

Experiencia de formación docente para la Clínica Ampliada en salud bucal, una agenda necesaria

Marcela Inés Bella*; Verónica Isabel Cano**; Julieta Lorena Ziem***; Nora Alicia Cisneros**; Lila Susana Cornejo****; Irma Alicia Moncunill*****

- * Profesora Asociada Odontología Preventiva y Comunitaria II, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
- ** Profesor Asistente Operatoria II A, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
- *** Profesor Asistente Odontología Preventiva y Comunitaria II, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
- **** Docente Estable de la Carrera de Doctorado en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
- ***** Docente Estable de la Carrera Especialización en Auditoría Odontológica

Recibido em 31/08/2017. Aprobado em 21/11/2017.

RESUMEN

El presente trabajo relata una experiencia de formación docente en el contexto de atención clínica de la salud bucal a niños de 8 a 10 años de edad en escuelas de enseñanza general básica 1. Se realiza en el marco del proyecto de investigación *Innovación en la producción del cuidado y en la atención integral de salud bucal, un aporte para la equidad* (2015-2016), desarrollado en acuerdo de cooperación internacional entre Facultades Públicas de Argentina y Brasil, para fortalecer estrategias de investigación y formación en salud colectiva. A modo de encaminar la transformación de las prácticas clínicas nos propusimos, reconocer a partir de la reflexión, las fortalezas y debilidades de las propias prácticas docentes en situación clínica en contexto escolar, identificando en ella significados y valoraciones, prácticas naturalizadas, para poder deconstruir y posteriormente diseñar la clínica ampliada en dicho contexto. Se aplicaron técnicas de observación participante de situaciones clínicas; entrevistas y diario de campo del profesional observado y dibujo a tema realizado por los niños que recibieron atención clínica-odontológica. Para el análisis y socialización de la información producida se trabajó con la modalidad de taller. La experiencia se desarrolló en 4 momentos: Conformación de equipo de operadores clínicos y observadores; práctica clínica en el contexto escolar; análisis individual y grupal de la información y diseño de la innovación. Los docentes connotaron positivamente el escuchar al otro como sujeto revalorizando la palabra y la actitud de flexibilidad ante emergentes no previstos; demandaron mayor cooperación en el equipo interdisciplinario; identifican tensiones y fortalezas las que serán ejes orientadores para la resignificación de prácticas clínicas en escenarios escolares en el marco de la clínica ampliada para el cuidado de la salud.

Descriptor: Salud Bucal. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Práctica Profesional. Educación en Odontología.

1 INTRODUCCIÓN

El modelo de atención en salud predominante en Argentina reproduce acríticamente, los parámetros del paradigma biomédico tradicional, las prácticas son fragmentadas en rutinas disciplinares aisladas y segregadas del conjunto de prácticas interdisciplinarias tanto en el sector público como privado, generando frecuentemente una oferta de servicios de salud inadecuados e ineficaces.

En general, y pese a los perfiles profesionales que se proponen en algunas currículas de instituciones formadoras del área de la salud, los profesionales egresados de nuestras universidades, consideran escasamente en sus prácticas, la realidad social del territorio. Consecuente los servicios de salud suelen albergar tensiones entre la productividad requerida por el sistema, la demanda social de atención, los modos de trabajo de los agentes de salud y la intersubjetividad producto del encuentro de los profesionales de la salud con el padecimiento de los usuarios

Paim (1982)¹, sugiere que, en respuesta a las necesidades de salud, los individuos desarrollan necesidades de servicios de salud. Así mismo es relevante considerar el efecto que tienen las prácticas de salud sobre el estado de salud de las personas, grupos o poblaciones, de lo que se desprende la búsqueda de que la innovación sea efectiva y que tenga la posibilidad de causar un impacto sobre la salud de una población con reducción de la morbilidad² y la significación del cuidado y la dolencia.

Otro aspecto fundamental por considerar es la construcción social del cuidado de la salud, como categoría compleja, revalorizando la subjetividad de los actores involucrados y el diálogo entre ellos en el espacio de práctica. Es así que cobra sentido el hacer colectivo de los sujetos en situación: usuarios, agentes de salud,

educadores e instituciones. En relación a ello, la teoría Paideia³ reconociendo las importantes diferencias de deseos, intereses, saberes y de poder, presentes en todo escenario de trabajo relacionado a los procesos de salud-enfermedad-atención, y la imposibilidad de anularlas, sugiere la ampliación y reformulación del conocimiento clínico y sanitario, a los fines de atenuar esas desigualdades³.

Campos (2002)⁴, señala la importancia de conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención, aprender la variación, saber escuchar, y más aun, saber indagar el caso singular y decidir ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas de todos los actores.

Se hace necesaria la reflexión sobre los roles y responsabilidades de los profesionales de la salud tendientes a producir cambios de reorientación del trabajo clínico y colectivo. Se trata de generar la ampliación de su núcleo de conocimiento y de prácticas sobre la base de la compartición entre el trabajador y el usuario³.

En el marco del proyecto *Innovación en la producción del cuidado y en la atención integral de la salud bucal aporte para la equidad 2015-2016*, desarrollado en acuerdo de cooperación internacional entre Facultades Públicas de Argentina y Brasil para fortalecer estrategias de investigación y formación en salud colectiva, de grado y posgrado, se plantea analizar los modelos de atención en salud bucal en diferentes escenarios de prácticas, a partir del concepto de *hábitus* de Pierre Bourdieu (2012)⁵ para comprender como operan o actúan los modelos profesionales que transmite la academia y como se legitiman las representaciones y prácticas de salud. “Las personas no son meras ejecutoras del *hábitus* y de las resoluciones externas, sino que tienen posibilidad de reflexión para la toma de decisiones personales y profesionales”. Al pensar

el área específica del análisis de las prácticas clínicas en espacios comunitarios - escuelas de enseñanza general básica 1 (EGB1) - es importante señalar que hablamos de una práctica no sólo social, sino profesional, asumiendo así toda la complejidad de éste enfoque en lo referente a la función social, humana y política. Esta función compleja se refleja integralmente en el rol de formador en ciencias de la salud, quien legitima en los escenarios de formación, los propios modelos de prácticas clínicas a los que adhiere.

A modo de encaminar la transformación de las prácticas clínicas hacia una clínica ampliada centrada en los Sujetos, en su existencia concreta incluyendo en ella la propia dolencia, nos propusimos, reconocer a partir de la reflexión, las fortalezas y debilidades de las propias prácticas docentes en situación clínica comunitaria en contexto escolar, identificando en ella significados y valoraciones, para resignificar prácticas naturalizadas; poder deconstruir y posteriormente diseñar la clínica ampliada en dicho contexto. Como deconstrucción y resignificación nos referimos a la apropiación por parte de los participantes de competencias para intervenir según las demandas del contexto, escuchando “al otro”, centrándose en el sujeto y tomando decisiones con compromiso ético construidas en la intersubjetividad de los actores.

2 RELATO DE LA EXPERIENCIA

Para acceder a la objetivación de las prácticas clínicas, utilizamos como herramienta la etnografía desde *un enfoque socio-antropológico*, sustentado tanto en fundamentos teóricos epistemológicos acerca del mundo social, como en consideraciones metodológicas vinculadas a un modo *relacional* de construir conocimientos, dado que la acción humana construye la realidad y me construye en el hacer cotidiano⁶. Esta perspectiva privilegia el enfoque

de la cotidianidad dando lugar al entrecruzamiento de las voces de todos los actores participantes; puesto que la posibilidad de transformar lo naturalizado/automatizado parte de poder reflexionar, tomar conciencia para reconocerlo, significarlo y transformarlo de ser necesario.

Estrategias y técnicas metodológicas

Con el propósito de analizar las prácticas clínicas desarrolladas por profesionales odontólogos en EGB1 dependientes de la Provincia de Córdoba, Argentina; cuando realizaban la atención de 11 niños de 8 a 10 años de edad, en el marco de una investigación con intervención. Se aplicaron técnicas de observación participante de situaciones clínicas y del contexto; entrevistas y diario de campo del profesional observado y dibujo a tema realizado por los niños que recibieron atención clínica-odontológica⁷. En las instancias observadas se realizó el registro audiovisual y/ o escrito, el que fue transcrito por cada observador para su posterior análisis reflexivo.

En el momento de preparación, análisis y socialización de la experiencia se trabajó con los profesionales docentes en encuentros con la modalidad de taller. Se seleccionó esta modalidad considerando que es un espacio que permite dar lugar a las voces de todos los actores.

La experiencia se desarrolló en 4 momentos: Conformación de equipo de operadores clínicos y observadores; Práctica clínica en EGB1; Análisis individual y grupal de la información; y Diseño de la innovación.

Primer momento: Conformación de equipos de operadores clínicos y de observadores

Se convoca a docentes de distintas asignaturas de la Facultad de Odontología, dispuestos a participar en una experiencia de análisis de práctica clínica comunitaria en un

contexto escolar. Se organizaron equipos de trabajo conformados por: a) 3 odontólogos operadores clínicos y un odontólogo como coordinador de clínica b) 3 profesionales del área de la salud como observadores

a) Perfil de los operadores clínicos: odontólogo y docente de asignatura clínica, quienes presentaron por escrito su Consentimiento Libre y Esclarecido a participar de la experiencia de metacognición sobre su propia práctica, sabiendo que serían observados, con el objetivo de “conocer cuáles son los distintos modos de relación/comunicación con el niño en situación clínica

Asistieron a un taller de sensibilización y coordinación donde se presentó el encuadre del proyecto, objetivos, tiempos, escenarios, recursos humanos y materiales.

Se consensuó que las prácticas clínicas podían concretarlas según sus propias modalidades personales contando sólo como orientación con el apoyo de una historia clínica común.

Se acordaron criterios diagnósticos y de registro en la historia clínica a utilizar, instrumental requerido, tiempos y cronograma de trabajo.

b) Perfil observadores: docentes integrantes del equipo de investigación de disciplinas del área social interesados en participar de la experiencia y estar dispuestos a desarrollar y/o profundizar competencias para observar, escuchar y registrar etnográficamente.

Asistieron a un taller de formación y organización en donde se presenta la propuesta de trabajo, objetivos, tiempos, escenarios, recursos humanos y materiales disponibles.

Se consensuaron procedimientos para el trabajo grupal de observación, registro y análisis (escritos, grabaciones, fotos, filmaciones).

Se destaca que el *registro etnográfico*, es un documento elaborado respetando al máximo

“la textualidad” de los eventos del contexto (acciones, discursos, silencios, lenguaje gestual, tonos de voz) como así también situaciones emergentes, tratando de no incorporar la carga valorativa del observador. Su construcción demanda especial atención ya que él mismo será tomado como fuente de datos a analizar⁷. Se distribuyeron espacios a observar (clínica y/o de contexto institucional) y se acordó sobre unidad de tiempo, espacio y distribución de las actividades previstas en un cronograma tentativo.

Se realizó un entrenamiento en el desarrollo de competencias para observar, “escuchar” y registrar etnográficamente, a través de rol-*playing* con guión temático orientador sobre cómo observar ciertos aspectos presentados. El guión no tenía orden lógico, cronológico, ni secuencial y los ejes que se sugerían en él, podían estar o no presentes en la situación observada.

Segundo momento: práctica clínica en contexto comunitario EGB 1

Los odontólogos que accedieron voluntariamente a ser observados, y participaron del primer taller, ingresaron al escenario de la práctica junto al observador asignado en cada día, para concretar la práctica clínica en el contexto del comedor escolar. El trabajo de campo se desarrolló en el término de 1 mes con dos encuentros semanales en la escuela Profesor Miguel Luciani. ocupando para ello el comedor escolar. Participaron de la experiencia 11 niños ambos géneros, de 8 a 10 años de edad que dieron su asentimiento y presentaron el consentimiento informado firmado por los padres, siendo la no presentación de los mismos, el único criterio de exclusión de participación.

Los odontólogos docentes operadores fueron observados por distintos observadores según día y niño con el que trabajaron.

Al concluir cada práctica clínica con un

niño, se recabó la voz de los actores participantes (odontólogo y niño).

Cuestionario escrito al odontólogo, fue llevado a cabo después de realizar la práctica clínica, con preguntas abiertas siguiendo un guión: “Cómo se sintió trabajando con este niño? Cual fue la mayor dificultad que tuvo ¿por qué? Qué fue lo que más le ayudó a comunicarse con el niño?”

Si bien esta actividad estaba prevista como obligatoria, fue en los hechos optativa, debido a la falta de tiempo y disponibilidad del operador para completarla.

Dibujo a tema al niño bajo la consigna “*hoy estuve con el odontólogo/a...*” Se le pide al niño que realice un dibujo relacionado con el momento (clínico) que paso con el odontólogo/a. Al concluir el dibujo se le pregunta que dibujó, quiénes son las personas del dibujo, dónde están qué hacen, qué dicen, etc. y se le solicita que complete las siguientes frases:

1. *Lo mejor o lo más bueno de trabajar con este/a odontólogo/a fue...*

2. *Lo peor o malo de trabajar con este odontólogo/a fue...*

Esta actividad estuvo a cargo de un estudiante del último curso de Odontología quien además de receptor los dibujos a tema registró por escrito lo que el niño explicó respecto al mismo.

Cada observador transcribió, además, el registro del contexto institucional y el de la práctica clínica, entregando copia al operador observado.

Tercer momento análisis: reflexión individual y grupal sobre la propia práctica

El acceso a la información se va dialectizando con el proceso de análisis interpretativo. El análisis se entiende como desmenuzamiento y problematización de la información, en la medida que se requiera para

chequear y ampliar alguna anticipación hipotética. Cuando hablamos de *interpretación* lo hacemos en dos sentidos. Por un lado en el sentido tradicional, *de vinculación con aspectos conceptuales más generales* y por el otro de comprensión del significado que producen los sujetos⁸.

Se concreta el proceso de análisis en dos modalidades sucesivas: individual y grupal.

a) Trabajo individual

Cada odontólogo observado leyó el registro realizado por el observador y marcó en él, aquellos momentos de su práctica que consideraba importantes, describiendo y significando cómo se sintió él en ese momento y cómo cree que se sintió el paciente, identificando y categorizando dichos párrafos. Explicó y describió por escrito su reflexión sobre los momentos clínicos, repensándolos con las siguientes preguntas orientadoras ¿Por qué cree que pasó eso? ¿Modificaría algo? ¿Qué? ¿Por qué? ¿Si la hiciera de nuevo cómo la haría?

b) Trabajo grupal

Con la participación de observadores, observados y coordinadores, se realizaron talleres de discusión grupal, de reflexión sobre la propia práctica a partir de los registros de observación y el diario de campo. La Voz de los docentes odontólogos observados, responsables de dichas prácticas clínicas fue escuchada en las lecturas del análisis individual metacognitivo, que cada uno realizó. La voz de los observados fue contrastada y entrecruzada, en un diálogo de escucha y reflexión con el análisis que realizó el observador de esa misma práctica y con los dibujos a tema de los pacientes (voz del sujeto niño) que fueron atendidos. Este proceso de mirada reflexiva sobre la propia práctica se desarrolló en una interacción dinámica, donde se construyeron colectivamente las categorías descriptivas de fortalezas y debilidades de las prácticas observadas⁹.

Cuarto momento resultados y propuesta de acercamiento a la clínica ampliada

A partir del análisis reflexivo de las propias prácticas, los docentes observados y los

observadores, construyeron ejes problemáticos, identificados en el trabajo clínico con los niños, que se agrupan en categorías descriptivas que se sintetizan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Matriz de análisis cualitativo sobre las prácticas clínicas

Categoría descriptiva	Aspectos identificados en la observación	Reflexión de operadores
Tensión entre la práctica clínica alienada y la práctica clínica reflexiva	Completar la historia clínica resultó complejo Requería profundizar su conocimiento, el que era superficial	<i>“No conocíamos las razones que fundamentaban los objetivos... (Operador J) “El protocolo de la historia clínica, nos hizo sentir atados” (Operador V)</i>
Se siente inseguridad para desprenderse de procedimientos rutinarios naturalizados	El completar la historia clínica predeterminada fue un fin y no un medio o instrumento para interactuar El protocolo de historia clínica, consensuado los hizo sentirse “atados” al instrumento dificultando la interacción con el paciente-niño	<i>“...Al principio me sentí como sapo de otro pozo...pero luego, mejor ya que pude trabajar como lo hago siempre” (Operador J)</i>
Valoración del trabajo en equipo y la interconsulta	(El odontólogo registra cuatro aftas activas)... Vuelve a observar, llama al coordinador y le dice “ <i>se muerde un poquito por la oclusión ...sería mordisqueo?</i> ”	<i>“...sacá la lengua ...guardala, vamos a ver si tenés ampollitas, lastimaduras ...”(Operador J)</i>
Los tiempos para desarrollar la consulta se tensionan con los tiempos institucionales y los de la investigación	El tiempo fue escaso para el cúmulo de actividades previstas en cada encuentro	<i>“Estaba ansiosa pero el contexto y los tiempos son diferentes. Me gusta tomarme tiempo, mucho tiempo sobre todo con los niños y en ese momento pensaba, también que me estaba demorando demasiado mientras más me demoraba menos chicos recibirían atención, todo una disyuntiva” (Operador V)</i>
La actitud de escucha del otro (sujeto niño) permitió autonomía en la práctica y confianza mutua	<i>Los profesionales expresan que les gustaría que los niños se sientan contenidos, con espacio para dialogar, sin embargo, relatan de diversas maneras que no se interactuó, no se dio lugar a que exprese lo que sentía o quería el niño.</i>	<i>“En necesario contar con mayor tiempo para conocerlos e interactuar con los niños”.(Operador J) “Me llamó la atención que decía presentar dolor cuando preguntábamos a pesar de no presentar clínicamente ninguna alteración visible”(Operador V) “La niña no preguntó sobre qué haríamos nosotros, no se quejó y acepto lo que le hicimos sin cuestionarlo” (Operador N) “Lo mejor del trabajo con (Z) fue su abrazote luego de terminar el dibujo y vino a despedirse...lo más feo ..hacer los malditos odontogramas e índices) (Operador V)</i>

Por su parte los actores niños en sus dibujos pos-consulta, reflejaron proyectivamente el tipo

de vínculo que establecieron con el odontólogo lo que se infiere del análisis de los siguientes

indicadores: presencia predominante de figuras humanas, representándose ellos mismos interactuando con el odontólogo en lugares diversos y muy coloridos, tales como parques, jardines e inclusive en el comedor escolar en el que fueran atendidos, con colores vivos y sin indicadores gráficos de ansiedad. En su mayoría identificaron al profesional que los atendió por su nombre, lo que coincide con sus respuestas verbales sobre que lo mejor de la situación vivida fue: “ *el trabajar con esa odontóloga y conocerla*”, describiéndola con adjetivos tales como: “ *linda, buenita, simpática divertida*” Si bien todo lo hasta aquí analizado evidenciaría una buena comunicación odontólogo-niño, no puede deducirse linealmente de esto, que la situación clínica no haya presentado también momentos vividos como desagradables, los que sí fueron descriptos por los niños en forma verbal al responder en la frase incompleta sobre lo peor de trabajar con este/a odontóloga/o fue: “*Que los odontólogos se cuiden para que los niños no los muerdan... no me gustó que me revisen con ese que pincha*” (niño de 10 años) “ *Lo peor fue ese líquido azul que me pusieron tenía gusto a calzón sucio* (niña de 9 años)”.

Atendiendo las condiciones en que se produjeron las relaciones odontólogos pacientes y comprendiendo los significados que los sujetos les otorgaron a dichas comunicaciones, en un espacio participativo y grupal contextualizado, se procedió a la construcción de argumentaciones en las que se fundamentaron las propuestas “pensadas” colectivamente, que presentadas por escrito por cada docente participante, constituyen el material de base para la elaboración de la propuesta final de acercamiento a la práctica en la clínica ampliada, como innovación para el cuidado de la salud específicamente en la situación clínica con niños en el contexto de la enseñanza elemental básica1.

Algunas de las propuestas de superación

como modo de acercamiento a la clínica ampliada fueron:

Diseñar circuitos de trabajo más flexibles, que ofrezcan pautas de trabajo consensuadas, que den lugar al trabajo en equipo y a lo interdisciplinar.

“...en lo personal cambiaría algunas formas de preguntar en la historia clínica, acondicionaría mi manera de dirigirme a los niños, estar más atenta al cómo preguntar, que anotar” (Operador N)

“Tal vez era inducido (acusar dolor) por nuestras preguntas de te duele? te molesta? aquí te duele, en dónde te duele deberíamos buscar una forma diferente de averiguar” (Operador J)

Crear un sistema de registro de la información necesaria para la atención clínica (historia clínica), que permita construir el caso clínico a partir del diálogo con el paciente/niño, la observación clínica y los antecedentes, que no interfiera en la comunicación.

“Se puede evaluar salud bucal sin necesidad de índices y odontogramas, priorizando el escuchar y la comunicación verbal y gestual con el paciente” (Operador V)

“Buscar una forma más amigable de registrar el estado de los elementos dentarios” (Operador J)

“Que cada uno pueda desarrollar la consulta en el tiempo que cada niño necesita” (Operador N)

“Debemos tomarnos el tiempo suficiente para aclararle estas cosas y que entiendan de qué se trata nuestra intervención...esto depende del tiempo de cada niño en particular para amoldarse a la situación. Con algunos de ellos lo hicimos y fue mucho más relajado, no se cansaban y no andábamos a las

corridas para terminar” (Operador V)

3 CONSIDERACIONES FINALES

La reflexión sobre la propia práctica permite abrir la posibilidad a la construcción local, a partir de la ecología de saberes, crear la situación temporo-espacial necesaria para conocer y valorizar las experiencias de los territorios y evitar el desperdicio de experiencias sociales disponibles, transformar lo ausente en presente, los imposibles en posibles y así volver reales experiencias alternativas a las hegemónicas^{10,11}. Se trata de recuperar conocimientos, prácticas, sentimientos y emociones en la interacción de las prácticas que construyen subjetividades.

Sustituir la monocultura del saber por una ecología de saberes que permita abrir espacio a las posibilidades de diferencias, que reconozca la multiplicidad y diversidad de prácticas sociales y recupere lo local al desglobalizarlo, estas formas de construir las prácticas desde la reflexión, permitirán construir el cuidado desde la posición axiológica de la potencialidad y sobre la posibilidad del encuentro, sustituyendo la idea mecánica de determinación, por la axiológica del cuidado^{10,11}.

Los odontólogos que participaron del proceso de reflexión sobre la propia práctica, pudieron visualizar sus rutinas atravesadas por paradigmas biologicista y del modelo tecnocrático hegemónico, para resignificar sus fortalezas y debilidades. Connotaron positivamente el escuchar al otro como sujeto revalorizando la palabra y la actitud de flexibilidad ante emergentes no previstos. Demandaron mayor cooperación en el equipo interdisciplinario. Diseñaron propuestas superadoras con modos más flexibles de organización de las prácticas clínicas comunitarias en el espacio escolar en las que se visibilizan acercamientos a la clínica ampliada¹²;

lo que supone incorporar la intersubjetividad en la relación paciente/profesional/servicio y el abordaje clínico integral del sujeto, lo que en salud bucal significa descentrarse de la noción de patología (caries, gingivo-periodontal, oclusión) para pensar en la integralidad y en el sujeto¹³.

La innovación será implementada por parte de los profesionales docentes participantes, los que a su vez buscarán multiplicar la experiencia con otros docentes y/o ayudantes alumnos, para conformar equipos de trabajo que se acerquen a la clínica ampliada en sus prácticas de cuidado de la salud dando así continuidad a la experiencia a través de la formación continua entre pares.

Se conformó un equipo de trabajo intercátedras, integrado por docentes que participaron de la experiencia, los que han diseñado una propuesta conjunta de espacios curriculares compartidos para la formación de grado, atravesados por los ejes de la clínica ampliada en salud bucal, en donde es central poder imaginar/concretar “otro modelo de atención o más bien otro modelo de clínica, acorde a la necesidad de la población, del sistema público¹⁴ y de los sujetos que comparten el espacio de las prácticas de salud”.

AGRADECIMIENTOS

El logro de este trabajo recoge la potencia del encuentro de investigadores, docentes, estudiantes, profesionales de los servicios de salud y de las comunidades escolares con las cuales trabajamos; así como el enriquecedor intercambio con docentes de Brasil y Argentina.

RESUMO

Experiência de formação de professores para a Clínica Ampliada em saúde bucal, uma agenda necessária

O presente trabalho relaciona uma experiência de formação de professores no contexto da atenção

clínica à saúde bucal para crianças de 8 a 10 anos nas escolas de educação básica 1. É realizada no âmbito do projeto de pesquisa *Inovação na produção do cuidado e na atenção integral de saúde bucal, uma contribuição para a equidade* (2015-2016), desenvolvido em um acordo de cooperação internacional entre escolas públicas da Argentina e do Brasil, para fortalecer estratégias de pesquisa e treinamento em saúde coletiva. Para direcionar a transformação das práticas clínicas que propusemos, reconhecer a partir da reflexão, os pontos fortes e fracos das próprias práticas docentes em uma situação clínica no contexto escolar, identificando significados e avaliações, práticas naturalizadas, para desconstruir e depois, projetar a clínica estendida nesse contexto. Foram aplicadas técnicas de observação participativa de situações clínicas; entrevistas e diário de campo do profissional observado e desenho para o tema feito pelas crianças que receberam atenção clínico-odontológica. Para a análise e socialização da informação produzida, trabalhamos com a modalidade da oficina. A experiência foi desenvolvida em 4 momentos: Conformação de uma equipe de clínicos e observadores; prática clínica no contexto escolar; Análise individual e grupal de informação e design de inovação. Os professores reconheceram positivamente a escuta do outro como sujeito, revalorizando a palavra e a atitude de flexibilidade diante de emergências inesperadas; exigiram maior cooperação na equipe interdisciplinar; eles identificam tensões e pontos fortes que irão orientar os eixos para a ressignificação das práticas clínicas em contextos escolares no âmbito da Clínica Ampliada para o cuidado da saúde.

Descritores: Saúde bucal. Treinamento de Recursos Humanos em Saúde. Prática profissional. Educação em Odontologia.

REFERENCIAS

1. Paim JS. Desenvolvimento teórico conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: 3, 1982.
2. Araújo Hartz ZM, Vieira da Silva IM. Evaluación en Salud. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009:30-31.
3. Campos GWS, Dorsa Figueiredo M, Pereira Júnior N, Pereira de Castro C. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2014;18 (suppl.1):983-95.
4. Campos GWS. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo, Editora Hucitec, 2002. p.51-67
5. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Ginebra: Dotz, 1972. 429p.
6. Achilli EL. *La investigación y formación docente.* Laborde editor. 2000.
7. Vasilachis de Gialdino I. *Estrategias de investigación cualitativas.* Editorial Gedisa; 2006.
8. Kormblit AL. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: Modelos y procedimientos de análisis.* Editorial Biblos Metodologías 2007.
9. Guber R. *El salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Buenos Aires: Editorial PAIDOS; 2004.
10. Santos BS. *Una epistemología del sur.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores, Clacso; 2013.
11. Spinelli H. *Volver a pensar en salud: programas y territorios.* *Salud Colectiva.* 2016;12(2):149-171.
12. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185p.
13. Botazzo C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. In: Botazzo C. *Diálogos sobre a boca.* São Paulo: Editora Hucitec, 2013, p. 56-80.
14. Botazzo C. *Pensando a integralidade da*

atenção e a produção do cuidado em saúde bucal. Perspectivas teóricas e possibilidades práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Editora Hucitec, 2013, p. 267-87.

Correspondência para:
Marcela Inés Bella
e-mail: bellamarcellabella@gmail.com
Haya de la Torre s/n, Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Córdoba
Ciudad Universitaria
Córdoba 5000, Argentina