a análise. As contribuições mais utilizadas na compreensão do conceito de competência na esfera da formação em saúde são provenientes das áreas da psicologia, das ciências da educação e da sociologia do trabalho (PIRES, 2002). Com o intuito, não de uma revisão exaustiva, mas para a compreensão da diversidade de concepções que embalam o conceito das competências profissionais, destacam-se as correntes behaviorista, cognitiva, construtivista e humanista.

A corrente teórica behaviorista está fortemente marcada por uma visão positivista da realidade, que valoriza os aspectos observáveis das competências (desempenho) e enfatiza o potencial e os atributos do sujeito. A competência se expressa nos comportamentos e em situações específicas, que podem ser observáveis e mensuráveis (PIRES, 2002). A abordagem considera a competência como um somatório de comportamentos distintos, não valorizando os processos coletivos e seus efeitos no desempenho. No campo da educação a teoria behaviorista foi consolidada pelo tecnicismo, traduzido pelos métodos de ensino programado e da tecnologia de ensino (SANTOS, 2011). Ainda nos dias de hoje, a formação e o trabalho em saúde parecem seguir essa corrente teórica, voltada para o modelo biomédico de assistência à saúde, valorizando o saber formal e com foco no desempenho dos trabalhadores.

Contrapondo-se ao modelo centrado no desempenho humano, as correntes cognitiva e construtivista, são marcadas pelo contributo de Piaget sobre o desenvolvimento humano. Trazem uma compreensão de competência pautada na mobilização de instrumentos cognitivos, onde os conhecimentos são construídos ativamente pelo sujeito que articula sua experiência com os conhecimentos já adquiridos. Levam consideração as crenças e percepções do indivíduo no processo de apreensão da realidade (DIAS, 2010).

Na corrente humanista, valoriza-se a dimensão subjetiva da atividade humana e defende-se que cada pessoa experimenta e constrói uma perspectiva de mundo, a partir da sua interpretação pessoal. As dimensões afetivas e relacionais da aprendizagem passam a ser valorizadas, defendendo a centralidade da pessoa e de suas subjetividades. Outro aspecto relevante é a necessidade de se colocar o sujeito da aprendizagem em contato com situações experimentais para que na prática este consiga promover sua aprendizagem, participando ativamente de sua formação cultural (PIRES, 2002).

A conceituação de competência é formalmente caracterizada como *uma capacidade de agir eficazmente, num determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem se limitar a eles*. Ou seja, ela ocorre a partir da mobilização de um conjunto de recursos cognitivos na busca de soluções para as situações de trabalho que se apresentam: saberes,

capacidades e informações (PERRENOUD, 1999). Aproveitando-se do apertado campo da sociologia do trabalho, destacam-se aqui as contribuições aos debates sobre a transição do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. A partir da década de 1980, ocorreram mudanças tecnológicas e de organização do trabalho nos países de capitalismo avançado que trouxeram como consequência novas tecnologias de divisão de trabalho em organizações sociais mais complexas (DELUIZ, 2001). Os novos paradigmas de produção exigiram atitudes e conhecimentos diferentes das qualificações normalmente requeridas no modelo taylorista-fordista de organização do trabalho. Além disso, a criação dos trabalhadores multifuncionais também significou uma ameaça ao saber profissional dos operários qualificados (RAMOS, 2011).

A adequação do conceito de qualificação para o de competência, expressa maior valorização da capacidade potencial em relação à capacidade real do trabalhador (FLEURY; FLEURY, 2001; RAMOS, 2011). Preconiza-se um resgate da autonomia dos trabalhadores fazendo com que se envolvam subjetivamente com os saberes que organizam as atividades de trabalho. Nas novas exigências do mundo do trabalho modelos de ensino que se aproximem das necessidades reais das empresas, aumentam a capacitação dos trabalhadores e suas chances de emprego (FLEURY; FLEURY, 2001).

A noção de competência não substitui o conceito de qualificação, mas nega algumas de suas dimensões reafirmando outras. O deslocamento conceitual da qualificação para a competência estabelece lugar de destaque aos saberes tácitos e sociais em detrimento dos saberes formais (RAMOS, 2011).

Neste sentido, a organização por competências nos currículos da área da saúde indica a inserção precoce dos estudantes em cenários de prática profissional, permitindo o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio do campo profissional. O que pressupõe, nas novas organizações curriculares, uma estreita parceria entre a universidade e os serviços de saúde, uma vez que se acredita que é pela problematização e teorização das situações da prática cotidiana que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem. Nos currículos guiados por competência, o desenvolvimento de habilidades dos estudantes em situações reais promove outro sentido à prática educacional. Docentes e profissionais dos serviços são impelidos a ressignificar habilidades de cuidado à saúde da população (LIMA, 2005).

A orientação por competência não abandona a organização disciplinar prevista em currículos ditos tradicionais, conduzidos prioritariamente para a obtenção de conhecimentos. Também não desobriga de pensar sobre o conhecimento e sua incorporação no cotidiano da prática acadêmica. O ensino por competência presume um arranjo curricular que equilibre e

intercale continuamente a conquista de saberes com o desenvolvimento das habilidades e atitudes do trabalho em saúde, coordenando esses domínios do aprendizado e definindo conteúdos legítimos que devam ser utilizados em situações de práticas de ensino (SANTOS, 2011). A condução dos currículos por competência alinha metodologias de ensino-aprendizagem, práticas pedagógicas, contextos e cenários de conhecimento, métodos de avaliação e atividades de pesquisa com esse princípio de orientação curricular (SANTOS, 2011; BRAID et al., 2012).

No entanto, o que se verifica é que o modelo das competências, na forma como vem se configurando tradicionalmente, tem se utilizado de uma concepção funcionalista, percebendo-a estaticamente como um dado quantificável e compreendendo o trabalhador como objeto das ações formativas e não como o sujeito da produção de competências. A definição de competência profissional ainda centra-se demasiadamente na capacidade individual do profissional em adquirir conhecimentos, protocolos e técnicas (BOREHAM, 2004). Ou, enfatiza-se com frequência na concepção de competência o desenvolvimento, por parte do trabalhador, de habilidades de associação entre: o conhecimento e a prática, o individual e o coletivo, o visível (o trabalho) e o invisível (o emocional), a responsabilidade social e a prática profissional, etc. (FERNANDEZ et al., 2012). E, com menos intensidade se inclui no escopo dessa análise o modo como as condições estruturais e/ou organizacionais dos ambientes de trabalho podem afetar a própria produção das competências profissionais (HAMPSON; JUNOR, 2012; CAMPBELL; ARMSTRONG, 2013).

Há algum tempo se tem observado que a mudança dos modelos tecnossistêmicos em saúde dependem menos de normas gerais e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Ou seja, esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota para o seu cotidiano (FRANCO; MERHY, 2012).

O agir na saúde que se verifica no âmbito da micropolítica traz consigo a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os vários elementos que compõem o modo de produção do cuidado. O termo trabalho vivo caracteriza o trabalho em ato, no seu exato momento de produção e criação, portanto, se realiza na atividade do trabalhador. O trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva. Realiza-se enquanto o trabalho é executado, ou seja, na relação do trabalhador com os outros e com os usuários (FRANCO; MERHY, 2012).

O profissional que age com competência é aquele que sabe agir com pertinência e vai além do que lhe é prescrito. Mobiliza saberes e conhecimentos em um contexto profissional, integra saberes múltiplos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades e adapta as tarefas aos distintos contextos de trabalho. Aprende a aprender e envolve-se tanto de forma objetiva como subjetiva (LE BOTERF, 2003; COSTA; ARAÚJO, 2011). No modelo de competências importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. Assumem extrema relevância os componentes não organizados da formação, tais como as qualificações tácitas ou sociais ou a subjetividade do trabalhador (DELUIZ, 2001)

O conceito do agir em competência, dada a dificuldade de articular todas as dimensões heterogêneas da experiência humana na atividade do trabalho, auxilia na compreensão dos elementos envolvidos no ato de trabalhar e tornar-se profissional. Neste processo, há uma série de ingredientes que se articulam entre si e nas situações de trabalho; a apropriação de certo número de normas antecedentes que estruturam a situação de trabalho (protocolos), o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de inédito e a capacidade de gerir o inédito quando a pessoa é remetida a tomar decisões, motivação para o trabalho, respeito aos valores técnicos e o trabalho em equipe (SCHWARTZ, 2007).

Na emergência de sistemas de atenção à saúde configurados como redes e as consequentes alterações nas dinâmicas de trabalho e de ensino, em que a ênfase nos conteúdos formais (qualificação) passa a ser substituída pela importância do saber/fazer (competência) do trabalhador, de que modo ou com quais desafiosas instituições de ensino superior adéquam-se para propiciar aprendizagens que partam dos ambientes e realidades de trabalho? Ou melhor, como estão se constituindo enquanto redes de integração da atenção (o serviço) com o ensino na área da saúde?

3.4 O desenvolvimento do agir profissional e o papel do estágio curricular supervisionado na formação em odontologia

As alterações no processo de formação dos cirurgiões-dentistas vem ocorrendo há algumas décadas no mundo todo. As marcantes mudanças demográficas e epidemiológicas estão incidindo nos processos de trabalho e contribuindo para alterações na formação dos cirurgiões-dentistas. Com esse panorama, as escolas de ensino odontológico tiveram que incorporar no seu currículo programas de educação dentária comunitária. (HOBSON, 2009;

LYNCH; ASH; CHADWICK, 2010; DAVIDSON et al., 2011; FORMICOLA; BAILIT, 2012). Essa experiência curricular tem contribuído no percurso de formação do cirurgião-dentista como forma de aproximação das situações de trabalho e o desenvolvimento de competências para tal (NICOLE et al., 2014; WARMLING et al., 2015).

No Brasil, as diretrizes curriculares nacionais, adotadas em 2002, reestruturaram o currículo da formação em odontologia, voltado principalmente para experiências extramuros: os estágios curriculares supervisionados. Pode-se afirmar que as DCN dos cursos de odontologia que absorvem essas novas concepções sociais de competência para o trabalho preveem e propõem um certo deslocamento do eixo de formação voltado apenas para a assistência individual, para um processo de formação que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. O intuito é capacitar os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população, estimulando uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Na formação em odontologia o estágio representa uma ferramenta de formação e de integração do estudante com a realidade social. O aluno pode desempenhar a prática de estágio por meio da ação multiprofissional em serviços assistenciais públicos e privados (SCAVUZZI et al., 2015). A importância da aproximação com a comunidade, para além das fronteiras físicas da instituição formadora, é apontada pela literatura como extremamente produtiva para o ensino-aprendizagem (WERNECK et al., 2010; PISKOROWSKI et al., 2011; ZILBOVICIUS, 2011). Entretanto, em se tratando da análise do eixo temático específico que procurou avaliar as mudanças que tem ocorrido nos cenários de práticas utilizados pelos cursos de odontologia no Brasil, os dados demonstram que ainda a maior parte dos cursos de odontologia acontecem no interior da própria Instituição de Ensino (ZILBOVICIUS, 2011)

Além disso, a experiência se torna importante, pois o sistema público de saúde tem papel fundamental na formação do mercado de trabalho para profissionais de saúde bucal atualmente no país (MENDES, 2015). Dados do Ministério apontam que o número de dentistas trabalhando no SUS aumentou em 50%, com um quarto de todos os dentistas do país vinculados aos serviços públicos de saúde, sendo esses profissionais distribuídos nos três níveis de atenção à saúde.

Feuerwerker e Sena (2002) ponderam as características essenciais de uma proposta de inovação curricular: a organização curricular em módulos integrados, baseados em problemas extraídos da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; prática nos serviços, interação com a comunidade desde o início do curso e avaliação permanente do

processo. A ideia de que atividades fora dos espaços institucionalizados da universidade devam ser vistas enquanto elementos constituidores de qualquer currículo atual de odontologia foi sustentada por Ayers et al. (2003). Destaca-se a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como instrumento de facilitação da integração à realidade social, às políticas sociais e ao SUS. Estas experiências atuam como instrumento de contextualização da aprendizagem, de problematização, de ampliação de habilidades de negociação para decisões coletivas e para a participação exercendo cidadania (FEUERWERKER, 2002).

Ao realizar uma atividade docente-assistencial fora do ambiente acadêmico, os alunos são levados até a realidade daquela população, aproximando-se do contexto sociocultural, o que permite a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística e sistêmica da vida. Essa experiência prática de ensino-aprendizagem permite uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica (OLIVEIRA et al 2005, p.137).

O sistema em rede e o novo formato de atenção à saúde incide nas experiências de estágio, sendo importante que os alunos vivenciem a realidade do SUS nos três níveis de atenção: atenção básica, média e alta complexidade, além das experiências no nível de gestão, capacitando-o a compreender e se posicionar sobre as conformações das Redes de Atenção em Saúde. Além disso, proporciona atuar com a mudança de perfil de complexidade das necessidades de tratamento odontológico da população brasileira. (WARMLING et al., 2015). No entanto ainda é um desafio para as instituições de ensino odontológicos a incorporação de vivências no nível especializado.

O estágio deve agregar as experiências de integração ensino-serviço planejadas no itinerário formativo, com o objetivo de desenvolver o “agir em competência” dos estagiários. O conceito de “agir em competência” é proposto com o objetivo de superar as dificuldades de articular as dimensões heterogêneas pertinentes ao processo de trabalho. A noção de competência remete a pensar que aquilo que uma pessoa coloca em ação no trabalho não se restringe apenas a extensão protocolar do processo de trabalho ou ao que se considera como prescrito para a situação de trabalho. Muitas das dimensões da experiência humana na atividade de trabalho são subjetivas e, portanto, não mensuráveis. A atividade tem algo de sempre indefinível na medida em que ela é sempre em processo de renormalização.

Pensando um processo formativo que leve em conta o conceito do “agir em competência”, durante a formação do estudante de Odontologia, deve ser proporcionado ao estudante vivências que permitam atuar e apreender as diversas dimensões da atividade de

trabalho. A apropriação de normas antecedentes são tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir, tais como os protocolos, as normas e os saberes conceitualizados. “*As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, a transgressão de normas, assim como a construção de redes e da comunicação que toda situação de trabalho requer*” (SCHERER; PIRES; JEAN; 2013, p.3205). Sendo assim, é relevante saber como se estabelecem as relações entre o que é prescrito pelo mundo acadêmico e científico e a realidade encontrada no processo de trabalho na saúde bucal. Como isso pode se desdobrar no agir em competência de futuros cirurgiões-dentistas e de trabalhadores do SUS?

Frente ao contexto apresentado, torna-se importante analisar as percepções de estagiários que vivenciam essa realidade e compreender/avaliar sobre os processos de ensino-aprendizagem vivenciados no estágio curricular supervisionado e o desenvolvimento de competências para o trabalho na atenção especializada odontológica da rede de saúde bucal do SUS. Busca-se então saber como esses processos contribuem para a formação dos cirurgiões dentistas.

4 RESULTADOS

4.1 Produto Bibliográfico: artigo científico³

Competências profissionais e o estágio curricular em serviços de atenção odontológica especializada.

Camilla F. do Nascimento *

Cristine Maria Warmling **

* Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. Cirurgiã-dentista Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre/RS.

** Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. Docente Departamento de Odontologia Preventiva e Social Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Corresponding author:

Cristine Maria Warmling

Address: Rua Ramiro Barcelos, 2492. Porto Alegre-RS, Brazil. 90030-035

Phone: 55 51 - Fax: 55 51 991994058 - E-mail: criswarmling@gmail.com

¹ Artigo formatado de acordo com as normas de periódico Journal of Dental Education (<http://www.jdentaled.org/site/misc/ifora.xhtml>).

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the teaching-learning processes and the development of competencies for specialized dental services work of the Supervised Curricular Stage II of the School of Dentistry of UFRGS. It is an unique and holistic case study that integrated quantitative and qualitative analyzes. Two-hundred and forty six interns participated in the survey from a total of 329 who completed the internship between 2013 and 2016. The data used in the analyzes was captured through an anonymous online questionnaire. Twenty-six closed-ended questions (responses on a 6-point likert-type scale) were made available with the possibility of also being filled as open-ended answers. The questionnaire consists of five thematic blocks and organized into two broad categories of analysis: *Structural and pedagogical evaluation of the internship experience* (sociodemographic identification, area of study, distance learning activity and pedagogical dynamics) and the *development of professional skills of acting in competence*(protocols, hands-on experience, work-related motivation, technical values and teamwork). The quantitative responses were exported to the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows, version 16.0 and subjected to descriptive analysis. For the analysis of the quantitative variables in the comparison between the categories in the different semesters the chi-square test was used and, when needed, the Z test to compare proportions with Bonferroni adjustment was used. The analysis of variance (ANOVA) was used to compare means. The qualitative data were analyzed to evaluate not only the textual content, but its historical and social sense. The results demonstrate that internship experience is providing significant learning about the functioning of the network of specialized attention in oral health and of acting in competence of future surgeons-dentists. It encourages the debate of values, norms and readaptations of the protocols. In the amplitude of the questions about the dynamics of the stage can be affirmed that it occurs mainly by the opportunities of establishing relationships between theory and practice in the work routine. Work-related motivation was one of the most well rated items of acting in competence, while teamwork presented responses at the lowest scores on the likert scale. Distance education activities had the highest number of unsatisfactory opinions due to their innovative pedagogical character.

Key words: Oral health. Competency-based education. Teaching-service integration.

INTRODUÇÃO

Os governos brasileiros, nos últimos dez anos, desenvolveram uma variedade de políticas públicas odontológicas com tal amplitude e impacto que na atualidade a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é considerada uma das maiores políticas públicas mundiais voltadas para a atenção odontológica^{1,2,3}. Suas diretrizes ampliaram o acesso da população e qualificaram os diferentes níveis de atenção odontológica. A integração da rede de serviços odontológicos é o eixo de reorientação do modelo de planejamento para o cuidado^{3,4,5}

Dentre as ações desenvolvidas pela PNSB para a qualificação das redes de atenção odontológicas destaca-se a ampliação da atenção especializada, especialmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas^{3,5,6}. Entre os anos de 2005 e 2016, foram implantados 1.033 CEO em todo o país, constituindo-se como estratégia para ampliar o acesso à assistência pública odontológica de média complexidade, desenvolvida anteriormente no país majoritariamente nos serviços privados³. Foi propiciado a continuidade do cuidado odontológico inicial realizado na atenção primária com o oferecimento à população de um rol mínimo de procedimentos e serviços odontológicos especializados: diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a portadores com necessidades especiais⁷.

A conformação dos novos padrões de formação para o cirurgião-dentista expressa características das transformações ocorridas na prática odontológica em termos mundiais: diminuição nos índices de cárie, mudanças no padrão liberal da profissão, número elevado de cirurgiões-dentistas e dificuldade de acesso aos serviços odontológicos^{8,9,10,11}. No Brasil a ampliação e organização dos serviços especializados nas redes odontológicas e o processo de implantação da PNSB na última década geram desafios para o processo de trabalho e também para a formação dos cirurgiões-dentistas. Visa-se a formação de profissionais com perfil de competências ajustados às demandas e realidades sociais de saúde

da população brasileira na atualidade ¹². Mas, para desenvolver competências profissionais as experiências de ensino aprendizagem nos percursos formativos necessitam traduzir a complexidade e a heterogeneidade da atividade humana no mundo do trabalho.

As instituições de ensino odontológico no mundo todo modificaram seus currículos incorporando em seu itinerário formativo experiências de educação odontológica comunitária com o intuito de desenvolver competências profissionais ^{10,11,13-19}.

A adequação do conceito de qualificação para o de competência, um aspecto enfatizado na contemporaneidade das transformações ocorridas no mundo do trabalho e nas políticas de educação, exige processos educativos que desenvolvam capacidades não apenas de mobilização de um conjunto de recursos cognitivos, mas também aprendizagens sobre a busca de soluções para situações inusitadas de trabalho que se apresentam cotidianamente na prática profissional ²⁰⁻²². Passa-se a valorizar com mais intensidade experiências de ensino que ocorram em ambientes reais de trabalho. E assim, os estágios curriculares supervisionados, por desenvolverem-se nos serviços de saúde, emergem como um ato educativo propício para o aprendizado de competências profissionais. No processo formativo, permitem vivências nas diferentes dimensões que estruturam a atividade de trabalho, da apropriação das normas antecedentes (os protocolos ou as evidências científicas) ao domínio do que uma situação de trabalho possui de inédito e de singular ²³⁻³⁰.

Nesse sentido, questiona-se de que forma as redes e os serviços especializados odontológicos, espaços privilegiados de formação do cirurgião-dentista, articulados as instituições de ensino, contribuem para promover o ensino aprendizagem de competências profissionais? De que modo engajam-se mutuamente, serviços e instituições de ensino, para minimizarem inerentes fragmentações, ou para se tornarem capazes de juntos produzir competências e agir profissional frente as situações de saúde em suas cotidianas imprevisibilidades? Quais desafios enfrentados e como se adéquam ferramentas pedagógicas

para propiciar aprendizagens nos ambientes e realidades de trabalho? Ou melhor, como se constituem redes de integração da atenção (serviços de saúde) com o ensino na área da saúde?

O presente estudo se insere no âmbito descrito e o objetivo é avaliar os processos de ensino-aprendizagens e o desenvolvimento de competências para o trabalho em serviços especializados odontológicos, em um estágio curricular supervisionado de um curso de odontologia, no espaço de três anos (de 2013 e 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do tipo único e holístico, em que as variáveis são analisadas de forma inseparável do seu contexto ³¹. A abordagem metodológica integrou análises quantitativas e qualitativas. A diversidade de dimensões dos processos avaliativos desenvolvidos transcende expressões numéricas isoladas. Com a abordagem qualitativa, complementando os dados numéricos produzidos, buscou-se captar singularidades das situações que permeiam as experiências de ensino analisadas ³².

As experiências de ensino, cenários onde ocorrem o estudo, são desenvolvidas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS). Tradicional instituição pública brasileira de ensino da odontologia, possui mais de cem anos de atuação e é o terceiro curso de odontologia a ser criado no país ³⁰. Com a finalidade de adequar-se as recentes proposições curriculares para o ensino da odontologia, no ano de 2005, reestruturou o currículo do curso ^{28,30,33}.

Desde o ano de 2009, vem sendo desenvolvido no décimo e último semestre do curso de odontologia da FO/UFRGS o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia. O objetivo da experiência de ensino é desenvolver competências profissionais para o trabalho nos serviços e redes de atenção especializada odontológica e hospitalar do SUS, assim como em serviços de planejamento e gestão em odontologia no município de Porto Alegre. De

modo extremamente inovador em relação ao que se realiza no país, a extensa carga horária total do estágio de 465 horas semestrais permite que, em uma verdadeira experiência de imersão no trabalho, sejam organizadas atividades curriculares em sete turnos semanais. Destes, cinco turnos (vinte horas semanais) são realizados no local escolhido para realizar o estágio no transcorrer de todo o semestre. Dois turnos na semana são reservados para atividades orientadas de tutorias, reunindo todos os estagiários na instituição de ensino ou em grupos menores, até individuais conforme a necessidade^{28,33}.

Participaram do estudo 246 estagiários que realizaram o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia, entre os anos do estudo (de 2013 a 2016), com taxa de resposta de 74,7%. Ao final de cada semestre das atividades curriculares os estagiários responderam de forma anônima e livre, um questionário estruturado e auto aplicado (APÊNDICE A). O questionário foi disponibilizado aos estagiários de modo online através do ambiente virtual de aprendizagem da Plataforma Moodle utilizada no percurso do estágio. Compõe-se de perguntas fechadas que apresentam possibilidades de respostas em uma escala do tipo likert (6 opções de respostas, 0-5, onde: 5=ótimo, 4=muito bom, 3=bom, 2=regular, 1=insatisfatório e 0=não sabe), articuladas a um espaço aberto de escrita livre sobre o assunto demandado.

As perguntas possuem duas grandes categorias temáticas de análise organizadas em cinco blocos temáticos: *Avaliação estrutural e pedagógica da experiência do estágio* (identificação sócio-demográfica, campos de estágio, atividade de educação a distância, dinâmicas pedagógicas) e *Desenvolvimento de competências profissionais* (desenvolvimento de ingredientes do agir em competência — protocolos, inserção na realidade, motivação para o trabalho, valores técnicos e trabalho em equipe). A segunda categoria apoia-se na teoria da Ergologia e especialmente no agir em competência desenvolvido por Schwartz (2007)³⁴, que valoriza também componentes subjetivos da competência profissional.

O questionário foi criado através plataforma Google Docs o que permite que as respostas sejam exportadas para o Excel. Os valores de média e desvio padrão foram utilizados para uma análise descritiva dos dados. Para a análise das variáveis quantitativas na comparação entre as categorias nos diferentes semestres foi utilizado o teste qui-quadrado e quando necessário o teste Z para comparação de proporções com ajuste de Bonferroni. Para a análise de comparação entre as médias foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA). As análises foram realizadas com o programa SPSS versão 16.0.

Realizou-se análise de conteúdo dos dados qualitativos: pré-análise, estudo exploratório e análise e interpretação das informações coletadas. A pré-análise realizada a partir de “leitura flutuante”, destacou impressões e orientações principais de modo a facilitar a exploração do material. No estudo exploratório os dados foram codificados e agrupados em categorias identificadas na pré-análise ³⁵. A análise e a interpretação dos dados foram realizadas através de formulações de inferências e postura crítico-investigativa estabelecendo significados e uma relação de unidade teórica.

Este artigo apresenta-se como resultado de uma das etapas do projeto de pesquisa intitulado Estágio Curricular em Serviços de Gestão e de Atenção Especializada em Saúde Bucal no SUS, entre os anos de 2013 e 2016, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS através da Plataforma Brasil com o número CAAE 08575312.0.0000.5347. Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação da organização do estágio: a integração ensino-serviço e a articulação entre a teoria e a prática

Sobre a caracterização sociodemográfica (Bloco I), dos 246 estagiários da amostra 71% são do sexo feminino, 74 % são jovens de 20 a 25 anos, 94% solteiros e 53% naturais do interior do estado do Rio Grande do Sul.

As tabelas referentes aos resultados quantitativos apresentam-se no Apêndice C. Na Tabela 1, encontram-se dispostas as frequências das respostas (escala likert) segundo os blocos das categorias temáticas analisadas. Visualiza-se o conjunto dos itens da experiência do estágio avaliados na percepção dos estagiários. Para uma compreensão mais efetiva foram agrupadas as melhores avaliações nos escores ótimos e muito bons, assim como, as medianas nos escores bons e regulares.

A Tabela 2 apresenta as médias das respostas na escala likert segundo avaliação dos estagiários sobre os objetivos do estágio. Pode ser visto que não existem diferenças significativas entre os semestres com melhor avaliação (2013/1, 2013/2, 2015/1, 2016/1), mas houve diferença quando comparados com o de pior avaliação (2015/2). Chama a atenção que o semestre pior avaliado também é o que tem menor número de respondentes o que poderia ocasionar um viés nas respostas.

As respostas abertas associadas as da escala likert permitem complementar qualitativamente a análise dos dados apresentados nas Tabelas 1 e 2. Na análise do conteúdo das respostas dos estagiários, categorias emergiram, mas uma delas em especial. Trata-se da questão do estabelecimento de relações entre teoria e prática no cotidiano profissional. Um dos objetivos pedagógicos fundamentais a serem desenvolvido em experiências de estágio. Uma variedade de atividades é organizada para esta aproximação entre o que se preconiza pelas evidências e políticas de saúde e a realidade encontrada pelos estagiários.

A vivência das dificuldades e potencialidades de atuar em serviços odontológicos de média e alta complexidade desenvolve autonomia para a tomada de decisões. Destacam-se as afirmações dos estagiários que as diferentes experiências vivenciadas no estágio na rede

especializada proporcionam o aperfeiçoamento da prática clínica além de oportunizar experiências singulares de aprendizado. Estudos que avaliam estágios na odontologia apontam ganhos na habilidade, produtividade e eficiência clínica em experiências de ensino-serviço 28,36-40 .

Nicole et al. (2014)⁴⁰ mostraram que há um aumento do número de procedimentos clínicos dos estudantes de odontologia quando atuam em estágios em relação ao que se realiza nas clínicas nas instituições de ensino. Experiências externas têm sido muito valiosas tanto no volume como na diversidade de experiências de tratamento odontológicos e tem contribuído substancialmente para a maturidade clínica dos alunos ^{41,42}.

Proporcionaram-me o contato com o serviço de atenção secundária e em âmbito hospitalar, oportunidade que antes não era desenvolvida por esta faculdade. O saber adquirido com os casos complexos e únicos somaram de maneira muito positiva para a formação do conhecimento. A possibilidade de observar e praticar em bloco cirúrgico junto a um professor são oportunidades singulares dentro do nosso aprendizado (20130131).

Acredito que obtive uma vivência extremamente importante, além de aprender como funciona o dinamismo do Sistema Único de Saúde e como atender pacientes com casos mais complexos, coloquei em prática muitos conteúdos a respeito de diagnóstico e conduta, que apenas havia estudado na teoria (20130127).

É de extrema importância visto que uma coisa é a teoria e outra bem distinta é a prática. Na prática podemos tirar nossas próprias conclusões sobre o Centro de Especialidades Odontológicas, podemos saber quais são os pontos fortes e quais são os fracos e assim, ter uma opinião mais fundamentada sobre o assunto (20130109).

Foi uma experiência incrível poder estar inserido na atenção especializada e poder ter uma visão diferente daquelas que tínhamos em outros estágios já realizados. Agora pude perceber que nem sempre o profissional da atenção especializada é o causador das demoras na obtenção de atendimento secundário ou terciário pela população. O grande nó é o sistema que gerencia a comunicação entre as atenções e o segundo grande nó é a dificuldade de incorporação das concepções, doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde por alguns profissionais da atenção secundária nos seus tratamentos e planejamentos. A falta de entendimento da importância de um Projeto Terapêutico Singular discutido em equipe em todas as esferas de atenção também é um grande problema (20140222).

A literatura demonstra que espaços pedagógicos organizados fora da universidade, caracterizando-se por cenários reais de trabalho e locais onde as responsabilidades são compartilhadas, atuam positivamente para o aprendizado^{43,44}, contribuindo não apenas para o crescimento profissional e ritmo de trabalho dos estudantes, mas também para o desenvolvimento pessoal e para o aumento da autoconfiança^{16,42,45}. No estudo os estagiários relatam que o estágio oportunizou a convergência para o olhar humanizado ao usuário e para o aprendizado do enfrentamento dos problemas de saúde de acordo com as demandas sociais da população brasileira.

Obtive um crescimento profissional e pessoal muito grande, pude conhecer realidades muito diferentes e entender suas peculiaridades, podendo tornar meu atendimento mais humano, evolui tecnicamente, me tornei mais proativo, e independente (20140120).

A literatura corrobora os achados do estudo e demonstra que experiências de atividades curriculares que intencionam a integração teórico-prática, o trabalho em equipe e o cuidado integral à saúde contribuem para a humanização da formação do cirurgião-dentista^{46,47}.

No caso em estudo, os encontros semanais oportunizados na universidade com os estagiários é uma estratégia pedagógica a ser avaliada e compreendida no escopo da relação entre teoria e prática. Os estagiários avaliam que é um momento para compartilhar informações e conhecer as diferentes realidades nos campos de estágio. As discussões realizadas em grupos, com convidados especialistas, professores e entre os próprios estagiários, aproximam da busca de possíveis soluções para os desafios nos cotidianos dos serviços odontológicos. Os temas e assuntos abordados de diferentes formas, (seminários, fóruns, discussão em grupos, atividades à distância e aulas expositivas) facilitam o entendimento em relação a um formato transmissivo tradicional. Aulas expositivas podem não

agregar tanto para o aprendizado e para a relação entre teoria e prática, quanto o pensar coletivo que estimula o debate, a reflexão, a troca de ideias e o olhar crítico ⁴⁸.

Acredito que os espaços para discussões tem um melhor aporte teórico. Aulas expositivas, na minha opinião, são importantes, mas no último semestre de faculdade o desenvolver crítico em conjunto nas discussões enriquece muito mais (20160216).

Durante todo semestre vi o desafio de fazer com que a turma participasse efetivamente das discussões em sala de aula. Parabéns por lutarem todas as aulas contra a passividade e desinteresse. Parabéns por educarem para a autonomia, para a descoberta e por buscarem com que os alunos da disciplina sejam capazes de analisar e criticar. Parabéns por tentarem acender o entusiasmo dos jovens pela construção uma sociedade mais humanizada. Eu sonho com brasileiros mais curiosos e reflexivos. Criativos já somos. (20140109).

Os profissionais responsáveis pela condução das experiências de estágio assumem um papel no âmbito da relação entre teoria e prática. Tanto o preceptor, cirurgião-dentista que atua no local de estágio e supervisiona o estudante, como o tutor, docente vinculado ao curso de odontologia. O preceptor possui responsabilidade pedagógica na construção do conhecimento, atuando como educador e participante ativo no desenvolvimento curricular ^{43,49}. Uma relação que fortalece a corresponsabilização das instituições de ensino na prestação do cuidado, assim como a atuação junto à formação de preceptores ⁵⁰.

Os preceptores foram descritos pelos estagiários, no estudo, como profissionais receptivos, prestativos, de bom convívio, com potencial de orientação, capacidade de vínculo de aprendizado e compartilhamento da atenção aos usuários que procuravam o serviço especializado. Lembram que os preceptores devem interagir nas atividades curriculares do estágio para que o aprendizado não se torne fragmentado.

Os preceptores e professores souberam dar a liberdade comedida para atuação em todas as atividades dos serviços, assim como explorar o nosso conhecimento técnico e indicando a melhor forma de exercê-lo na prática (20130117).

As avaliações dos estagiários indicam que com relação às práticas de tutoria adotam-se diferentes abordagens, estratégias e tecnologias para apoio ao ensino e às aprendizagens relacionadas aos objetivos, conteúdos e competências do estágio. São realizadas através de orientação, mas também enquanto acompanhamento e avaliação do projeto pedagógico do estágio ^{48,51}. Os estagiários consideram importante poder expor ao tutor problemas e dúvidas em um momento de abertura para conversar pessoalmente sobre intercorrências nos campos. Foram utilizadas estratégias de educação à distância conforme as necessidades.

Foram essenciais para o desenvolvimento das atividades (projeto terapêutico singular e projeto de gestão), bem como para discutirmos formas de aprimorar nas práticas de estágio (20160202).

O desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) relacionado a um caso clínico complexo escolhido da realidade dos campos pelo estagiário juntamente com o preceptor e tutor, constitui-se em potente exercício de associação entre teoria e prática. Define-se o PTS como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva por uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar e participativa. O conhecimento contextualizado, explorado por meio de uma situação real ou simulada, alavanca o estudo interdisciplinar e promove uma melhor explicação do fenômeno envolvido na situação ⁵². A atividade exige resolução profissional e favorece competências para o planejamento em saúde.

Para os estagiários o desenvolvimento do PTS foi um momento enriquecedor, por trazer questões pertinentes sobre os casos, através do olhar também de outros profissionais de saúde. Mas, descrevem como uma atividade difícil do ponto de vista dos resultados alcançados por depender do trabalho em equipe, da gestão de casos e da integração e comunicação da rede.

Acredito que atividades como o PTS [...] ampliaram muita nossa bagagem de conhecimentos, uma vez que propiciam excelentes discussões/reflexões; além de nos mostrarem um pouco mais das diferentes realidades em que cada colega está trabalhando. Para quem soube aproveitar, foram atividades bem enriquecedoras (20130207).

O PTS nos faz pensar de outra maneira sobre o tratamento. Nos faz ir além para descobrir situações importantes sobre o porquê da condição daquele paciente em questão. Remete o aluno não só a pensar na técnica executada, mas em um contexto geral. Em relação ao PTS realizado no CEO, percebi como o próprio sistema engessa as possibilidades do profissional, seja através de encaminhamentos ou de uma rede que, em alguns momentos, não está conectada. Ótima experiência para aprender a julgar pontos que precisam ser modificados (20150120).

Como último ponto a ser destacado sobre as relações entre teoria e prática, apresenta-se as atividades de Educação a Distância (EAD) articuladas às experiências do estágio. São atividades programadas com o objetivo de problematização da realidade vivenciada nos campos de estágio. As atividades EAD enriquecem o conhecimento e tornam o acesso e a relação aos conteúdos mais fáceis e práticos. No entanto, na percepção dos estagiários, podem sobrecarregar devido à carga horária prática do estágio e por outras tarefas a serem cumpridas no semestre letivo.

Os fóruns de debates EAD realizados foram considerados importantes para promover trocas, construção e produção de saberes, compõem-se de uma estratégia que ajudou na noção mais crítica a respeito dos assuntos. O estranhamento com relação às atividades EAD propostas pode estar ocorrendo devido à desvinculação de uma forma tradicional passiva de aprendizado e a passagem para um agente da própria aprendizagem ou ainda devido a desconhecimentos técnicos de planejamento ou da forma de abordagem dos próprios tutores

53

Do uso do protocolo ao trabalho em equipe: o agir em competência na atenção odontológica especializada

As questões do Bloco II, apresentadas na Tabela 1, foram desenvolvidas fundamentadas nos seis ingredientes, dimensões ou níveis, do agir em competência de Schwartz (2007)³⁴: o domínio dos protocolos de uma situação de trabalho, o conhecimento da realidade de trabalho, a capacidade de articular o protocolo e a realidade, a relação de motivação do trabalhador com o meio de trabalho, a possibilidade de debate de valores e o trabalho em equipe. Foram submetidas à análise estatística para medir o grau de confiabilidade. Apresentaram consistência interna evidenciada com o valor de $\alpha=0,78$ (teste alfa Cronbach). Observando a Tabela 1 as aprendizagens sobre os ingredientes avaliados obtiveram bons escores de avaliação com exceção do trabalho em equipe.

Do ponto de vista teórico, a noção de competências amplia a investigação acerca do que faz uma pessoa no trabalho. Uma situação de trabalho articula diferentes dimensões da experiência humana. Os protocolos são normas antecedentes estruturantes da atividade³⁴. São parametrizações baseadas na melhor evidência científica e possuem o objetivo de planejar e conduzir as ações dos trabalhadores de saúde⁵⁴. É o protocolo que subsidia o conhecimento para experiência do trabalho. No entanto, diante das circunstâncias singulares e dinâmicas que caracterizam as realidades, não há como considerá-lo suficiente para se ter o domínio profissional. A atividade de trabalhar constitui-se no encontro com realidades singulares. A competência profissional revela-se, principalmente, em face do inesperado, do inusitado ou do complexo. Caracteriza-se por um adaptar-se permanentemente, modificação de modos de agir, mover-se em função dos diferentes contextos⁵⁵.

O fato de o trabalho real diferir do que está prescrito pelo protocolo constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade⁵⁶. As competências profissionais estão relacionadas com a habilidade em articular o que é protocolar com o que é particular e histórico em cada circunstância de trabalho. O trabalhador realiza adaptações na atividade de trabalho conforme a necessidade exigida em cada situação

que vivencia. Trata-se de desenvolver a capacidade de gerenciar determinada circunstância nunca vivenciada anteriormente: “utilizar uma técnica supõe por um lado, seguir operações predefinidas, e por outro, certa dose de reinvenção local ³⁴.

Sobre o primeiro ingrediente do agir em competência, no questionário há uma pergunta com possibilidade de resposta binária (sim ou não). Esta questão permite aos estagiários responderem sobre suas necessidades de modificar ou não os protocolos do CEO durante suas atividades de estágio. Pode ser verificado na Tabela 3 que um pouco mais da metade dos estagiários (57,3%) responderam que sim, haviam modificado protocolos. Também é possível analisar que houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre o semestre que menos modificou protocolos (2013/01), em que 25,8% apenas respondeu que sim, e o quarto semestre (2014/02), quando 75% afirmou ter modificado os protocolos do CEO.

Os estagiários no espaço de falas aprofundadas observam que durante as aulas teóricas foram apresentados os protocolos do CEO, porém referem que muitas vezes não foi possível segui-los nos estágios. Assim, depara-se com a análise do segundo ingrediente do agir em competência, que refere as aprendizagens e experiências relacionadas à inserção dos estagiários na realidade na atenção especializada odontológica e ao reconhecimento das conjunturas de trabalho. Os estagiários destacam que a vivência de dinâmicas de trabalho na atenção especializada odontológica permite o reconhecimento do funcionamento das redes e fluxos da atenção secundária e terciária.

Sobre a capacidade de aplicação dos protocolos, o terceiro nível ou ingrediente do agir em competência, os estagiários relatam sobre a necessidade de alterá-los, corroborando com o que se verifica sobre as reconfigurações usuais constantes nas situações de trabalho ⁵⁶. Os estagiários citam a realização de procedimentos odontológicos no CEO que pelo nível de complexidade deveria ser realizado na atenção básica, segundo o protocolo. A justificativa

para realizarem os procedimentos no CEO é para que os usuários não tenham que retornar as unidades de saúde.

A aplicação dos protocolos nos locais de estágio depende de muitos outros fatores que não apenas a capacidade do aluno [...] (20130231).

Acredito que os conceitos teóricos acabam sendo modificados na prática, por diferentes motivos. Mas isso é compreensível (20130111)

A Tabela 4 apresenta a comparação entre duas questões, a que levantou a opinião dos estagiários sobre a modificação dos protocolos e sua capacidade de aplicação. Diferenças entre as proporções foram analisadas através do teste de do qui-quadrado de Pearson. Não foi observado diferença significativa entre a decisão de modificar protocolos em relação a capacidade de aplicação do mesmo ($P=0,739$). Ou seja, modificar protocolos nem sempre está relacionado a algo negativo, o estagiário pode ser levado a modificá-lo, independente de sua capacidade de aplicá-lo.

A aplicação dos protocolos refere-se à capacidade do estagiário de formular ligações entre o saber técnico (protocolar) e a realidade de trabalho e as vezes são necessárias readaptações dos protocolos. Na análise da atividade de trabalho a modificação do protocolo não é vista como algo essencialmente negativo, mas denominado como renormalização inerente ao processo trabalho^{34,56}.

A avaliação do estágio com relação à motivação para o trabalho, outro ingrediente do agir em competência, foi um dos componentes analisadores da categoria com maior frequência de respostas no escore ótimo/muito bom (Tabela 1). Os estagiários apontam a experiência e o aprendizado sobre o funcionamento da atenção especializada da saúde bucal do SUS como positiva. Destacando que apesar de problemas, na maioria das vezes ele é resolutivo e eficaz. Consideram a possibilidade de campo de trabalho na área, apesar de alguns problemas evidenciados.

Quando se vê o sistema de referência e contra-referência funcionando corretamente é gratificante ver a continuidade da atenção se fazendo presente, um setor de maior complexidade complementando o trabalho que vem sendo realizado pela atenção básica, devolvendo o paciente aos cuidados e à manutenção, demonstra que quando há empenho mútuo o sistema pode funcionar perfeitamente bem (20130129).

Trabalhar na atenção especializada foi estimulante. Antes de entrar no sistema considerava o trabalho na atenção secundária limitante, monótono. Atuando na prática foi possível perceber o aspecto desafiador deste trabalho, o dinamismo da rotina na atenção secundária, o que me deixou muito estimulada para continuar trabalhando nesta área (20130107).

Quando questionados se seus valores foram respeitados durante as atividades de atenção especializada os estagiários relacionam com uma maior autonomia para o desenvolvimento das tarefas. Porém, referem dificuldades em lidar com os fluxos e fragmentação do sistema de saúde e explicam estar relacionado com a organização dos profissionais e do serviço.

Sobre isso, o respeito foi total, em todos os Centros de Especialidades Odontológicas que tive contato, sempre tive autonomia para trabalhar e realizar as atividades e procedimentos. Friso, para o aumento de conhecimento que foi obtido e pelo contato com áreas que me modificaram como profissional e pessoa [...]. Concluo essa etapa, diferente de como entrei e isso é o mais importante (20150120).

[...] A mim, parece que os preceptores de fora da universidade dão mais liberdades e acreditam mais na nossa capacidade do que aqueles que participaram mais diretamente da nossa formação (20140228).

Uma das características desejáveis na formação é o desenvolvimento de capacidades para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. A solidariedade deve estar presente entre a equipe de saúde para que compartilhem saberes e práticas. Saber trabalhar com outros profissionais da saúde oferece qualidade ao cuidado⁵⁷. Na percepção dos alunos existe pouca interação e diálogo entre os profissionais envolvidos nos casos, nem mesmo com a rede, percebem haver a fragmentação do processo de trabalho com práticas centradas apenas no núcleo de conhecimento. A dificuldade é vista como algo que interfere na eficiência do cuidado em saúde da população.

O trabalho em equipe é algo que precisa ser melhorado cada vez mais, há a necessidade cada vez maior da valorização do trabalho multiprofissional pois ele realmente faz diferença no fazer saúde. Percebi durante esta jornada que ainda falta muita integração seja do médico, técnicos e atendentes (20130117).

CONCLUSÃO

A avaliação da experiência de estágio pelos estagiários permite que se conclua que o trabalho em serviços especializados de odontologia no Sistema Único de Saúde durante o processo de formação do cirurgião-dentista proporciona integração entre conhecimentos e práticas e desenvolve o agir em competência para conhecer e resolver problemas e situações do cotidiano de trabalho especializado odontológico em redes organizadas de serviços. De maneira global pode-se afirmar que isto está ocorrendo principalmente pelas oportunidades de estabelecimento de relações entre teoria e prática no cotidiano profissional que o estágio oferece.

Pode-se concluir também que o desenvolvimento do ensino aprendizagem do agir em competência está fundamentado na articulação da tríade: conhecimento de protocolos, reconhecimento das realidades sociais e práticas profissionais e aplicação dos saberes e práticas para a produção da atenção especializada odontológica.

A oportunidade de debates de valores e normas e o exercício de readaptações e renormalizações dos saberes e práticas profissionais demonstram-se constituidores dos processos de ensino-aprendizagens do agir em competência profissional para o trabalho na saúde.

A dimensão, em um nível mais subjetivo do agir em competência, que se refere à motivação para trabalhar no Sistema Único de Saúde que se encontra ligada ao exercício do

debate de valores foi um dos itens bem avaliados tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo.

O ingrediente do agir em competência que se denomina como trabalho em equipe obteve um escore de avaliação regular, demonstrando que o modelo do trabalho especializado ainda apresenta dificuldades no campo da interdisciplinaridade.

Da análise dos dados quantitativos produzidos pode-se destacar que elementos do estudo que receberam maior número de opiniões insatisfatórias são inovadores do ponto de vista técnico, pedagógico e político: os estágios nos campos de gestão e as atividades de educação a distância. E, as informações também demonstram que se por um lado os estagiários avaliam que os objetivos do estágio estão sendo cumpridos também mantém uma opinião crítica com relação ao que compreendem como planejamento das atividades pedagógicas.

Referências

- 1 Antunes JL, Narvai PC. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. *Physis*. 2010;44(2):360–65.
- 2 Soares CL. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz. oral. res.* 2012; 26(suppl 1):94-102.
- 3 Pucca Jr GA, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J dent. res.* 2015;94(10): 1333-37.
- 4 Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus*. 2011;5(1):21-34.
- 5 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; 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf >. Acesso em: 1 junho de 2016.
- 6 Pucca Jr GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz oral res.*2010;24(supl. 1):26-32.
- 7 Brasil. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html>. Acesso em: 1 junho de 2016.
- 8 Kress Jr GC. Dental education in transition. In: COHEN LK, GIFT HC. (Orgs.). *Disease prevention and oral health promotion social-dental sciences in action*. Copenhagen: Munksgaard, 1995. p.387-425.
- 9 Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev. ABENO*. 2004;4(1):30-37.
- 10 Holbrook WP, Brodin P, Balciuniene I et al. Balancing the role of the dental school in teaching, research and patient care; including care for underserved areas. *Eur. j. dente. educ.* 2008;12(1):161–6.
- 11 Elkind A. Outreach teaching: is this the future for dental education? *Br. dente. j.* 2002;193(2):111-12.
- 12 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf> >. Acesso em: 16 maio 2016.

- 13 Yoder, KM. A framework for service-learning in dental education. *J dent. educ.* 2006;70(2):115-23
- 14 Mcharg J, Kay EJ. Designing a dental curriculum for the twenty-first century. *Br. dent j.* 2009;207(10):493-97.
- 15 Hobson RS. A view of European challenges in dental education. *Br. dent. j.* 2009; 206(2):65-66.
- 16 Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL, Hannigan A. Effect of community-based clinical teaching programs on student confidence: a view from the United Kingdom. *J dent. educ.* 2010;74(5):510-16.
- 17 Davidson PL, Nakazono TT, Carreon DC, et al. Reforming dental workforce education and practice in the USA. *Eur. j. dent. educ.* 2011;15(2):73-79
- 18 Scavuzzi AIF, de Gouveia CVD, Carcereri DL et al. Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de odontologia. *Rev. ABENO.* 2015;15(3):109-13.
- 19 Mays KA. Community-Based Dental Education Models: An Analysis of Current Practices at U.S. Dental Schools. *J dent. educ.* 2016;80(10):1188-1195
- 20 Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed Editora; 1999. 96p.
- 21 Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. *Rev. adm. contemp.* 2001;5(spe):183-196.
- 22 Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 4 ed. São Paulo: Cortez; 2011. 320p.
- 23 Butters JM, Vaught RL. The effect of an extramural program on the perceived clinical competence of dental hygiene students. *J dent. educ.* 1997;63(5):415-20
- 24 Aston-Brown RE, Branson B, Gadbury-Amyot CC, Bray KK. Utilizing public health clinics for service-learning rotations in dental hygiene: a four-year retrospective study. *J. dent. educ.* 2009;73(3):358-74.
- 25 Zilbovicius C, de Araujo ME, Botazzo C et al. A Paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. *J dent. educ.* 2011;75(4):557-56.
- 26 Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev. bras. educ. méd.* 2011;35(1):86-92.
- 27 Freitas SFT, Calvo MCM, Lacerda JT. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. *Trab. educ. saúde.* 2012;10(2):223-34.

- 28 Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM. Teaching at primary health care services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian health care professionals' training. *Interface comun.saúde educ.* 2013;17(45):385-92.
- 29 American Dental Education Association. ADEA competencies for the new general dentist. *J. dent. educ.* 2013;77(7):899-02.
- 30 Warmling CM, Baldisserotto J, Stocker J et al. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. *Rev. ABENO.* 2015;15(1):1-16.
- 31 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010. 205p.
- 32 Esteban MPS. Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições. Porto Alegre: Artmed; 2010. 288p.
- 33 Warmling CM, Rossoni E, Hugo FN, Toassi RF. Estágios Curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev. ABENO.* 2011;11(2):63-70.
- 34 Schwartz Y. Uso de si e competência. In Schwartz, Y. e Durrive, L. (Org.) *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana.* Niterói: Eduff; 2007.
- 35 Moraes R. Análise de Conteúdo. In: *Revista Educação nº 37.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 1999.
- 36 DeCastro JE, Bolger D, Feldman CA. Clinical competence of graduates of community-based and traditional curricula. *J dent. educ.* 2005;69(12):1324–31
- 37 Bean CY, Rowland ML, Soller H, et al. Comparing fourth-year dental student productivity and experiences in a dental school with community-based clinical education. *J dent. educ.* 2007;71(8):1020–26.
- 38 Perez FA, Allareddy V, Howell H, Karmal N. Comparison of clinical productivity of senior dental students in a dental school teaching clinic versus community externship rotations. *J dent. educ.* 2010;74(10):1125-32.
- 39 Bhayat A, Vergotine G, Yengopal V, Rudolph MJ. The impact of service-learning on two groups of South African dental students. *J dent. educ.* 2011;75(11):1482-88.
- 40 Major N, McQuistan MR, Qian F. Association of Community-Based Dental Education Components with Fourth-Year Dental Students' Clinical Performance. *J dent. educ.* 2014;78(8):1118-26
- 41 Eriksen HM, Bergdahl M, Byrkjeflot LI et al. Evaluation of a dental outreach teaching programme. *Eur. j. dent. educ.* 2011;15(1):3–7.
- 42 Mascarenhas AK. Community-based dental education at Boston University. *J dent. educ.* 2011;75(10 Suppl):21–4.
- 43 Werneck MAF, Senna MIB, Drummond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(1):221-231.

- 44 Piskorowski WA, Fitzgerald M, Mastey J, Krell RE. Development of a sustainable community-based dental education program. *J dent. educ.* 2011;75(8):1038-43.
- 45 Formicola AJ, Bailit HL. Community-based dental education: history, current status, and future. *J dent. educ.* 2012;76(1):98-06.
- 46 Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.* São Paulo: Artes Médicas; 2008. 277-90p.
- 47 Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais da saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 28p.
- 48 Moore T, Kain D. Student Tutors for Problem-Based Learning in Dental Hygiene: A Study of Tutor Actions. *J dent. educ.* 2011;75(6):805-16.
- 49 Nayar P, McFarland K, Lange B et al. Supervising dentists' perspectives on the effectiveness of community-based dental education. *J dent. educ.* 2014;78(8):1139-44.
- 50 Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moco ETM. Currículos disciplinares da área da saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface comun. saúde. educ.* 2009;13(31):261-72.
- 51 Hmelo-Silver CE, Barrows HS. Goals and Strategies of a Problem-based Learning Facilitator. *Interdisc J problem.Based. learning.* 2006;1(1):21-39.
- 52 Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ et al. Activators of processes of change: a proposal oriented to the transformation of educational practices and the training of health professionals. *Ciênc. saúdecoletiva.* 2015;20(1):279-88.
- 53 Bruno AR, Hessel AMDG. Os fóruns de discussão como espaços de aprendizagem em ambientes on-line: formando comunidades de gestores (2007). Disponível em: < <http://www.abed.org.br/congresso2007/tc/420200712027PM.pdf>>. Acesso em 5 fevereiro 2017.
- 54 Ribeiro RC. Clinical guidelines: how to evaluate its quality. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* 2010;8(4):350-55
- 55 Le Boterf G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais.* Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 56 Reis WG, Scherer MDDA, Carcereri DL. The work of the dental surgeon in Primary Health Care: between the prescribed and the real. *Saúde debate.* 2015;39(104):56-64.
- 57 Evans J, Henderson A, Johnson N. The future of education and training in dental technology: designing a dental curriculum that facilitates teamwork across the oral health professions. *Br dent. j. london.* 2010;208(5):227-30.

4.2 Produto Técnico Material Didático Instrucional Vídeo Documentário de Média-Metragem.

Título: Saúde Da Família: Cultura, Alteridade e Formação

Realizadores: Diogo Vaz da Silva Junior¹, Camilla Nascimento², Gabriela Fávero Alberti³, Cristine Maria Warmling⁴

Introdução

As pesquisas desenvolvidas no estudo sobre ensino na saúde demonstram que os percursos de formação nem sempre desenvolvem a sensibilidade da dimensão do cuidado na saúde. O processo de saúde-doença compreende muito mais do que aprender a técnica e entender a biologia, pois envolvem os modos de viver, a cultura e a relação das pessoas em um contorno social. O cuidado não ocorre do profissional à pessoa, mas é produzido em ato e no envolvimento com o outro.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho e conseqüentemente nas políticas de educação exigem que na atualidade os processos educativos mobilizem aprendizagens sobre a busca de soluções para situações reais de trabalho e que se apresentam cotidianamente na prática profissional. O processo formativo deve permitir vivências nas dimensões inéditas e singulares do trabalho. (PERRENOUD, 1999; ADEA, 2013; WARMLING et al., 2015).

Frente a essas inquietações, pensou-se na produção do documentário como estratégia de ensino-aprendizagens a partir de situações do cotidiano do serviço de saúde e narrativas de trabalhadores, residentes, estagiários e usuários. O documentário pode oportunizar uma vivência virtual que aproxime o espectador/público às dinâmicas vivenciadas em uma Unidade de Saúde da Família. O produto audiovisual pode ser usado como disparador de processos pedagógicos permitindo problematizações a respeito dos conteúdos mencionados.

Entende-se também que as novas tecnologias informacionais assumem papel no ensino justificando-se seu uso diante da necessidade de torná-lo mais interativo (SILVEIRA, 2012). A educação na área da saúde fundamentada nos métodos tradicionais de ensino não tem sido suficiente para formar profissionais para modelos de saúde humanizados. Um novo

^{1,3} Residentes do Programa de Residência em Saúde Coletiva UFRGS.

² Mestrando do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina/UFRGS.

⁴ Professora adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia/UFRGS.

modelo desaúde exige novos sujeitos sociais, novas formas de prestação de serviços e novas maneiras de formar os profissionais da área (FERREIRA, 2006; WARMLING et al 2016).

O documentário, concebido durante o primeiro semestre de 2016, teve o roteiro das entrevistas baseado em questões expressadas pelos usuários do serviço. As principais dúvidas se relacionavam ao funcionamento do fluxo de atendimento e a organização do trabalho da equipe. Somada as falas, com o intuito de caracterizar a comunidade de referência deste serviço, foram gravadas imagens durante o acompanhamento de ações e atividades desenvolvidas no território.

A produção do vídeo documental contou com o apoio dos trabalhadores da equipe de saúde e com a parceria de pesquisadores/as e colaboradores/as do Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS/UFRGS). Ele está organizado em 11 capítulos, que podem ser visualizados na íntegra, sequencialmente, ou como unidades independentes, de acordo com o interessado. Os conteúdos gerais trabalhados são: políticas públicas de saúde, atenção básica e saúde da família, rede de atenção à saúde, processo de trabalho, interação serviço-trabalhador-comunidade e formação em serviço.

Pretende-se colocar em funcionamento e avaliar uma experiência internacional de ensino virtual que aborde sistemas e modelos de atenção e as responsabilidades sociais dos profissionais de saúde.

A criação de espaços virtuais de intercâmbio pode permitir uma dinâmica de debate e crítica sobre diferenças entre sistemas e modelos de saúde quando organizados para promover o acesso e o acolhimento na atenção à saúde.

Objetivos

Objetivo principal

Produzir um vídeo-documentário que retrate a organização de uma equipe de saúde da família e suas responsabilidades perante o desenvolvimento de um modelo humanista e centrado na atenção de pessoas vulneráveis.

Objetivos secundários

Organizar recurso educacional que permita inovações no ensino e na educação permanente em saúde.

Promover a troca de conhecimentos e experiências entre instituições de ensino e o apoio a estudantes, educadores, profissionais, usuários e gestores sobre modelos de atenção, cuidado e acolhimento a pessoas vulneráveis.

Metodologia e Desenvolvimento

O projeto integrou experiências, recursos financeiros e infra-estrutura tecnopedagógica dos principais parceiros institucionais envolvidos: Programa de Pós-graduação de Ensino na Saúde/UFRGS, Faculdade de Odontologia/UFRGS através do Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Residência em Saúde Coletiva/UFRGS e Sistema Único de Saúde (APÊNDICE D).

O documentário foi concebido com o intuito de problematizar o processo e organização de trabalho dos profissionais de saúde de um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), a Unidade de Saúde da Família (USF) Estrada dos Alpes da Unidade de Saúde Estrada dos Alpes. Pode ser visualizado através do acesso pelo link <https://youtu.be/SI6Oqd-D-6Q>

Um roteiro de perguntas abertas (APÊNDICE E) foi construído para orientar as entrevistas. Fundamentou-se em questões e conteúdos expressos pelas políticas de saúde e educação, assim como, pelos trabalhadores, residente, gestores e usuários que acessam o serviço de saúde. O enfoque foi relacionar modelos de atenção e a organização do trabalho da equipe.

As imagens do documentário foram gravadas durante os diálogos guiados pelo roteiro. Também, registraram-se imagens acompanhando atividades desenvolvidas no serviço de saúde, e que caracterizam o cotidiano do território em que a unidade está localizada e é responsável.

A edição e digitalização das imagens do vídeo foram realizadas por empresa (Raleduc: Tecnologia & Educação <http://www.raleduc.com.br/>) contratada via edital público de projeto de ensino na saúde desenvolvido pelo Centro de Pesquisa de Odontologia Social

O tempo total de filmagem (material bruto) é de cerca de 600 minutos (10 horas). Aproximadamente 480 minutos (8 horas) de entrevistas/falas e 120 minutos (2 horas) de gravações de ambientação/contexto geral. A versão final do vídeo, produto final pós-edição é 72 minutos.

A produção e inclusão de legendas resultaram da transcrição e edição das falas das entrevistas traduzidas para o inglês e francês.

Objetivos pedagógicos

O vídeo documentário está organizado em capítulos temáticos. A proposta é incentivar a construção do conhecimento com certa autonomia. A organização em torno de situações reais deve propiciar a vivência e exploração de conteúdos e práticas.

Pode ser utilizado conforme as intenções pedagógicas específicas, tanto como apoio de aulas presenciais como em cursos de educação à distância, nos ambientes virtuais de aprendizagem planejados na Plataforma Moodle (WARMLING, 2013).

Intercâmbios críticos e dinâmicos dos estudantes de saúde geram a consciência dos estudantes sobre as causas estruturais das desigualdades sociais e de saúde acesso aos cuidados e sobre o impacto das práticas de atenção e abordagens sobre eles (LÉVESQUE, 2013; 2014).

Serão criadas oportunidades aos usuários (estudantes de graduação e pós-graduação de cursos da área da saúde, assim como trabalhadores e gestores da saúde) de relacionar modelo de saúde da família com a prática vivenciada em um movimento de propositivo/reflexivo sobre onde estão e o que esperam das suas ações educativas.

O público alvo que se deseja alcançar com o filmesão estudante e professores das áreas de cursos da área da Saúde, trabalhadores e gestores de serviços de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde.

Capítulos do Vídeo

- A estratégia de saúde da família como modelo de saúde
- Falando de uma política pública de saúde
- A composição da equipe e os dispositivos da estratégia de saúde da família
- Do acolhimento aos fluxos de atendimento
- Rede de saúde: quem faz ela funcionar somos nós
- O posto começa a caminhar
- Não se faz saúde olhando só para a doença
- No caminhar a estrutura convencional do serviço se rompe
- Trabalho em equipe: sintonia e circulação do conhecimento
- Formação em serviço: a itinerância como metodologia de ensino
- Projeto terapêutico singular: o cuidado com dona Claudete

Considerações Finais

A realização do documentário permitiu a pesquisadora um olhar mais ampliado sobre as questões do processo do trabalho da equipe. Possibilitou inovações no ensino e na educação permanente na Unidade de Saúde Estrada dos Alpes que atua como campo para os estágios de odontologia, medicina e enfermagem da UFRGS, residência de saúde coletiva/UFRGS e residência de saúde bucal/UFRGS. As ferramentas de incorporação e inovação tecnológica podem auxiliar nas práticas de saúde como canais de comunicação com profissionais, usuários, gestores e as Instituições de Ensino.

Este documentário fará parte de um objeto virtual de aprendizagem, já em construção, que pretende avaliar uma experiência internacional de ensino universitário virtual que aborde a responsabilidade social dos profissionais de saúde e os modelos e sistemas de atenção.

O documentário teve sua pré-estreia no cinema Capitólio de Porto Alegre no dia 23/03/2016 e estará disponível no Repositório Digital da UFRGS – LUME.

Referências

AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. ADEA competencies for the new general dentist. *J. dent. educ.*, v. 77, n. 7, p. 899-902, 2013.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 328-331, 2006.

LÉVESQUE, M. C.; HOVEY, R. B.; BEDOS, C. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. *J Healthc Leadersh.*, v. 5, p. 35-46, 2013.

LÉVESQUE, M. et al. Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts. *Educ Action Res* [Internet], v. 23, n. 2, p.207-24, 2014.

PERRENOUD P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed Editora; 1999.

SILVEIRA, M. S.; CARNEIRO, M. L. F. Objetos de aprendizagem sob o ponto de vista dos alunos: um estudo de caso. *Rev Novas Tecnol Educ.*, v. 10, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.cinted.ufrgs.br/ciclo20/artigos/4d-mara.pdf>> Acesso em 20 janeiro 2017.

WARMLING, C. M.; REIS, M. A.; CESA, B. F. Avaliação do uso no ensino da saúde de objeto virtual de aprendizagem. *RENOTE. Revista Novas Tecnologias na Educação*, v. 11, p. 1-9, 2013.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; STOCKER, J. et al. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. *Rev. ABENO*, v. 15, n. 1, p. 1-16.

WARMLING, C. M.; PIRES, F. S.; BALDISSEROTTO, J.; LEVESQUE, M. Ensino da bioética: avaliação de um objeto virtual de aprendizagem. *Revista Bioética (Online)*, v. 24, p. 503-14-514, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de modificações no ensino da Odontologia aliados as políticas públicas de aproximação entre ensino, serviço e saúde estão favorecendo a construção de currículos que integrem em seu percurso formativo experiências curriculares de estágios nos espaços de trabalho do SUS.

Esse estudo mostrou, a partir do olhar dos próprios estudantes, que as vivências nos campos de trabalho de vida real conectam o elo entre teoria e prática proporcionando o desenvolvimento do agir em competência, características essenciais para o cirurgião dentista da atualidade.

Sabemos que os retornos sobre o investimento na educação devem ser esperados apenas a médio e longo prazo. Portanto, são necessárias mais pesquisas para acompanhar esse processo contínuo de mudança no perfil dos graduados como resultado das novas políticas de educação e saúde.

O fato da experiência do estágio caracterizar-se pelo ineditismo técnico, político e pedagógica a torna alvo prioritário de monitoramento continuado, como vem sendo realizado. Mas é preciso que os estudos sejam ampliados, procurando sempre conhecimento a respeito do desenvolvimento também na visão dos preceptores, tutores, docentes e gestores, que não constam no presente estudo. Os resultados relatados aqui devem ser informativos para outros programas que planejem desenvolver e implementar um novo programa baseado na comunidade ou aqueles que se esforcem para melhorar um programa existente.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOCO, E. T. M. Currículos disciplinares da área da saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-72, 2009.
- AYERS, C. S.; ABRAMS, R. A.; McCUNNIFF, M. D.; GOLDSTEIN, B. R. A comparison of private and public dental students' perceptions of extramural programming. *J Dent Educ.*, San Diego, v. 67, n. 4, p. 412-417, 2003.
- BOREHAM N. A Theory of Collective Competence: Challenging the Neo-Liberal Individualism of Performance at Work. *Br. J. Educ. Stud.*, v. 52, n. 1, p. 5-17, 2004.
- BRAID, L. M. C; MACHADO M. F. A. S.; ARANHA A.C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 42, p.679-692, 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE-CES n. 3, 2002*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso 10 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 fev. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso 10 set. 2016.
- _____. 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, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso 10 set. 2016.
- _____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 67p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/Projeto_SB2010_VersaoFinal.pdf>. Acesso 10 set. 2016.
- _____. 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; 2007a. Disponível em: <<http://www.prosaude.org>>. Acesso 5 out. 2016.
- _____. *Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006*. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

(LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html>. Acesso 5 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Interministerial Nº 1.802, 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 2008; 27 ago. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso 5 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 7 jan. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso 5 out. 2016.

CAMPBELL, T.; ARMSTRONG, S. A longitudinal study of individual and organisational learning. *The Learning Organisation*, v. 20, n. 3, p. 240-258, 2013.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. .

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v.9, n.16, p.161-8, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol. 13, n. 3, p.469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*, v. 13, n. 1, p. 545-55, 2009.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N.; de BARROS, S. G.; FIGUEIREDO, A. L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, Jan. 2011.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. *Tempus*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 179-194, 2012.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1181-1189, 2011.

DAVIDSON, P.L.; NAKAZONO, T.T.; CARREON, D. C. et al. Reforming dental workforce education and practice in the USA. *Eur.j. dent. educ.*, v. 1, n. 2, p. 73-79, 2011.

- DELUIZ, N. *O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo*. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set/dez.2001. Disponível em <<http://www.cefetsp.br/edu/eso/modelocompetencias.html>>.
- DIAS, I. S. *Competências em educação: conceito e significado pedagógico*. Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 73-78, jun. 2010.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; de TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.
- FERNANDEZ, N.; DORY, V.; STE-MARIE, L.G. et al. Varying conceptions of competence: Analysis of how health sciences educators define competence. *Med. Educ.*, v. 46, n. 4, p. 357-365, 2012.
- FEUERWERKER, L.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface*, Botucatu, v.6, n.10, p.37-50, 2002.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev., 2009 .
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Rev. adm. contemp.*, v. 5 (spe), p. 183-196, 2001.
- FORMICOLA, A. J.; BAILIT, H. L. Community-based dental education: history, current status, and future. *J. dent. educ.*, v. 76, n. 1, p. 98-106, 2012.
- FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: Mattos, R. e Pinheiro R. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, 2006.
- FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus*. v. 6, n.2, p.151- 163, 2012.
- GIRARD, J.E. *Experiencia de Canada: desarrollo y planificación de redes de atención em losservicios de salud*. Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de laRed Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.
- GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N.; das NEVES, J. C. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 28(suppl), p. 81-S89, 2012.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 331-S336, 2004.

HAMPSON, I.; JUNOR, A. Putting the process back in: rethinking service sector skill. *Work. Employ. Soc.*, v. 24, n. 3, p. 526-545, 2010.

HOBSON, R. S. A view of European challenges in dental education. *Br. dent. j.*, v. 206, n. 2, p. 65-66, 2009.

LE BOTERF, G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed Editora. 2003.

LEAT, P.; PINK, G. H.; NAYLOR, C. D. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal*, v. 154, p. 803-809, 1996.

LIMA, V. V. et al. Activators of processes of change: a proposal oriented to the transformation of educational practices and the training of health professionals. *Ciênc. saúde coletiva.*, v. 20, n. 1, p. 279-288, 2015.

LYNCH, C. D. et al. Effect of community-based clinical teaching programs on student confidence: a view from the United Kingdom. *J. dent. educ.*, v. 74, n. 5, p. 510–516, 2010.

MAGALÃES JR., H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Cienc. saúde coletiva.*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, dec. 2013.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus.*, v. 5, n. 1, p. 21-34, nov. 2011.

OLIVEIRA, C. et al. Projeto Huka-Katu: a FORP-USP no Parque Indígena no Xingu. *Rev. ABENO*, São Paulo v. 5, n. 2, p. 135-139, jul./dez. 2005.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–797, 2011.

PIRES, A. L. O. *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. 2002. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação, pela Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Disponível em: <http://www.socialgest.pt/_dllds/EFATESE_FORMACAO-AOLONGO-DA-VIDA.pdf> Acesso em: 20 ago. 2016.

PERRENOUD, P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.

PISKOROWSKI, W. A. et al. Development of a sustainable community-based dental education program. *J. dent. educ.*, v. 75, n. 8, p. 1038-1043, 2011.

PUCCA, JR. G. A.; COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. Oral health policies in Brazil. *Braz. oral Res.*, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

PUCCA, JR. G. A.; GABRIEL, M. de A. M. E.; de ALMEIDA, F. C. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J. dent. res.*, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

RAMOS, M. N. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SCAVUZZI, A. I. F. et al. Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de odontologia. *Rev ABENO.*, v. 15, n. 3, p. 109-113, 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In Schwartz, Y. e Durrive, L. (Org.) *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana* Niterói: Ed. UFF, 2007.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BRASIL). *Ciênc. saúde col.*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz Oral Res.*, São Paulo, v. 26, n. spe1, p. 94-102, 2012.

TOASSI, R. F.C. et al. Teaching at primary health care services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian health care professionals' training. *Interfac*, v. 17, n. 45, p. 385-392, 2013.

WARMLING, C. M. et al. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. *Rev. ABENO*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-16, abr./jun. 2015.

WEBER, S. M. O “intra-empendedor” e a “mãe”: estratégias de “fomento” e “desenvolvimento” do empreendedor de si no desenvolvimento organizacional e na ação afirmativa. In. Peters, Michael A.; Besley, Tina (orgs.) *Por que Foucault? Novas diretrizes para a pesquisa educacional*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc. saúde coletiva.*, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.

ZILBOVICIUS, C. et al. A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. *J dent. educ.*, San Diego, v. 75, n. 4, p. 557-564, Apr. 2011.

APÊNDICES A – QUESTIONÁRIO ESTAGIÁRIOS

Questionário

Estágio Curricular em Serviços de Gestão e de Atenção Especializada em Saúde Bucal do Sistema
Único de Saúde

Data: ____/____/____

Orientação:

Este questionário tem por objetivo avaliar o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da FO/UFRGS. Por favor, responda todos os itens. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. Ao responder ao questionário, tenha em mente as suas próprias percepções. A sua informação será mantida em sigilo.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 Sexo: (1) masculino (2) feminino | 2 Idade: __ __ anos | 3 Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) separado ou divorciado (4) viúvo (5) outro. Especificar: _____ |
|---|----------------------------|---|

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 4 Estado de origem: _____ | 5 Cidade de origem: _____ |
|----------------------------------|----------------------------------|

BLOCO II - O AGIR EM COMPETÊNCIA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL

1. Qual a sua opinião sobre os seus conhecimentos obtidos durante o Estágio II a respeito dos protocolos de atenção especializada da saúde bucal no SUS?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

2. Qual a sua opinião sobre a sua inserção na realidade da atenção especializada da saúde bucal do SUS obtida durante o Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

3. Qual a sua opinião sobre sua capacidade de aplicar os protocolos preconizados da atenção especializada em saúde bucal na realidade que você conheceu?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

4. Durante a sua atuação no estágio II você modificou os protocolos de atenção especialidades em saúde bucal estabelecidos?

() não () sim

4.1 Por que?

4.2 Poderia citar algum exemplo marcante.

5. Como você avalia a sua motivação para o trabalho na atenção especialidades em saúde bucal?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

6. Como seus valores técnicos foram respeitados nas atividades de atenção especializada em saúde bucal realizadas durante o Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

7. Qual sua opinião sobre o trabalho em equipe realizado nas atividades de atenção especializada em saúde bucal do Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

BLOCO III - AVALIAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIOS

1. Qual sua opinião sobre o estágio nos serviços de assistência odontológica especializada (CEOs) e/ou serviços hospitalar do SUS?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

2. Qual a sua opinião sobre o estágio que realizou nos campos de gestão?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

3. Qual a sua opinião sobre o estágio que realizou no CEO UFRGS?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

4. Qual a sua opinião sobre os preceptores dos campos onde estagiou?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

5. Qual a sua opinião sobre a estrutura dos campos onde estagiou?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

BLOCO IV ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO Á DISTÂNCIA (EAD)**1. Qual sua opinião sobre as atividades de educação a distância realizadas no Estágio II?**

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

2. Qual a sua opinião sobre o uso da plataforma de aprendizagem virtual do Moodle no estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

3. Qual a sua opinião sobre os conteúdos curriculares disponibilizados através da plataforma de aprendizagem virtual Moodle no Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

4. Qual a sua opinião sobre os fóruns em EAD realizados no Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

5. Qual a sua opinião sobre o uso da história do objeto de aprendizagem *Hipertexto de saúde bucal* no Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

6. Qual a sua opinião sobre o uso da história do objeto de aprendizagem *Coordenação do Cuidado* no Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

BLOCO V – PEDAGÓGICO**1. Qual a sua opinião sobre o planejamento geral das atividades desenvolvidas no Estágio II?**

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

2. Você considera que os objetivos do estágio foram alcançados?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

3. Qual a sua opinião sobre as atividades presenciais realizadas com a turma toda reunida na Faculdade de Odontologia nas segundas pela manhã no Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

4. Qual a sua opinião sobre os docentes do estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

5. Qual a sua opinião sobre as atividades de tutoria realizadas no transcorrer do estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

6. Qual a sua opinião sobre os projetos terapêuticos singulares desenvolvidos no transcorrer do Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

7. Qual a sua opinião sobre os conteúdos teóricos desenvolvidos no estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

8. Qual a sua opinião sobre as relações existentes entre os conteúdos desenvolvidos nas atividades presenciais e as realidades vivenciadas nos campos de estágio no SUS?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

9. Qual a sua opinião sobre a carga horária do Estágio II?

0=não sabe 1=insatisfatório 2=regular 3=bom 4=muito bom 5=ótimo

Observações:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. **“Experiências do Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da FO/UFRGS em serviços do SUS de Gestão e Atenção especializada em Saúde Bucal, entre os anos de 2012 e 2017”**. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

O presente estudo tem o propósito de avaliar Experiências do Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizado em serviços do SUS responsáveis pela gestão e a atenção especializada em Saúde Bucal. As informações serão coletadas através de um questionário estruturado contendo perguntas abertas e fechadas, realizado pela pesquisadora em horário e local definido e acordado com o participante. As respostas serão digitadas para análise, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional, sendo garantidas a privacidade e a confidencialidade do participante.

O benefício esperado com a pesquisa será o de contribuir com os processos pedagógicos de aprendizagem, além de conhecer o perfil do estudante da FOUFRGS. Quanto aos riscos salienta-se a possibilidade de identificação do estudante. Caso sinta-se prejudicado tem o direito de retirar-se a qualquer momento da participação no estudo sem nenhum prejuízo. Se possuir novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum

prejuízo pela sua participação, pode conversar com a professora Cristine Maria Warmling (coordenador/ pesquisador) no telefone 0XX5191994058/5133085015 a qualquer hora ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone 0XX (51)33083738.

Eu, _____, residente e domiciliado, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido (a) em ____ / ____ / ____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador, da pesquisa **“Experiências do Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da FO/UFRGS em serviços do SUS de Gestão e Atenção especializada em Saúde Bucal, entre os anos de 2012 e 2017”**. Declaro que foram explicados as justificativas, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na da pesquisa, assim como, os riscos e benefícios que poderão ser obtidos. Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que responder a um questionário semi-estruturado contendo perguntas abertas e fechadas, em horário e local definido e acordado com a pesquisadora. Estou ciente de que as respostas que darei serão digitadas para análise, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional, sendo garantidas a privacidade e a confidencialidade do participante.

Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora Cristine Maria Warmling sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos e os riscos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que posso solicitar o desligamento da pesquisa a qualquer momento. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Pesquisador

Participante da Pesquisa

APÊNDICE C – TABELAS ARTIGO

Tabela 1 - Escala Likert de acordo com os diferentes blocos compostos por categorias temáticas e seus componentes analisadores.

| | Ótimo e Muito Bom n(%) | Bom e Regular n(%) | Insatisfatório n (%) | Não sabe n(%) | Total n (%) |
|--|------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| BLOCO II - O agir em competência | | | | | |
| Conhecimento de Protocolos | 129 (52,4) | 112 (45,5) | 04 (1,6) | 01(0,5) | 246(100) |
| Inserção na realidade | 133 (54,1) | 97 (39,5) | 14 (5,7) | 02 (0,7) | 246 (100) |
| Capacidade de aplicar os protocolos | 121(49,2) | 114 (46,4) | 07 (2,8) | 04 (1,6) | 246 (100) |
| Motivação para o trabalho | 140 (56,9) | 93 (37,7) | 10 (4,0) | 03 (1,4) | 246 (100) |
| Respeito aos valores técnicos | 141 (62,6) | 91 (36,9) | 10 (4,0) | 04 (1,6) | 246 (100) |
| Trabalho em equipe | 93 (37,8) | 123 (50) | 26 (10,6) | 04 (1,6) | 246 (100) |
| BLOCO III - Avaliação dos campos de estágio | | | | | |
| CEO/Serviços Hospitalares do SUS | 137 (55,8) | 98 (39,8) | 08 (3,2) | 03 (1,2) | 246 (100) |
| Campos de Gestão | 97 (39,5) | 109 44,3) | 36 (14,6) | 04 (1,6) | 246 (100) |
| CEO UFRGS | 179 (72,8) | 58 (23,6) | 06 (2,4) | 03 (1,2) | 246 (100) |
| Preceptores | 169 (68,7) | 72 (29,2) | 04 (1,6) | 01 (0,5) | 246 (100) |
| Estrutura | 126 (51,2) | 111 (45) | 08 (3,2) | 01 (0,5) | 246 (100) |
| BLOCO IV - Atividades de educação à distância | | | | | |
| Atividade de educação à distância | 54 (21,9) | 160 (65) | 28 (11,4) | 04 (1,7) | 246 (100) |
| Plataforma MOODLE | 88 (35,8) | 109 (44,3) | 31 (12,6) | 18 (7,3) | 246 (100) |
| Conteúdos na plataforma MOODLE | 107 (43,5) | 105 (42,7) | 13 (5,3) | 21 (8,5) | 246 (100) |
| FÓRUNS em EAD | 57 (23,1) | 121 (49,1) | 47 (19,1) | 21 (8,5) | 246 (100) |
| BLOCO V - Avaliação pedagógica | | | | | |
| Planejamento atividades pedagógicas | 53 (21,5) | 165 (67,1) | 21 (8,5) | 07 (2,9) | 246 (100) |
| Os objetivos foram alcançados? | 127 51,5) | 109 (44,3) | 07 (2,8) | 03 (1,4) | 246 (100) |
| Atividades presenciais na Faculdade | 85 (34,6) | 145 (58,9) | 15 (6,0) | 01 (0,5) | 246 (100) |
| Docentes | 113 (45,9) | 121 (49,2) | 10 (4,1) | 02 (0,8) | 246 (100) |
| Tutorias | 65 (26,4) | 145 (58,9) | 27 (11) | 09 (3,7) | 246 (100) |
| Projetos terapêuticos singulares | 114 (46,3) | 110 (44,7) | 21 (8,5) | 01 (0,5) | 246 (100) |
| Conteúdos teóricos | 98 (39,8) | 139 (56,5) | 08 (3,2) | 01 (0,5) | 246 (100) |
| Relações conteúdos/realidades campos | 100 (40,7) | 134 (54,4) | 10 (4,1) | 02 (0,8) | 246 (100) |
| Carga horária | 119 (48,4) | 118 (48) | 07 (2,8) | 02 (0,8) | 246 (100) |

| Semestre | <i>n</i> | Média±DP | 95 IC* |
|----------|----------|--------------------------|-----------|
| 2013/1 | 31 | 4,13±0,71 ^a | 3,87-4,39 |
| 2013/2 | 39 | 3,64±1,08 ^{ab} | 3,29-3,99 |
| 2014/1 | 35 | 3,23±1,11 ^{b c} | 2,85-3,61 |
| 2014/2 | 36 | 3,11±0,95 ^{b c} | 2,79-3,43 |
| 2015/1 | 34 | 3,65±0,81 ^{a b} | 3,36-3,93 |
| 2015/2 | 26 | 2,81±1,05 ^c | 2,38-3,24 |
| 2016/1 | 45 | 3,80±1,01 ^{a b} | 3,50-4,10 |
| Total | 246 | 3,51±1,04 | 3,38-3,64 |

Tabela 2. Média de valores da escala Likert em relação ao objetivo geral do estágio curricular em relação aos diferentes semestres.

Análise de variância (ANOVA): $p < 0,001$. Letras diferentes em uma mesma coluna significam que houve diferença estatística, de acordo com o teste de Tukey ($P < 0,05$). *95% intervalo de confiança.

Tabela 3. Distribuição da amostra em relação a modificação dos protocolos nos diferentes semestres.

| Semestre | Sem modificação (%) | Com modificação (%) |
|-----------|----------------------------|----------------------------|
| 2013/1 | 23 ^a (74,2) | 08 ^a (25,8) |
| 2013/2 | 24 ^{a,b} (61,5) | 15 ^{a,b} (38,5) |
| 2014/1 | 12 ^{b,c} (34,3) | 23 ^{b,c} (65,7) |
| 2014/2 | 09 ^c (25,0) | 27 ^c (75,0) |
| 2015/1 | 10 ^{b,c} (29,4) | 24 ^{b,c} (70,6) |
| 2015/2 | 12 ^{a,b,c} (46,2) | 14 ^{a,b,c} (53,8) |
| 2016/1 | 15 ^{b,c} (33,3) | 30 ^{b,c} (66,7) |
| Total (%) | 105 (42,7) | 141 (57,3) |

Teste do qui-quadrado (X^2) de Pearson: $P < 0,001$, e quando necessário foi utilizado o teste Z para comparação de proporções com ajuste de Bonferroni ($p < 0,05$). Letras diferentes em uma mesma coluna significam que houve diferença estatística ($P < 0,05$).

Tabela 4. Relação entre modificação dos protocolos e a capacidade dos estagiários de aplicá-lo.

| Capacidade de aplicação | Modificação dos protocolos | | Total |
|-------------------------|----------------------------|---------------------|--------------|
| | Com modificação (%) | Sem modificação (%) | |
| 0 (não sabe) | 01 (1,0%) | 03 (2,1%) | 04 (1,6%) |
| 1 (insatisfatório) | 05 (4,8%) | 02 (2,1%) | 07 (3,3%) |
| 2 (regular) | 13 (12,4%) | 14 (10,6%) | 27 (11,4%) |
| 3 (bom) | 39 (37,1%) | 48 (34,8%) | 87 (35,8%) |
| 4 (muito bom) | 36 (33,3%) | 56 (39,7%) | 92 (37,0%) |
| 5 (ótimo) | 14 (11,4%) | 15 (10,6%) | 29 (11,0%) |
| Total | 105 (100,0%) | 141 (100,0%) | 246 (100,0%) |

Teste do qui-quadrado (x²) de Pearson: P= 0,739 (não significativo).

APÊNDICE D - FICHA TÉCNICA DOCUMENTÁRIO

Nome do documentário: SAÚDE DA FAMÍLIA: cultura, alteridade e formação.

Nome da cidade: Porto Alegre – RS;

Produção: Diogo Vaz, Camilla Nascimento, Gabriela Fávero Alberti, Cristine Maria Warmling

Roteiristas: Diogo Vaz, Gabriela Fávero Alberti e Camilla Nascimento

Direção: Diogo Vaz, Gabriela Fávero Alberti e Camilla Nascimento

Entrevistadores: Diogo Vaz e Gabriela Fávero Alberti

Entrevistados:

Karina Ellias: Agente Comunitária de Saúde

Karolinne Bampi: Agente Comunitária de Saúde

Simone Barbosa: Agente Comunitária de Saúde

Fabiana A. Oliboni Minuzzo: Enfermeira e Coordenadora da Unidade

Camilla Nascimento: Dentista

Diego Azevedo: Médico

Isabel Pinto: Técnica de Enfermagem

Guilherme Correa Leão: Técnico de Enfermagem

Marinei Martins: Auxiliar de Saúde Bucal

Leidna Caumo Grapilia: Residente Integrada em Saúde Bucal – Dentista

Júlia Schvarstzhaupt Lumertz: Estagiária do Curso de Enfermagem

Gabriela Fávero Alberti: Residente Multiprofissional em Saúde Coletiva – Enfermeira

Diogo Vaz: Residente Multiprofissional em Saúde Coletiva – Veterinário.

Claudete: Usuária da Unidade de Saúde.

APÊNDICE E

Roteiro das entrevistas

- Falar nome, profissão e tempo de trabalho, quanto tempo atua na Estrada dos Alpes.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

1.1 ESTRATÉGIA ENQUANTO POLÍTICA: Pensando a ideia de Política Nacional de atenção Básica (PNAB), em que a USF aparece como um dos modelos:

- SUS: universal, equidade, integralidade.

- Falar sobre o modelo (PNAB)

- O que você vê de diferença entre o modelo de unidade básica de saúde e a saúde da família?

- Qual o seu entendimento sobre a Saúde da Família?

- Por que da saúde bucal dentro do cuidado da Saúde da Família?

- Como você enxerga a Unidade de Saúde da Família dentro de uma rede de cuidado? Por que a necessidade de um cuidado intersetorial? Como se dá a interação com outros serviços?

*Cuidado longitudinal, primeiro contato, coordenação do cuidado, cuidado familiar/comunidade.

*Territorialização; cadastramento; população adscrita; acolhimento; demanda espontânea; e-sus; grupo de acompanhamento; cuidado longitudinal; participação da comunidade.

1.2 ESTRATÉGIA ENQUANTO UNIDADE DE SAÚDE ESTRADA DOS ALPES:

- A quanto tempo está na equipe de saúde da família Estrada dos Alpes? O que tu conheces do histórico dessa população?

- Como você vê a inserção do seu núcleo de trabalho dentro desse modelo de saúde da família?

- A saúde da família trabalha amplamente, incluindo questões biopsicosociais das pessoas. Como é trabalhar com essas questões?

- Papel de formação característico dessa Unidade (residências, estágios, disciplinas).

*Características do território e da população atendida; dificuldades/desafio; transporte coletivo; acesso; perfil dos usuários; participação da comunidade.

2. ROTINAS DA UNIDADE:

- Como a equipe se organiza para atender ao usuário que busca atendimento? Qualquer pessoa pode ser atendida?

- Como funciona os fluxos da unidade?

- O que a unidade de saúde oferta para a população?

- O que você faz aqui dentro?

- Qual sua rotina de trabalho?

3. TRABALHO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE:

- Quais suas atribuições? Como se dá seu trabalho?

- Qual o papel do agente comunitário na saúde da família? (AGENTES)

*Ações intersetoriais; participação na rede; comitês de saúde.

*Importância das agentes; cadastramento; visitas domiciliares; o trabalho na rua e a relação com a comunidade; a ideia de ser morador do território em que se trabalha.

4. GRUPOS (TABAGISMO, DE CONVIVÊNCIA):

- Como se formaram?

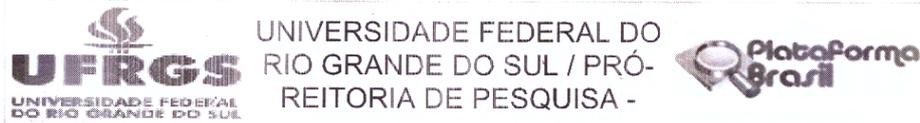
- Por que se trabalhar em grupo? Qual a importância?

FINAIS:

Desafio de se trabalhar na Saúde da Família?

Como você se sente trabalhando em uma unidade de saúde da família?

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estágio Curricular em serviços de Gestão e de Atenção Especializada em Saúde Bucal, do Sistema Único de Saúde, entre os anos de 2012 e 2014.

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08575312.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 137.229

Data da Relatoria: 25/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS>

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizado em serviços do SUS responsáveis pela gestão e a atenção especializada em Saúde Bucal, entre os anos de 2012 a 2014.

Objetivos Específicos: Descrever e compreender a organização de serviços do SUS responsáveis pela gestão e atenção especializada em Saúde Bucal.

Avaliar o objeto de aprendizagem sobre práticas dessa saúde bucal

Verificar os processos de educação presencial e à distância do Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da UFRGS.

Propor instrumentos de pesquisa para o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia, bem como instrumentos políticos, técnicos e pedagógicos para o aperfeiçoamento o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia.

Propor diretrizes para definir responsabilidades dos parceiros que constituem o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são abordados no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo de Caso apresentando uma etapa quantitativa e outra qualitativa, utilizando-se de múltiplas fontes de informação. O contexto será o Estágio Curricular Supervisionado II do Curso de Odontologia da UFRGS realizado em serviços do SUS responsáveis pela gestão e a atenção especializada em Saúde Bucal, no período de 2012 a 2014. Os participantes serão constituídos por 30 preceptores, 10 docentes e 250 acadêmicos de odontologia envolvidos no referido Estágio Curricular. A produção dos dados será a partir de dados secundários obtidos nos arquivos físicos e/ou virtuais do estágio (relatórios, provas, fóruns de debates, exercícios, diários, objetos de aprendizagem, chats, e/ou oficinas) e primários, utilizando-se, para tanto, de questionários. Para a análise quantitativa será criado banco de dados e submetidos à análise descritiva, teste t de student e teste qui-quadrado. Os dados qualitativos serão interpretados segundo análise do discurso

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta informações claras e pertinentes aos objetivos do estudo, os riscos e benefícios são abordados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apresenta adequação teórica e metodológica, respeita às exigências da Resolução nº 196/96 CNS em relação à pesquisa com seres humanos. Bem como a Resolução do CFO 42/2003 que aprova o Código de Ética Profissional Odontológico.

Recomenda-se aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer adequado, encaminhe-se.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



PORTO ALEGRE, 01 de Novembro de 2012

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br