

“A vida como ela é” e o desenvolvimento de competências e autonomia na integração ensino-serviço-comunidade

Franklin Delano Soares Forte*; Otacílio Batista de Sousa Néto**; Nelson Filice de Barros***; Aída Albuquerque Pontes****; Hannah Gil de Farias Morais****; Ailma de Souza Barbosa*****; Claudia Helena Soares de Morais Freitas*

- * Departamento de Clínica e Odontologia social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba
- ** Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Universidade Federal do Piauí
- *** Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas
- **** Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal da Paraíba
- ***** Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde

Recebido: 15/07/2021. Aprovado: 17/03/2022.

RESUMO

A formação em Odontologia alinhada às demandas atuais de saúde tem sido uma agenda importante. O objetivo desta pesquisa foi compreender os aprendizados a partir dos estágios supervisionados na perspectiva do desenvolvimento de competências e autonomia, a partir da voz de estudantes de Odontologia. Utilizou-se pesquisa qualitativa, com dois grupos focais, com 13 estudantes, de ambos os sexos, de um curso de Odontologia, de uma instituição federal de ensino no Nordeste do Brasil. Procedeu-se à análise temática de conteúdo. Os Estágios Supervisionados da Saúde Coletiva atuam como oportunidades de ensino-aprendizagem avaliação, permitindo vivência nos serviços públicos de saúde locais e territórios, sensibilizando o estudante para o cuidado integral e para a compreensão ampliada do processo saúde-doença. As vivências partem sempre da premissa de que o aprendizado está vinculado aos serviços de saúde e a um percurso construído coletivamente por todos. Portanto, a compreensão dos estudantes sobre a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, permitiram a articulação entre a teoria e a prática da Saúde Coletiva e o desenvolvimento de competências “socio-lógicas” implicadas aos contextos do trabalho em saúde. Com esse entendimento, os participantes reconheceram o princípio da educação pelo/com o trabalho e a importância de todos para troca e produção de conhecimentos e de saberes em saúde.

Descritores: Odontologia. Atenção Básica. Ensino.

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre a formação em saúde e os seus desafios alcançou contemporaneamente um

lugar de relevo na agenda global de estratégias de formação de recursos humanos¹. Esse debate é acompanhado de grandes desafios no ensino, na

mobilização e na retenção da força de trabalho e seu verdadeiro significado, hoje tão disputado semanticamente^{1,2}, a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e o desempenho das ações e dos serviços de saúde³. As metas relacionadas à saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas⁴ também apontam a necessidade dessa reflexão. Entre os principais desafios, está a formação contextualizada a partir das necessidades dos sistemas públicos de saúde e, por conseguinte, da população usuária⁵⁻⁷.

Incontestavelmente, temos formado mais profissionais de saúde no Brasil, mas isso por si não é suficiente⁸. Tanto escolas públicas quanto privadas de Odontologia no Brasil exibem lacunas na definição de competências para o ensino de graduação, conforme avaliação de instituições como o *Global Oral Health Interest Group of Consortium of Universities for Global Health*^{9,10}, a qual reconhece a(s) lacuna(s) na definição de competências.

Historicamente, a formação em Odontologia tem-se pautado na transmissão de conhecimentos técnicos e no desenvolvimento psicomotor de habilidades clínicas, com grande ênfase na doença, distanciando-se do cotidiano dos serviços públicos de saúde bucal^{6,11-13}. Uma exuberante, repetitiva e inextinguível ‘educação pelas mãos’, uma ‘Odontologia *in vitro*’, com materialidade em excesso, mas desprovida de alma e espírito¹⁴, fazendo sempre o jogo acríptico do complexo odontológico-industrial que domina as pautas, os interesses e os temas do ensino e da formação.

Internacionalmente, consensos apontam a necessidade da inserção precoce de estudantes de graduação em experiências na comunidade como algo a ser perseguido exaustivamente. Em busca da construção da *community-based dental education*¹⁵ a *Commission on Dental Accreditation (CODA)*, em 2013, determinou que os programas de educação em Odontologia ofereçam oportunidades

para que os acadêmicos participem de serviços com a comunidade¹⁶. No Brasil, essa inserção é um eixo importante em função da luta pela existência e permanente reinvenção do Sistema Único de Saúde e sua reforma sanitária do seu caráter ordenador da formação em saúde^{6,17-19}.

As DCN para os cursos de Odontologia sinalizam como competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente e competências específicas do núcleo da Odontologia²⁰. Além disso, as DCN orientam para a inserção de estudantes em cenários de prática dos serviços de saúde, através dos estágios supervisionados^{18,19,21,22}. Nesse contexto, a integração ensino-serviço-comunidade (IESC) é seu dispositivo mais bem materializado ainda que não único, os estágios supervisionados no SUS, possuem intensa vitalidade, que tem uma história anterior à criação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de uma vida imprecisa, ora oficial e nuclear, ora marginal. A IES revela uma performance aproximativa entre a formação acadêmica em saúde e a política pública de saúde, suas ações e serviços trabalhadores e usuários, e seus modos de vida^{18,19,21,22}.

Todavia, a literatura criticamente aponta que nem tudo é estágio e nem todo estágio é supervisionado⁶, por isso a compreensão de estágio que ancora esta pesquisa é a de possibilitar ao estudante a oportunidade de não apenas se inserir nos serviços públicos de saúde na atenção básica, mas também de desenvolver experimentação, elaboração e criação de uma certa forma de vida, um trabalho permanentemente em progresso, em co-construção solidária, ainda que com momentos de profunda solidão reflexiva^{6,13,18}. Esse movimento de idas e vindas, de avanços e recuos, de aceitação e recusa da clínica odontológica restrita, visa ao conhecimento efetivo do SUS por parte do estudante, em um espaço onde a vivência está em proximidade com a realidade⁶.

Nesse diálogo intercultural de mundos próximos e distantes, de saberes estabelecidos e saberes não estabelecidos, fronteiras, barreiras epistêmicas, terras conhecidas e estrangeiras, há a organização e estabelecimento de uma agenda de produção comunal de intencionalidades e competências. De um lado, o saber da academia e, do outro, o fazer dos serviços e o movimento comunitário de aproximações e distanciamentos. É o encontro singular e plural com o outro e tudo o que ele representa, tudo o que é identidade em um círculo-circuito de culturas^{18,23}.

Diante dessa complexidade e da escassez e necessidade de estudos sobre os estágios supervisionados em odontologia na perspectiva dos estudantes, apresentamos este artigo, com o objetivo de compreender os sentidos da integração ensino-serviço-comunidade atribuídos por estudantes de Odontologia, participantes dos estágios supervisionados no SUS ainda centrada na estratégia saúde da família.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, analítico e qualitativo, que explora e descreve a percepção de estudantes sobre estágios, na atenção básica e, assim, amplia e aprofunda o olhar a partir de suas singularidades²⁴.

O cenário de estudo da pesquisa foi uma instituição pública federal (IFES) no Nordeste do Brasil. O curso de Odontologia possui projeto pedagógico construído após as DCN de 2002. No projeto pedagógico, os estágios supervisionados são atividades práticas desenvolvidas nos territórios de Unidades de Saúde da Família (USF) do município no qual a IFES está inserida. O objetivo dos quatro primeiros estágios supervisionados distribuídos nos dois primeiros anos do curso, um por semestre, desde o primeiro semestre, é a mobilização e disponibilização de oportunidades e recursos cognitivos para o exercício do trabalho vivo em ato, particularmente

na odontologia, tendo como pressuposto o conceito ampliado de saúde e seus determinantes. Alinhadas a essa perspectiva há uma intencionalidade no delineamento do percurso formativo realizado enquanto estágio supervisionado, as ações e atividades são propostas a partir de uma ideia sobre o trabalho em saúde e as implicações deste sobre as pessoas e seus contextos de vida²⁵.

Cada estágio analisado neste artigo contempla separadamente 30 horas semestrais, e ao final de dois anos encerra 120 horas, sempre com supervisão direta e integral de docentes da IFES, e participação ativa dos preceptores, enquanto profissionais da ESF do município. Para cada semestre, o estágio tem objetivos de aprendizagem específicos e no conjunto visa a inserção acadêmica nos serviços de saúde para compreensão dos processos de trabalho na atenção primária brasileira, em particular na estratégia saúde da família. Especificamente, os estágios supervisionados I, II, III, IV dos dois primeiros anos do curso de Odontologia, estão sob a responsabilidade dos docentes da área de Saúde Coletiva.

Cada estágio tem seu próprio cenário de ensino-aprendizagem, professor supervisor, preceptor e um coletivo diferente de estudantes, cuja dimensão depende do tamanho das turmas em questão. Os campos envolvidos recebem em média de 10 a 13 estudantes.

Todas as atividades dos estágios supervisionados são pactuadas e realizadas a partir das necessidades do território. O planejamento das vivências em campo procura ser dialógico e participativo, proporcionando o engajamento de estudantes, de forma que propicia aos estudantes, professores supervisores, preceptores, trabalhadores, auxiliares de saúde bucal e representantes dos equipamentos sociais adscritos na USF a participação na elaboração das propostas de trabalho. Esse movimento visa valorizar e legitimar o território como cenário de aprendizado,

subsidiando a formação orientada pelo cumprimento aos princípios do SUS e pelas necessidades de saúde da população²⁵.

São realizadas ações de educação em saúde (bucal), procedimentos coletivos em odontologia e vigilância em saúde (bucal), conforme integração da equipe saúde bucal proposta pela PNSB. A condução do processo ensino-aprendizagem-avaliação dos estágios supervisionados é orientada pelas metodologias ativas, sobretudo a partir da problematização do cotidiano.

Para a presente pesquisa selecionou-se uma USF que é simultaneamente campo de estágio dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Fonoaudiologia, além da Odontologia. Os preceptores na referida unidade participaram das edições dos programas de reorientação da formação desde 2005, e duas das preceptoras são egressas do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

No município a Rede Escola existe há 16 anos no município, seu ponto de partida foi a implantação da Gerência de Educação na Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que é operacionalizada por um colegiado, com participação de representantes da gestão, e de diversas IES e escolas técnicas de saúde do município. A IFES tem convênio firmado com a Secretaria de Saúde, e os estudantes e docentes cumprem o que rege a Lei Federal do Estágio 11.788, com assinaturas de termos de pactuação de estágio e outros acordos bilaterais.

No período entre outubro de 2015 a maio de 2016 foram realizados dois grupos focais de forma presencial, um com seis e o outro com sete participantes, o primeiro 12 meses e o segundo 18 meses após a participações dos estudantes nos estágios, e tiveram duração média 40 minutos. Os convites para participação nos grupos foram feitos a partir de uma lista dos estudantes que realizaram os estágios II, III e IV na USF selecionada. Os

grupos focais realizados contaram com a participação de estudantes de ambos os sexos, com idade média de 22,5 anos.

Alguns estudantes a época da coleta estavam com matrícula interrompida sendo estes excluídos. O GF foi organizado e conduzido por uma equipe composta por um facilitador com experiência em pesquisa qualitativa e a operacionalização do GF contou com a participação de dois estudantes de iniciação científica com o papel de observadores, que registraram aspectos da interação entre os participantes e controlaram o tempo²⁶. Houve um alinhamento teórico-metodológico sobre pesquisa qualitativa com a equipe envolvida antes da realização dos grupos focais.

Os GF foram orientados por roteiro semiestruturado alinhado aos objetivos do estudo e feitos em dia e local mais acessível aos estudantes de forma a permitir o debate e interação entre os participantes e considerados satisfatórios e suficientes para a produção de informações. Os GF foram gravados para posterior transcrição e análise das informações, utilizando o método de análise de conteúdo temática de Bardin²⁷. Todos os debates foram transcritos, descaracterizando-se possíveis elementos de identificação individual dos participantes.

Como parte da metodologia do estudo, realizou-se também análise documental de 24 portfólios dos estudantes participantes da pesquisa. O portfólio é uma ferramenta de acompanhamento-avaliação do processo de ensino-aprendizagem dos estágios. Os estudantes são convidados a refletirem no portfólio sobre as vivências em campo, identificando potencialidades e fragilidades da trajetória de aprendizagem no semestre letivo. Para interpretação dos dados nos portfólios, também se utilizou a proposta da análise de conteúdo temática de Bardin²⁷.

As transcrições dos grupos focais e os relatos dos portfólios foram lidos e relidos exaustivamente até a ordenação dos temas, sendo a releitura do

material necessária para organização dos relatos e das observações. Esse processo foi feito por três pesquisadores, de forma independente, e, posteriormente, em reuniões para equalização dos temas, foram definidas as categorias de análise, com base no referencial teórico adotado e na recorrência dos relatos nos grupos focais e portfólios. Os registros dos grupos focais e dos portfólios foram apresentados sem correções gramaticais, e para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, foram codificados com as letras e numerados aleatoriamente, “GF” (Grupo Focal) 1 e 2, e Portfólio 1, 2, 3 ... 24.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba, sendo observadas a Resolução 466/2012 e a Declaração de Helsinki, sendo aprovado com o Parecer 995.916.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos grupos focais e dos relatos dos portfólios, emergiram conjuntos de sentidos que deram suporte para a criação de duas categorias: “A vida como ela é”: vivência e problematização da realidade e Desenvolvimento de competências e autonomia no processo de trabalho.

“A vida como ela é”: vivência e problematização da realidade

De acordo com os estudantes participantes da pesquisa, os estágios supervisionados proporcionaram interfaces de contato, familiaridade, atrito e estranhamento com o SUS, permitindo-lhes construir com os outros atores envolvidos um conhecimento vivencial, encadeando-se a experiências prévias com novos significados, na direção dos objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos, por meio de visitas domiciliares. Esse conjunto de ações foi consensuado no segundo grupo focal, no debate sobre o fato de que *“a maioria da gente vai*

adentrar no SUS e, (...) com os estágios, a gente vivencia isso para, quando futuramente a gente chegar no SUS, ter uma noção do que iremos fazer.” (GF 2). Esse consenso pôde ser observado em um portfólio da seguinte forma: *“tivemos ótimas experiências no estágio, já que, pela primeira vez, pudemos nos integrar, na prática, com a comunidade, conversar cara-a-cara com diferentes pessoas através das visitas domiciliares e conhecer a realidade de diferentes territórios”.* (Portfólio 1)

Percebeu-se pelos relatos como se deu o aprendizado a partir/na/com a realidade e a forma de ele se tornar uma experiência internalizada. Esse aprendizado permitiu aproximar o que já se conhecia ao novo, possibilitando a mudança, o deslocamento e o deslizamento dos significados e sentidos²⁸. Narrou um estudante que *“dessa forma, aprimoramos muito nossa capacidade de questionar, planejar, problematizar ideias. Além disso, nossos maiores guias na elaboração das atividades sempre foram os hábitos e costumes na comunidade”.* (Portfólio 1)

A IESC se territorializou no deslocamento dos estudantes da universidade para outros cenários de aprendizagem. Tratou-se de uma territorialização que pressupõe desterritorializar-se em novos territórios, quando os trabalhadores tiveram suas unidades de saúde, seus processos de trabalho, usuários e territórios ‘ocupados’ por jovens aprendizes, transformando trabalhadores em preceptores e a presença em ato naqueles cenários^{6,18,19,22}. A integração foi construída como o trabalho comum, coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores da saúde coletiva com trabalhadores dos serviços, gestores e usuários dos serviços, visando, ao mesmo tempo, à melhoria da qualidade da atenção à saúde, à formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços^{17,19,22}. No relato a seguir, observa-se como os estudantes se compreenderam nesse processo:

“É bem verdade que foram encontradas algumas dificuldades, mas pude compreender que a melhoria desses problemas só pode acontecer se houver uma corresponsabilidade entre a população e os profissionais de saúde de se comprometer com a mudança de práticas para a valorização do sistema”. (Portfólio 24)

“É importante frisar que, como já foi dito, nossa preocupação sempre foi atender à demanda daquele território em que estávamos atuando. Ou seja, os temas discutidos e as atividades realizadas não eram escolhidos com base nas nossas vontades, e sim com base nas necessidades e na realidade próprias daquele local.”. (Portfólio 1)

Para os participantes da pesquisa, a USF é o cenário de ensino-aprendizagem no qual todos contribuem, ou são convidados a contribuir, de algum modo, nas práticas em saúde que ali acontecem, nas etapas de concepção, de preparação e de desenvolvimento da ação propriamente, além da análise, reflexão e possível transformação dessas ações e atividades⁶. Todos são convidados a serem protagonistas, proativos e possíveis transformadores da realidade. Há a presença e um convite para uma ruptura epistêmica, nem sempre aceitos, nem sempre bem-sucedidos, mas, ainda assim, presente, conforme relatou um estudante em seu portfólio:

“Uma das grandes lições deixadas por esse Estágio foi a descoberta da importância da articulação do profissional de saúde com a comunidade, não somente na realização de atividades tecnicistas, mas também e principalmente na realização de atividades sociais, que busquem trabalhar a educação e a prevenção em saúde”. (Portfólio 8)

Seria, portanto, a IESC um elemento em si mesmo, instituído e instituinte de novas maneiras

de pensar e de fazer a formação em saúde? A resposta é sim, porque não se tratou de transformar ‘colonial e assepticamente’ o espaço das ações dos serviços de saúde e também das comunidades envolvidas em extensões ou réplicas empobrecidas e precarizadas dos hospitais e das clínicas intramuros dos cursos¹⁸. Em uma perspectiva pós-colonial, tratou-se de construir um conjunto de ações potentes de ensino-aprendizagem-avaliação, que ainda precisam maior desenvolvimento e possibilidades para se materializarem, mas que tornaram, na medida em que foram vividas, experiências de cuidado em cenários reais. Assim, os docentes e estudantes tornaram-se parte constitutiva dos serviços de saúde, e os profissionais dos serviços, agora preceptores, assumiram a corresponsabilidade na formação de novas gerações de profissionais da Odontologia. Houve uma partilha consentida de papéis no agir em saúde e nela afirmou um estudante que pôde se “sentir útil para a sociedade e entender ainda mais a responsabilidade social de um verdadeiro profissional da saúde”. (Portfólio 20). Outro estudante afirmou sobre a mesma situação que:

“Todas as decisões a serem tomadas precisam ser de forma conjuntas, obedecendo às prioridades discutidas pelos profissionais, objetivando sempre melhorar o acesso e o atendimento dos usuários. Para que isso ocorra, é fundamental o bom relacionamento entre os profissionais, para que eles tenham sua liberdade de expressão e possam juntar todas as boas ideias e transformá-las num único pensamento”. (Portfólio 23)

No relato de um dos estudantes, no cotidiano dos serviços, acontece “a vida como ela é..”, e por isso, eles são a “porta de entrada para conhecer o SUS”, isto é, são fontes de aprendizado significativo para novos conhecimentos, a partir da realidade da USF e da compreensão do mundo à sua volta. Tira-se o véu do laboratório, do mundo

in vitro que procura controlar as condições normais de temperatura e pressão, que ameniza os contrastes em meios-tons da realidade. As cores aqui, onde a vida acontece, no entorno e por todos os lados do serviço de saúde, são mais cruas e próximas. Há cheiros, barulhos, ruídos, pois “nos Estágios, a gente pôde ver de perto como aquilo funcionava, que é realmente um serviço onde as coisas acontecem” (GF 1), já que “nada melhor que a realidade, a vida como ela é! É necessário sair dos portões da universidade, dos livros e aprender na prática”. (Portfólio 24)

Nesse contexto, muito se estranha, mas muitas também são as oportunidades de problematização para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo diante dos problemas enfrentados, vistos e vivenciados. Tudo aquilo que escapa da boca e dos seus dentes, tudo que converge em bucalidade e outras possibilidades do pensamento estimulam a reflexão sobre a ação executada. Tendo experimentado todos esses deslocamentos, um estudante apresentou em suas reflexões do portfólio que “deixaremos de ser os estudantes que estão na universidade com o compromisso de apenas aprender e passaremos a ser estudantes que contribuem para melhorar, de alguma forma, a realidade de alguém”. (Portfólio 24)

As vivências nos territórios da USF visaram à integração ensino-serviço-comunidade, tendo como base não só o processo de trabalho e a sua extensão semântica, mas seus limites, conexões e interdições. Contribuíram para o olhar ampliado sobre outro processo de adoecimento dos sujeitos, famílias e comunidade, e, em uma terceira chave, não menos importante, contribuiu para a construção dos corpos e sujeitos envolvidos, das relações humanas na saúde, da promoção e educação em saúde, do diálogo, do silêncio e da construção coletiva com a equipe de saúde bucal^{6,18,21}. Relataram outros discentes em seus portfólios que:

“A observação da realidade não é só da situação de saúde da população, inclui, na verdade, também os recursos humanos que se têm disponível, para tentar modificar essa situação epidemiológica da forma mais adequada e possível de ser feita. A atenção dada aos componentes situados naquela área é de fundamental importância para a caracterização, subdivisão das tarefas, determinação de funções e execução do planejado, de acordo com o método escolhido”. (Portfólio 14)

“Sabemos que tem que haver uma prioridade de problemas e que ela deve ser destacada para ser resolvida primeiramente. Com isso, deve ser feita a seleção dos problemas, para que eles sejam posteriormente analisados e que sejam encontradas soluções que serão executadas em outro momento. (Portfólio 21)

As vivências nos estágios foram oportunidades de aproximação dos ‘estrangeiros’ (professores e estudantes) com os ‘nativos’ (serviços de saúde, seus artífices e seu processo de trabalho), bem como da criatividade e inventividade que ali existe no fabrico do cuidado. Nesse encontro entre impressões e realizações, aflições e afetações, conceitos se modificaram, o SUS e a própria vida ganharam mais vida, e os estudantes experienciaram possibilidades futuras, remotas ou próximas, de trabalho no SUS com as certezas de que, “quando você problematiza, você associa a prática à teoria e é muito mais do que uma transmissão de conhecimentos só em sala de aula”. (GF 1)

A problematização acompanhada pelo desejo de conhecer em cada contexto e as possibilidades de produção de cuidado em saúde são marcos regulatórios que pautam a IESC, a educação popular em saúde e outras estratégias do

campo sanitário coletivo. Poderíamos falar em encontrar epidemiologicamente as causas das causas, mas isso só não basta, apesar de sua grande importância; poderíamos nos debruçar sobre as portarias e as resoluções das políticas sanitárias, mas não pode ser só isso, apesar da importância incontestável. Há outros processos em curso, tão relevantes ou mais. Uma consciência crítica da impotência de parte das ferramentas com as quais somos treinados, e que são valorizadas quase como discurso único na formação, como história única de atuação do profissional de saúde cirurgião-dentista. Um senso de urgência e prontidão, um *ethos* para atuar no sentido de mudança, em defesa da vida individual e coletiva. Passando em revisão crítica à própria prática, os estudantes participantes observaram novos caminhos de convivência e de um cuidado pensado para a autonomia, permeados pela ideia de respeito, de justiça e de solidariedade^{28,29-33}.

O planejamento das atividades dos estágios supervisionados é participativo, e estudantes, docentes, cirurgião-dentista e auxiliares de saúde bucal da estratégia saúde da família ouvem as lideranças comunitárias, e as direções de equipamentos sociais colaboram ativamente. Nesse escambo de ideias, foi percebido pelos estudantes a importância do desenvolvimento de atividades voltadas para as necessidades da população, partindo-se da realidade local, para, assim, obter-se um planejamento contextualizado, com soluções adequadas, capazes de atender às demandas daquele determinado serviço/comunidade. Tudo isso levou o estudante a afirmar que:

“Acredito que esse foi um dos objetivos de todos esses estágios: que foi nos conscientizar a como trabalhar de forma humanizada, pensando nos pacientes de forma completa, para sabermos como planejar atividades de acordo com a realidade local, visando a uma melhor qualidade de vida.” (Portfólio 12)

Dialogar com as agendas das IES, SMS e comunidade não é uma tarefa fácil, nem simples, mas é, em alguma medida, possível. Atrás das agendas, há pessoas, instituições, redes mais ou menos articuladas de atenção à saúde; interesses maiores ou menores; há muitas barreiras e, ao mesmo tempo, o tempo de construir novas possibilidades^{32,33}. Nesse sentido, caminha o sistema saúde-escola do município sempre em construção de uma história, um passado, um presente e tudo o mais que conspira e oscila, ora favorável, ora desfavoravelmente à integração ensino-serviço-comunidade.

Em torno disso, situa-se a interrogação: a quem compete a responsabilidade pela formação dos novos profissionais de saúde? Existe exclusividade nessa missão? É somente da universidade? E o dilema da ampliação da qualidade da atenção dos serviços de saúde é só da gestão e dos trabalhadores de saúde? O que cabe como contribuição à universidade? Exposto a todas essas indagações, um estudante afirmou que:

“Temos o conceito de que o serviço de saúde não deve ser um instrumento de apropriação pela universidade para o treinamento dos futuros profissionais, mas a integração ensino-serviço consiste no fato de que ambas as instituições devem trabalhar com o propósito de satisfazer as necessidades da saúde da população, ou seja, as duas trabalham visando a um fim comum. Entretanto, o serviço de saúde possui uma dinâmica de trabalho específica, que não deve ser perturbada pela inserção dos estudantes no serviço, sendo nossa responsabilidade respeitar os processos de trabalho da equipe e buscar compreender a realidade social que estaremos inseridos. E para isso se faz inicialmente necessária a habilidade de ouvir.” (Portfólio 24)

Na “vida como ela é”, observamos, portanto,

a sinalização para uma formação de profissionais cada vez mais comprometidos com as pessoas e comunidades em que atuaram, atuam e atuarão, identificando-as como elas são, suas vicissitudes, peculiaridades socioeconômicas, epidemiológicas e psicossociais, sem o filtro protetivo da distância acadêmica, lá onde via de regra os pacientes só existem quando entram na clínica, nunca antes e muito pouco, depois que saem da mesma. O real existe e resiste a ser contemplado, capturado à distância, pede presença e errância pelos seus caminhos e vielas. As realidades encontradas ensinaram e foram objeto do aprendizado, gerando reflexão, crítica e autocrítica, constituindo-se no substrato fundamental à formação pessoal e profissional dos acadêmicos^{6,19-21,29,31}.

Desenvolvimento de competências e de autonomia no processo de trabalho em saúde

O desenvolvimento de competências para o cirurgião-dentista exige o exercício continuado de habilidades complexas, fundamentais para o exercício autônomo de uma prática odontológica não supervisionada, visando ao bem-estar do paciente²⁰. A *American Dental Education Association* (ADEA) construiu um guia com 39 competências para a formação em Odontologia, que estão organizadas em seis domínios, quais sejam: 1. pensamento crítico; 2. profissionalismo; 3. comunicação e relacionamento interpessoal; 4. promoção da saúde; 5. gestão da prática e informática; 6. atendimento ao paciente, incluindo a avaliação, o diagnóstico e o planejamento de tratamento e o estabelecimento e a manutenção da saúde bucal³⁴. Porém, o desenvolvimento de competências implicadas com os contextos, com as demandas e com a própria realidade³⁵ exige um conjunto de habilidades relacionais ou tecnologias aplicadas a soluções da vida coletiva, que requer de todos os envolvidos um conjunto de competências e habilidades "sócio-lógicas", ou seja, das lógicas sociais que atuam e condicionam as culturas de

cuidado dos cirurgiões-dentistas, e que estão submissas na nossa formação por razões que fogem ao escopo deste trabalho enunciar, mas podem e devem ser contempladas em outros estudos.

Nesse sentido, as competências para o cirurgião-dentista passam pelo aprendizado do campo - aqui compreendido como campo da saúde, de intercessão de todas as profissões de saúde e outras profissões - e do núcleo (saberes e fazeres específicos de Odontologia). Campo e núcleo aqui categorias construídas e reconstruídas socialmente, as quais estão ora em disputa, ora em partilha. O aprendizado de competências e responsabilidades, além de saberes, habilidades e atitudes próprias a esse profissional, passa ainda pelos temas transversais que sustentam sua prática enquanto trabalhador da área da saúde.

Formar cirurgiões-dentistas e quaisquer outros profissionais de saúde é uma missão que não prescinde da noção de aprendizagem ao longo da vida, da capacidade de adaptação às mudanças, do raciocínio crítico e da capacidade de tomar decisões fundamentadas em sua própria avaliação. Trata-se da formação ético-política de um profissional que precisa saber o que fazer tecnicamente e querer modificar e melhorar a realidade social com o conjunto das suas práticas. Os estágios analisados nesta pesquisa proporcionaram aos graduandos uma existência, um lugar social de sujeito-ativo no processo de trabalho em saúde, reflexivo sobre si mesmo e sobre as práticas em saúde que desenvolve ou pelo menos oportuniza. O estudo mostrou a partir de suas narrativas estudadas, o processo em que estudantes se tornaram analistas das dificuldades encontradas e propositivos, propositores, em alguma medida, de soluções para as dificuldades conforme se lê abaixo:

“Percebi que eu posso ajudar a mudar esse contexto a partir do momento em que eu tenho consciência dessas desigualdades; posso transformar o meio em que eu vivo

com ações voltadas para o bem-estar da coletividade, o que me fez refletir sobre a minha grande responsabilidade como futura profissional de saúde, de atender às necessidades da população.” (Portfólio 24)

“O mais interessante foi que marcávamos dia e hora para trazer determinada atividade requisitada pelo professor, porém coube exclusivamente a nós decidir o que seria feito, de que forma, se seria viável, se atingiria aquele público-alvo, se seria efetiva para determinado fim.” (Portfólio 1)

A autonomia do estudante é desenvolvida na interdependência entre sujeitos em um processo, de forma que os estágios não são isolados, solitários e ensimesmados, pois caracterizam uma prática de ensino-aprendizagem intencionalmente relacional e não independente e/ou individualista. Como aprendem na perspectiva da colaboração, com a participação de docentes e trabalhadores do SUS e mediados pelo cotidiano dos serviços de saúde, por um lado, estimula-se a autonomia dos sujeitos e do grupo, mas, por outro, entendem-se as influências externas e internas do próprio grupo, dos outros trabalhadores da USF, da comunidade e dos gestores. Um dos discentes relatou em seu portfólio que pôde se *“sentir parte ativa do processo de transformação da saúde da comunidade, como também pude adquirir e transmitir conhecimentos e principalmente pude começar a tentar pôr em prática as diversas teorias e ensinamentos aplicados em sala de aula.” (Portfólio 8)*

O exercício da autonomia tem como pressuposto a democracia, que, por sua vez, está na base do processo de transformação das DCN para os cursos de saúde. A autonomia do estudante em relação ao processo de ensino-aprendizagem é fundamental para ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a confiança nas suas tomadas de decisões em diferentes momentos do processo

que vivencia. Nos grupos focais, foram observados dois consensos em torno do processo de formação com autonomia, o primeiro sobre que *“você se colocava como dentista mesmo, e não como aluno, que chamava o professor para uma ajuda. Claro que tinha a ajuda do professor, mas a gente pensava como o dentista mesmo” (GF 2,)* e o segundo sobre *“a desenvoltura que melhorou muito, a fala, a forma de me portar diante de uma plateia, um grupo, (...), e isso reflete não só aqui, em Estágio, mas em outras disciplinas também.” (GF1)*

Houve consenso sobre a importância do protagonismo experimentado nos estágios no processo de aprendizagem, em que os professores e os preceptores atuaram como facilitadores, com práticas educativas definidas e organizadas pelos próprios estudantes, sendo os estagiários eles autores, executores e avaliadores do seu próprio aprendizado, mas nunca solitários. Tratou-se de um crescimento profissional originado na vivência da prática, construído de forma autônoma pelos sujeitos, que reconheceram, consensualmente, que *“nos conflitos sempre tinha aquelas pessoas que tomavam a frente; isso é importante, porque em todo grupo tem aquelas pessoas que tem o perfil mais de liderança” (GF 2)*. Esse consenso foi relatado em um portfólio da seguinte maneira: Dito de outro modo: *“Desenvolvi habilidades que nem sabia que tinha, como paciência para saber trabalhar em grupo, administração para dividir as responsabilidades e liderança para tomar a frente de alguns problemas quando necessário, além de conseguir aprender a lidar com as diferenças, com as realidades distintas, a saber respeitar o limite do outro e conseguir me aproximar e trocar experiências sem precisar invadir o seu espaço, através apenas do diálogo ou de um simples gesto.” (Portfólio 8)*

Os estágios fomentaram a oportunidade do desenvolvimento de competências, como a comunicação, a tomada de decisões, o trabalho em

equipe, o gerenciamento de conflitos, a liderança e a atuação com equipe. As experiências dos estágios também foram incorporadas, ou seja, trazidas para o corpo de forma tão válida e validada quanto o aprendizado nos muros da IES. Os participantes dimensionaram seus corpos entre os corpos de outros sujeitos e da comunidade. Ao colocar a si mesmos entre e juntos de outros agentes, aprofundaram suas competências comunicacionais e de escuta ativa para o trabalho em equipe. Assim, expressaram que *“aprender a trabalhar em equipe é essencial, porque, se você for trabalhar na ESF, com certeza vão ter muitas pessoas que não pensam como você e vai ter o mesmo problema que a gente tinha nos grupos, tentar achar um jeito.”* (GF 2) Assim, também compreenderam que *“Podemos ainda, aprimorar nossa relação em grupo. Tivemos que aprender a ouvir ideias diferentes das nossas, falar quando necessário, mediar conflitos, trabalhar a liderança em cada um, e etc.”* (Portfólio 1)

“A de ser “líder”, não tinha ideia de como tomei a frente e deixei transparecer meu espírito de liderança, até então despercebido por mim ... não foi tarefa fácil, e nada teria sido alcançado se não tivéssemos trabalhado juntos.” (Portfólio 13)

A aprendizagem com um mundo real, sem filtros ou anteparos que a vida acadêmica dentro da universidade fornece, potencializou a integração da universidade com a comunidade e o aprendizado reflexivo sobre o difícil e delicado exercício da cidadania e do cuidado humanizado em um país como o Brasil e suas metrópoles urbanas^{6,22,32,36}. Em um possível portfólio docente juntaríamos arte e vida para ilustrar o que tentaram nos dizer os estudantes sobre:

“E aprendi que se depende sempre, de tanta, muita, diferente gente

Toda pessoa sempre é as marcas, das lições diárias de outras tantas pessoas, e é tão bonito quando a gente entende, que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá

É tão bonito quando a gente sente, que nunca está sozinho por mais que pense estar

É tão bonito quando a gente pisa firme, nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos, é tão bonito quando a gente vai à vida, nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração” (Gonzaguinha, Caminhos do coração)

As limitações do estudo estão relacionadas a própria natureza da pesquisa qualitativa que se deu em um determinado cenário e com um grupo de estudantes. Assim, seria interessante a utilização de outras ferramentas de coleta de dados e outros tipos de estudo. Destaca-se que os portfólios foram produzidos pelos estudantes no contexto de acompanhamento/avaliação, assim, os estudantes podem ter filtrado algumas informações.

4 CONCLUSÃO

Os grupos focais revelaram em profundidade o percurso formativo de estudantes de odontologia a partir das impressões sobre o vivenciado no território, e os portfólios permitiram identificar as incorporações ou os registros em seus corpos e mentes, experienciados pela exposição à integração desenvolvida nos estágios supervisionados.

Conclui-se que esses os estágios em saúde coletiva atuaram como oportunidades de ensino-aprendizagem-avaliação extramuros formativas da universidade, permitindo com suas vivências nos serviços públicos de saúde, uma sensibilização dos estudantes para a vida vivida onde não estão acostumados a ir, para o cuidado integral e para a compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado. O aprendizado vinculado aos serviços de saúde e construído coletivamente proporcionou,

portanto, a compreensão dos alunos sobre a necessidade de integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, e o potencial de inovação que este dispositivo traz consigo, permitindo a articulação entre teoria e a prática da Saúde Bucal Coletiva e o desenvolvimento de competência “socio-lógicas” implicadas aos contextos do trabalho em saúde. Com esse entendimento, os participantes reconheceram o princípio da educação pelo/com o trabalho para a saúde e a defesa da vida e do SUS e a importância de todos para a troca e a produção de conhecimentos e de saberes em saúde.

ABSTRACT

"Life as it is" and the development of skills and autonomy in the teaching-service-community integration

Dentistry education aligned with current health demands has been an important topic on the agenda. The objective of this research was to understand the acquired knowledge in supervised internships in terms of the development of skills and autonomy, from the point of view of dentistry students. Qualitative research was used, with two focus groups, with 13 students of both genders, from a dentistry course, from a Federal Educational Institution in Northeastern Brazil. A thematic content analysis was performed. The Collective Health Supervised Internships act as teaching-learning evaluation opportunities, allowing experience in local public health services and territories, creating student awareness of comprehensive care and a broader understanding of the health-disease process. The experiences are always based on the premise that learning is linked to health services and to a path built collectively by everyone. Therefore, the students' understanding of the integration between teaching, service and community allowed the articulation between theory and practice of Collective Health and the development of "socio-logical" competencies involved in the contexts of work in healthcare. With this understanding, the participants recognized the principle of education through/with work and the importance of

everyone to exchange and produce knowledge and health education.

Descriptors: Dentistry. Primary Health Care. Teaching.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, World Health Organization 2016.
2. World Health Organization. Universal Health Coverage. 2017. [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/.
3. McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2016; 94(2):142-6.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde: um manual: Brasília, OPAS. 2020. 168 p.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010;376(9756):1923-58
6. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(1):221-31.
7. Moraes BA, Costa NMSC. Análise documental de currículos da área da saúde no Brasil. Atas CIAIQ. 2015; 1: 224-8.
8. Morita MC, Uriarte Neto M, Fontanella VRC, Haddad AE. The unplanned and unequal expansion of Dentistry courses in Brazil from 1856 to 2020. Braz Oral Res. 2021;35:e009.
9. World Health Organization Guidelines 2013. Transforming and scaling up health professionals' education and training. Department of Health Systems Policies and Workforce (HPW). Geneva: World Health Organization, 2013.

10. Seymour B, James Z, Karhade DS, Barrow J, Pruneddu A, Anderson NK, et al. A definition of global oral health: An expert consensus approach by the Consortium of Universities for Global Health's Global Oral Health Interest Group. *Glob Health Act*. 2020; 13(1): 1814001.
11. Hobson RS. A view of European challenges in dental education. *Br Dent J*. 2009;206(2):65-6.
12. Hood JG. Service-learning in dental education: meeting needs and challenges. *J Dent Educ*. 2009;73(4):454-63.
13. Forte FDS, Pontes AA, Morais HGF, Barbosa AS, Nétto ABS. Olhar discente e a formação em Odontologia: interseções possíveis com a Estratégia Saúde da Família. *Interface Comum Saúde Educ*. 2019; 23:e170407
14. Botazzo C. O conhecimento pelas mãos. *Rev ABENO*. 2017; 17(4):2-19.
15. Formicola AJ, Bailit HL. Community-based dental education: history, current status, and future. *J Dent Educ*. 2012;76(1):98-106.
16. Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2013.
17. Pessoa TRRF, Noro LRA. Formação em Odontologia: desafios para o desenvolvimento docente e efetiva inclusão do Sistema Único de Saúde. *Rev ABENO*. 2020; 20(1):2-12.
18. Forte FDS, Pontes AA, Morais HGF, Barbosa AS, Nétto ABS, Barros NF. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. *Interface Comum Saúde Educ*. 2020; 24: e200166-e200166.
19. Bruder MV, Lolli LF, Palácios AR, Rocha NB, Veltrini VC, Gasparetto A, et al. Supervised training in dentistry: experience of health promotion and multidisciplinary integration. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(2): 294-300.
20. Brasil. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial União* 2002; 4 mar.
21. Brockveld LSM, Venâncio SI. Avanços e desafios na formação do cirurgião-dentista para sua inserção nas práticas de promoção da saúde. *Physis*. 2020; 30(3):e300326.
22. Silveira JLGC, Kremer MM, Silveira MEUC, Schneider ACTC. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2020; 24: e190499.
23. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. 10ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2016.
24. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
25. Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Barbosa A, Morais MB, Braga CC, et al. Community-based education: Experience in community health supervised clerkships at the Federal University of Paraíba Dentistry Course. In: Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E. (orgs.). Community-based education for the health professions: learning from the Brazilian Experience. PAHO: Mexico. 2015. p. 221-232.
26. Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med Teach*. 2014;36(11):923-39.
27. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
28. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2001;5(8):89-100.
29. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciênc Saúde*

Colet. 2011;16(11):4481-92.

30. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(1):903-12.
31. Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM, Rossoni E, Rosa AR, Slavutzky SMB. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian National Health System (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. *Interface Comum Saúde Educ.* 2013;17(45):385-92.
32. Cavaleiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno FNEPAS*, 2011;1.
33. Carvalho SOB, Duarte LR, Guerrero JMA. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saúde.* 2015; 13(1): 123-44.
34. American Dental Education Association. ADEA competencies for the new general dentist. *J Dent Educ.* 2016;80(7):825-8.
35. Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC. 2003.
36. Souza AL, Carcereri DL. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. *Interface Comum Saúde Educ.* 2011; 15(39):1071-84.

Correspondência para:

Franklin Delano Soares Forte

e-mail: franklinufpb@gmail.com

Departamento de Clínica e Odontologia Social

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal da Paraíba

Campus Universitário

58051-900 João Pessoa/PB