

Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa

**A INFLUÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO
NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UFMG**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2005

Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa

**A INFLUÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO
NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UFMG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
da Faculdade de Odontologia da UFMG,
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Odontologia.
Área de Concentração:
Saúde Coletiva

Orientadora
Prof.^a Dr.^a Andréa Maria Duarte Vargas

Co-Orientadora
Prof. Dr.^a Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2005

Santa Rosa, Thalita Thyrsa de Almeida
D047 A influência do estágio supervisionado na formação de estudantes
S233i do curso de Odontologia da UFMG / Thalita Thyrsa de Almeida
2005 Santa Rosa, 2005.
T 122 fls.: il.
Orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas
Co-orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Odontologia.
1. Estágios supervisionados - Teses. 2. Educação em
Odontologia – Teses. I. Vargas, Andréa Maria Duarte. II.
Ferreira, Efigênia Ferreira e. III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. IV. Título.

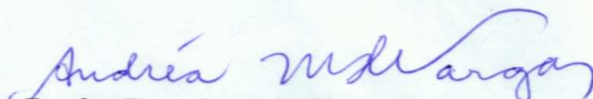
BLACK - D047



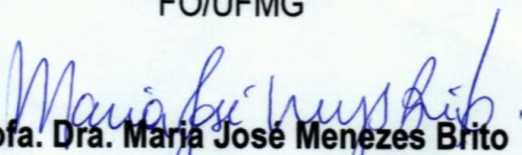
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

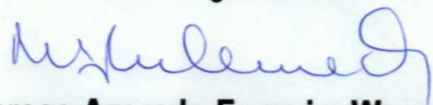
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Dissertação apresentada pela candidata **Thalita Thyrza Almeida Santa Rosa** para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de Saúde Coletiva, **aprovada** pela Comissão Examinadora abaixo assinada, em 18 de março de 2005.


Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas
FO/UFMG (Orientadora)


Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG


Profa. Dra. Maria José Menezes Brito
Escola de Enfermagem/UFMG


Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck
FO/UFMG

*Na criatura e na criação, o criador se expressa e se corporifica.
Este trabalho é, então, dedicado a Deus,
presente em tudo e em todos que contribuíram
para que esse momento fosse possível*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre um ato envolto em receio. Receio de esquecer um, de não fazer jus ao outro... A despeito disso, não poderia entregar esse trabalho sem agradecer a todos que foram Bênçãos em minha vida, que direta ou indiretamente participaram desse momento. Tenham certeza que tem um pouquinho de cada um de vocês no presente trabalho. Na tentativa de tentar organizar um pouco os agradecimentos e na impossibilidade de colocar todos no primeiro lugar (como o coração manda, mas a física proíbe) resolvi “categorizar” os agradecimentos: família, Faculdade, amigos...

A minha mãe, exemplo de fortaleza, persistência e amor; o porto seguro que sempre me abrigou e impulsionou a navegar em novas águas.

Obrigada por manter o farol aceso para apontar-me o caminho de volta...

Ao meu pai, pelo sorriso e carinho que guardo nítidos na lembrança e pela presença confortante nos momentos de apreensão.

Ao meu irmão mais velho preferido, Santa Rosa, apaixonado pela docência e epidemiologista nato, agradeço as conversas e explicações tantas vezes dadas rapidamente por telefone no intervalo de uma atividade e outra, pela presença no concurso, pela ajuda desde a seleção no mestrado até a fase final da dissertação.

A minha irmã preferida, Tatianna, exemplo de garra e doçura, companheira de todas as horas, em especial as mais sombrias.

A você, Taty, meu agradecimento pelas acolhidas festivas e pelos choros nas despedidas.

Ao meu irmão caçula preferido, José Raymundo, eterno Juninho, que personifica a vontade de vencer, a competência, a responsabilidade, o meu agradecimento pela paciência nas horas de mau humor quando tudo parecia dar errado: computador travar, chuveiro queimar, inspiração faltar e tantas outras coisas que dividimos nesses últimos dois anos...

Ao meu cunhado, João Carlos, que veio fazer parte da família Santa Rosa, agradeço a acolhida em sua casa, os churrascos de domingo feitos bem cedo, pois tínhamos que voltar logo pra BH, pelas prescrições e paciência em atender-me quando a pressão quis sufocar-me.

À Carol, Pedrinho, Kêko e Nina, sobrinhos amados, que encheram e enchem a minha vida de alegria, ternura e esperança num mundo melhor.

Aos Tios Afonso e Lilia e aos primos Júnior, Dan e Têca, pela acolhida carinhosa em sua casa e pela torcida constante em todas as minhas “investidas”.

À Lúcia Botelho, mais que madrinha, uma amiga de todas as horas...

Aos padrinhos Brasil e Imaculada pela presença amiga e constante, a despeito do tempo e da distância.

À Andréa Vargas, por ter aceitado orientar-me, pela paciência, pelas palavras de tranquilidade nos momentos de apreensão, por respeitar meus limites e por confiar em mim. Agradeço ainda a abertura para que eu mudasse de projeto.

Andréa, espero ter terminado essa etapa como uma boa orientanda... E que a porta tenha ficado aberta para novas parcerias no futuro...

À Efigênia Ferreira, que esteve presente nos grandes momentos da minha vida acadêmica: na graduação, na Jornada Acadêmica, na formatura, no concurso, no mestrado... (quicá no doutorado!)

Fi, agradeço a orientação, a paciência, o carinho e amizade. Espero ter-lhe sido uma boa surpresa...

À Marisa Drumond pela valiosa contribuição na pré-defesa e pela atenção durante o mestrado.

Aos participantes da pesquisa, por terem reservado um pouquinho do seu tempo e por terem partilhado comigo momentos tão preciosos de suas vidas.

O meu agradecimento e o desejo sincero que sejam muito felizes!

Aos colegas da UNIMONTES pelo apoio e acolhida e por “cobrirem” as minhas ausências em decorrência do mestrado. Obrigada, Adrienne Calixto, Alisson Neves, Cássia Pérola, Gislaine Maia, Mânia Quadros, Cleonice Maldonado, Raquel Ferreira, Simone Costa e Tânia Coelho. Agradecimento especial a Pérola pelo estímulo nos momentos anteriores ao mestrado.

Aos alunos da UNIMONTES, motivo maior dessa empreitada, pelo carinho, pelo “sangue novo”, pelo entendimento quando da minha ausência.

À Janete, Sarah e Vanessa pela atenção, carinho e disponibilidade em ajudar.

Ao Marcos Werneck, um apaixonado pelo Estágio Supervisionado e pelo Serviço Público, agradeço os ensinamentos e a boa vontade. Agradeço, ainda, a idéia de fazer esse trabalho, decisão tomada após uma de suas aulas.

Aos professores do Estágio Supervisionado: Andréa Palmier, Flávio Mattos, Inês Barreiros, João Henrique Amaral, Marcos Werneck, Marisa Drumond, Simone Lucas e Valéria Barbosa pela receptividade em todas as atividades referentes ao Estágio. Agradecimento especial aos professores com os quais viajei para participar das visitas de supervisão. Agradeço, ainda, à Cíntia Carla, secretária do Estágio Supervisionado, pelo sorriso receptivo e pela boa vontade em tudo o que precisei.

À família Porto, que me abriu as portas de sua casa e do seu coração, tornando-se minha família em BH desde a graduação.

Agradecimento especial a Carla Porto, amiga e companheira de risos e choros, que confiou em mim quando as adversidades insistiam em me desanimar... Muito obrigada!

À Patrícia Bueno, colega da graduação, amiga e cúmplice em todas as horas, desde escolha do vestuário até divagações filosóficas acerca do sentido da vida. Obrigada, minha amiga!

À querida e admirada amiga, Cristiane Branco, exemplo de determinação, racionalidade e garra, pelas palavras de ânimo, pelas conversas banais e por me chamar à razão quando foi preciso. Muito obrigada, Cris!

Às ex-colegas e eternas (e ternas) amigas Celuana Borges, Cleucimara Camilo e Renata Araújo que sempre se alternaram no papel de psicoterapeutas e amigas, que compartilharam comigo toda a vida profissional e pessoal. Obrigada por tudo, minhas amigas!

Aos amigos que a todo o momento acreditaram e rezaram por mim: Elias Ferreira, Larissa Coutinho, Luciano Ladeia, Marcelo Gomes, Raquel Ferreira, Ronaldo Luís, Vívian Dourado. Que Deus os abençoe muito!

Ao Alfonso Gala Garcia, o mais mineiro dos peruanos, pela amizade sincera e carinhosa, pela alegria de viver e pelo apoio em todos os momentos.

Amigo querido, tú estarás siempre en mis recuerdos. Serás siempre bienvenido. Muchas gracias!

À Fernanda Ribeiro Porto, pelos momentos de expiação de todos os males, onde os motivos de choro transformavam-se em gargalhadas revigorantes.

Obrigada, Fê e Élon, por terem-me aberto os seus corações, a sua casa e novas possibilidades profissionais.

À Juliana Gallbach, colega de área, exemplo de organização, perfeição e racionalidade, pelos bons momentos que passamos juntas a despeito das correrias do dia a dia.

Ao Luís Otávio Cota e Alessandra Neves, pela ajuda nos assuntos periodontais e pela “amizade de graça” partilhada no dia a dia dessa caminhada.

À Nely Medeiros e Almário Caires, pela amizade, pelo carinho e pelas orações.

Ao Tiago Coelho de Souza, colega de área e companheiro no dia a dia. Desconfiado e sorrateiro como um índio, chegou devagar e passou a fazer parte das nossas vidas.

Obrigada por tudo, meu amigo!

À Patrícia Zarzar, exemplo de racionalidade, espírito científico, empreendedorismo e generosidade.

Querida amiga, o meu agradecimento por confiar em meu trabalho, mas principalmente por confiar em minha amizade.

A pessoas que conheci nesse período do mestrado e que se tornaram parte da minha vida tornando a caminhada muito mais bonita e agradável: Auxiliadora Pedroso; Carolina Martins, Karina Barros, Isadora Barcelos, Vinícius Duarte, William Gomes.

A professores que nortearam a minha formação acadêmica e que se tornaram mais próximos durante o mestrado, aumentando a minha admiração e respeito: Elza Araújo, Ênio Vilaça, Mara Vasconcellos, Marisa Drumond.

Agradeço o carinho, os sorrisos e as conversas nos corredores entre uma atividade e outra.

Ao Prof. Saul Martins, com quem tive contato no mestrado, agradeço as dicas nos trabalhos, leitura de resumos e tantas outras questões acadêmicas, mas agradeço, principalmente, o carinho e atenção no dia a dia.

A minha querida Teresinha pela intercessão poderosa e pela paciência nas noites mal dormidas onde os pedidos de graças se amontoavam...

Agradeço as flores no caminho.

RESUMO

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de conhecer a influência da disciplina Estágio Supervisionado na formação de estudantes do último período do curso de Odontologia da UFMG. Baseando-se em metodologia qualitativa realizou-se a coleta de dados utilizando-se a técnica de grupo focal. A amostra constituiu-se de 15 (quinze) estudantes do último período do curso de graduação, os quais participaram dos grupos em dois momentos distintos: antes e após a conclusão da disciplina. Durante o tratamento dos dados emergiram 4 grandes temas: expectativas acerca do Estágio Supervisionado, realização do Estágio Supervisionado, o serviço público de saúde e compreensão do processo saúde doença. Pela análise das discussões concluiu-se que o Estágio Supervisionado é visto como transição entre a vida acadêmica e o mundo profissional; que a pouca ênfase dada às ciências sociais e ao serviço público de saúde durante os períodos anteriores da graduação dificultou a inserção dos estudantes no serviço de saúde nos momentos iniciais do estágio; que as precárias condições de vida da população do interior e a existência de serviços públicos de saúde que são organizados e resolutivos foram constatadas com surpresa pelos estudantes e que as experiências vivenciadas no Estágio Supervisionado despertaram para um atendimento pautado no acolhimento ao paciente e no cuidado à saúde. Aprovação COEP UFMG: ETIC 022/04.

Palavras chave: Estágio Supervisionado; Educação em Odontologia; Estudantes; Odontologia.

ABSTRACT

This study aimed at knowing the influence of supervised internship in the formation of dental students at UFMG. Based on qualitative methodology data collection used the focal group technique. Sample size was of fifteen students which took place in groups before and after finishing the discipline. After data evaluation four great themes emerged: expectations and internship process, public health service and understanding of the health and disease process. It was concluded that supervised internship was seen as a transition between academic and professional lives; little attention given to social sciences and the public health service in previous graduation semesters made the students insertion in the health service harder; low living standards of the population and the existence of an organized and efficient health system was faced with surprise by the students, and that experiences undertaken during internship had wakened them up for patient attention based on warm welcome and health care.

Key words: Supervised Internship; Dental Education; Students; Dentistry

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo conocer la influencia del Estagio Supervisado (ES) en la formación de los estudiantes de grado en Odontología de la UFMG. Basados en una metodología cualitativa, se realizó una colecta de datos utilizándose la técnica de grupos focales. La muestra fue constituida por quince estudiantes que participaron en los grupos, antes y después de concluir el curso. En la evaluación de los datos surgieron cuatro grandes aspectos: expectativas y realización del ES; servicio público de salud y comprensión del proceso salud-enfermedad. En conclusión, el ES fue visto como una transición entre la vida académica y el mundo profesional; que el poco énfasis que se le da a las ciencias sociales y al servicio público de salud durante los períodos anteriores de la graduación dificultaron la inserción de los estudiantes en el servicio de salud; que las precarias condiciones de vida de la población y la existencia de servicios públicos de salud organizados y resolutivos fueron constatadas con sorpresa por los estudiantes; que las experiencias vividas en el ES les motivaron a la práctica profesional basada en la acogida y en los cuidados a la salud.

Palabras clave: Estagio Supervisado; Educación en Odontología; Estudiantes; Odontología

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CIAP	Clínica Integrada de Atenção Primária
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CSE	Câmara Superior de Ensino
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ES	Estágio Supervisionado
FOUFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa de Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Método do Arco de Charles Maguerez.23

FIGURA 2 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1	A formação do profissional de saúde	18
2.1.1	Concepções Pedagógicas	21
2.1.2	Estágio Supervisionado da Faculdade de Odontologia da UFMG	23
2.2	Processo saúde-doença	26
2.3	Saúde Pública no Brasil	31
2.3.1	Sistema Único de Saúde no Brasil	38
2.3.2	Uma nova estratégia de atenção: Programa de Saúde da Família	40
3	OBJETIVOS	44
3.1	Geral	44
3.2	Específicos	44
4	METODOLOGIA	45
4.1	A natureza do estudo	45
4.2	Universo de estudo	49
4.3	Amostra	49
4.4	Coleta de dados	50
4.5	Análise dos dados	51
4.6	Informações complementares	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54

5.1	Caracterização da Amostra	54
5.2	Expectativas acerca do Estágio Supervisionado	55
5.2.1	Autonomia	56
5.2.2	Crescimento pessoal	58
5.2.3	Trabalho com comunidades	59
5.2.4	Conhecer o serviço público de saúde	65
5.2.5	Transição estudante-profissional	65
5.3	Realização do Estágio Supervisionado	67
5.3.1	Autonomia	68
5.3.2	Crescimento pessoal	71
5.3.3	Realidade da população	74
5.3.4	Orientação	78
5.3.5	Problemas e limitações	80
5.4	Serviço Público de Saúde	85
5.4.1	O Sistema Único de Saúde	87
5.4.2	Atividades desenvolvidas	91
5.4.3	Trabalho em equipe	92
5.5	Compreensão do processo saúde-doença	96
5.6	Travessia	103
6	CONCLUSÕES	106
	REFERÊNCIAS	108
	ANEXOS	115

Todo jardim começa com um sonho de amor. Antes que qualquer árvore seja plantada, ou qualquer lago seja construído é preciso que as árvores e os lagos tenham nascido dentro da alma. Quem não tem jardins por dentro, não planta jardins por fora. E nem passeia por eles...

Rubem Alves

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o contexto sócio-econômico e político brasileiro que apresenta grandes oscilações, constituem-se em grandes desafios na formação e capacitação de recursos humanos em saúde. Nesse cenário, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm enfatizado a importância de reformulação do ensino superior brasileiro visando adequá-lo às necessidades do país e, portanto, do Sistema Único de Saúde, preconizando um novo perfil de profissional da área de saúde. Tal perfil caracteriza-se pela formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que capacite o profissional a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002).

Como estratégia para essa mudança, o Conselho Nacional de Educação (CNE), a Câmara Superior de Ensino (CSE) e entidades de ensino superior, como a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), preconizaram a instituição de um estágio supervisionado obrigatório para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, bem como definiram diretrizes e parâmetros para sua implantação (ABENO, 2003).

Na Faculdade de Odontologia da UFMG (FOUFMG) o Estágio Supervisionado é uma disciplina realizada na forma de Internato Rural ou Metropolitano no último período do curso de Graduação (FOUFMG, 2003). Com uma carga horária de 315 horas, a disciplina apresenta objetivos e metodologia coerentes com as diretrizes fixadas para o estágio obrigatório.

A aproximação com a comunidade permitida por atividades que extrapolam os limites físicos da Faculdade (extra muros), segundo Costa *et al.* (2000), permitem o rompimento com a formação individualista e tecnicista da profissão odontológica. Tal rompimento foi vivenciado pela própria pesquisadora durante a sua graduação na FOUFMG através da Clínica extra muro da Barragem Santa Lúcia e do Projeto Bem-Te-Vi. Tais vivências contribuíram para o direcionamento da vida profissional da pesquisadora, que encontrou no serviço público e na docência a possibilidade de tentar contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Na expectativa de conhecer a influência do Estágio Supervisionado da FOUFMG na formação de estudantes que cursaram a disciplina, realizou-se o presente trabalho. Utilizou-se para isso a pesquisa qualitativa, por considerá-la a mais adequada ao objetivo proposto. Os dados foram coletados através da técnica de grupos focais e analisados segundo metodologia proposta por Minayo (2004).

Dizia Miguel de Unamuno: "Saber por saber: isso é inumano..." A tarefa do professor é a mesma da cozinheira: antes de dar faca e queijo ao aluno, provocar a fome... Se ele tiver fome, mesmo que não haja queijo, ele acabará por fazer uma maquineta de roubá-los. Toda tese acadêmica deveria ser isso: uma maquineta de roubar o objeto que se deseja...

Rubem Alves

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A formação do profissional de saúde

Segundo Masetto (1998a), o início dos cursos superiores no Brasil ocorreu em 1808, com a transferência da Corte Real Portuguesa para o Brasil. Com a chegada da corte e a interrupção das comunicações com a Europa, surgiu a necessidade de se formar profissionais aqui mesmo, no Brasil. Até então, os abastados brasileiros que se interessavam em cursar universidades dirigiam-se à Europa.

De acordo com o autor (1998a;b), a organização curricular inicial do ensino superior brasileiro foi inspirada no padrão francês-napoleônico, caracterizado pela supervalorização das ciências exatas e tecnológicas. Os cursos superiores no Brasil, desde seu início e nas décadas subsequentes, voltaram-se diretamente para a formação de profissionais para o mercado de trabalho.

O avanço da microbiologia, da bacteriologia e da epidemiologia no início do século XX influenciou o desenvolvimento tecnológico e promoveu reformulação dos currículos médicos. O relatório de Abraham Flexner, divulgado em 1910, influenciou o ensino médico dos Estados Unidos e Canadá, e posteriormente da América Latina, a partir da década de 50. (LAMÊGO, 2000). De acordo com Marsiglia (1995), dentre as principais características do modelo

flexneriano¹ destacam-se: a sólida formação em ciências básicas; pouca ênfase nos aspectos relacionados à prevenção e promoção de saúde; concentração nos aspectos de atenção médica individual; valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar; organização meticulosa da assistência médica em cada uma de suas especialidade.

Segundo Almeida (1997), o modelo flexneriano determinou a instituição de departamentos nas Universidades, separação das ciências básicas do ciclo profissional, desenvolvimento da pesquisa no âmbito das ciências, criação de hospitais-escolas como o principal campo de treinamento clínico para os graduandos em Medicina e reprodução acrítica pelos demais profissionais de saúde.

O centro do processo de ensino aprendido não era o estudante, nem a aprendizagem do estudante, tal posto era ocupado pelo professor. Como detentor do saber, a função do professor era transmitir todo o seu vasto conhecimento aos alunos. Aprender significava repetir em provas, preferencialmente na íntegra, tudo o que o professor havia dito em sala de aula (MASETTO, 1998a). Para o autor, apesar de ainda ser assumido por muitos professores, o papel de repassador de conhecimento está em crise, superado pela revolução tecnológica atual. A Universidade deixou de ser o único local de produção de conhecimentos passando a ser um dentre muitos. A função da Universidade não se resume mais a passar informações até porque os alunos têm facilidades para obtê-las através de televisão, livros, internet, periódicos. O grande papel da Universidade hoje é despertar para o “como” e “porque” usar essas informações; “como manipulá-las, trabalhá-las, organizá-las, selecioná-las” transformando-as em conhecimento.

(p.10)

¹ Modelo de ensino baseado no Relatório Flexner

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior instituíram em fevereiro de 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Tais diretrizes devem ser seguidas por todas as instituições de ensino superior no Brasil. Conforme disposto no artigo 3º da Resolução CNE/CES 3/2002:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Para Costa *et al.* (2000), o modelo de currículos vigente na maioria dos cursos de graduação de Odontologia no Brasil fragmenta o processo ensino-aprendizagem, apresentando ênfase curativo-reparadora, reforçando a prática individual e a especialização precoce. Esse modelo resultou, não só na prática odontológica privada como também na pública, em altos custos, baixa cobertura e desigualdade de acesso a tratamento.

Segundo os autores, as atividades extramurais (atividades realizadas fora dos limites físicos da Faculdade) são de grande importância por romperem com o caráter excessivamente individualista e tecnicista da profissão odontológica, permitindo a formação de um estudante que apresentará uma “mentalidade mais coletiva”, além de permitir ao acadêmico conhecer o funcionamento e planejamento dos serviços públicos de saúde bem como compreender as políticas públicas de saúde bucal.

Para Mattos *et al.* (2003), a Faculdade de Odontologia tradicional é fechada para o mundo, o que deve ser “corrigido”, isso “significa passar o ensino de um simulador do mundo real, que é a clínica intramuros, para o verdadeiro mundo real”. Os autores afirmam ainda que não se trata de eger um ambiente em detrimento do outro, o importante é conciliar atividades intramuros com extramuros.

2.1.1 Concepções Pedagógicas

Bordenave (1994) define fatores pedagógicos como todos os processos relacionados com ensino-aprendizagem eleitos por um determinado grupo e baseados em uma concepção de como conseguir que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento. Para o autor, as opções pedagógicas adotadas em um determinado contexto refletem a ideologia e objetivos desse contexto e quando exercidas de maneira dominante por um período prolongado têm conseqüências sobre a conduta individual e sobre o comportamento da sociedade.

O referido autor afirma existirem diversas opções pedagógicas, mas ressalta três delas por considerá-las as mais utilizadas e polêmicas: a Pedagogia da Transmissão, a do Condicionamento e da Problematização.

A Pedagogia da Transmissão, a mais comumente usada, parte da premissa de que as idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação. O aluno é considerado como uma “página em branco” onde novas idéias e conhecimentos do professor ou dos livros deverão ser impressos. Em relação ao nível individual, algumas das conseqüências da submissão a essa

pedagogia, segundo o autor, são a passividade do estudante e falta de atitude crítica; distanciamento entre teoria e prática; profundo “respeito” a professores ou textos (fontes de informação) e incapacidade de problematizar a realidade. No âmbito social, entre as conseqüências pode-se citar a falta de conhecimento da própria realidade; imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; conformismo; individualismo e falta de participação e cooperação. Tal pedagogia não coincide com as aspirações de um desenvolvimento baseado no crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudança. (BORDENAVE, 1994)

Para o autor, a Pedagogia do Condicionamento, baseada no behaviorismo de Watson, Skinner e na reflexologia de Pavlov, enfatiza os resultados comportamentais, centrando-se num jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o estudante a emitir as respostas desejadas pelo professor. A repetição da associação estímulo-resposta-reforço termina por condicionar subconscientemente o estudante, que passa a agir em função do temor de uma nota ruim, por exemplo, e não apenas pelo prazer de aprender. As conseqüências de sua utilização, no aspecto individual, são o individualismo, competitividade exacerbada, pouca capacidade criativa, incapacidade de problematizar a realidade e repetição de respostas pré-estabelecidas tidas como corretas. No âmbito social, propicia a formação de profissionais conformados com a realidade social, sem consciência crítica e dependentes de tecnologias e saberes provenientes de uma fonte externa.

Na Pedagogia da Problematização, segundo Bordenave (1994), a capacidade que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente. O estudante deve participar ativamente da transformação social

como um sujeito criativo, crítico, reflexivo e solidário. Nessa concepção, nem a transmissão fiel de conceitos e procedimentos, nem tampouco a aquisição de hábitos fixos e rotinas de trabalho são tidas como de suma importância. O importante é o estudante desenvolver sua capacidade de observar a realidade que o circunda, identificar possíveis problemas e detectar os recursos e as tecnologias disponíveis para saná-los. O diagrama a seguir representa, de forma simples e esquemática, a pedagogia problematizadora.

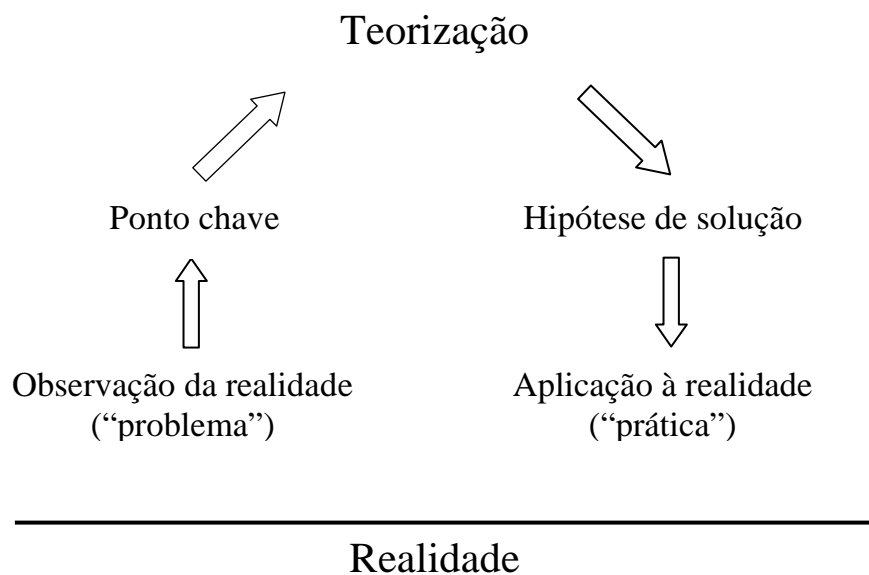


FIGURA 1 - Método do Arco de Charles Maguerez
Fonte: BORDENAVE (1994, p. 24)

Essa pedagogia propicia, no nível individual e social (uma vez que não separa a transformação individual da social), a formação de um profissional criativo, crítico, reflexivo e solidário que possui habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão e extrapolação.

2.1.2 Estágio Supervisionado na Faculdade de Odontologia da UFMG

A adaptação feita no currículo do curso de Odontologia da UFMG em 1976 tinha como premissa viabilizar atividades de extensão e estágios que colocassem o aluno em contato direto com as necessidades da comunidade. Na tentativa de integrar a Faculdade de Odontologia da UFMG à comunidade, foi instituído estágio na rede municipal de 1º grau, onde os alunos eram supervisionados pelos cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde e pelos professores universitários. Objetivando propiciar o contato dos estudantes com as reais condições de vida e saúde da população de uma favela a fim de despertar-lhes um sentimento de responsabilidade social foi criada, no início da década de 80, a Clínica Odontológica Extra-muros da Barragem de Santa Lúcia. (WERNECK e LUCAS, 1996)

O trabalho extra muros da FOUFMG foi incluído na disciplina Administração de Clínicas que supria o estágio curricular obrigatório determinado pelo MEC (informação verbal)². A partir de 1992, com a implantação do novo currículo na FOUFMG, a disciplina passou a existir com o nome de Estágio Supervisionado. A disciplina teve sua carga horária fixada em 180 horas, sendo o seu conteúdo teórico direcionado para Políticas e Planejamento em Saúde. A parte clínica da disciplina era desenvolvida, preferencialmente, em Instituições Públicas de Saúde. (WERNECK e LUCAS, 1996)

Atualmente a carga horária da disciplina é de 315 horas, sendo 15 horas de atividades teóricas (aulas expositivas, estudos dirigidos, grupos de discussões) e 300 horas de aulas práticas

² Informações prestadas pelas Prof^{as} Andréa Maria Duarte Vargas e Marisa Maia Drumond em fevereiro de 2005.

realizadas sob a forma de Internato Rural (30 horas semanais durante o período de 10 semanas) ou de Estágio Metropolitano (20 horas durante 15 semanas). As atividades teóricas abrangem conteúdos como: evolução das políticas públicas de saúde no mundo e no Brasil, o Sistema Único de Saúde, políticas de saúde bucal, epidemiologia em saúde e em saúde bucal, fundamentos de ciências sociais, gestão e gerenciamento de sistemas e programas de saúde, administração e planejamento de ações e serviços de saúde bucal, sistemas de saúde bucal e integração docência/serviço. (FOUFMG, 2003)

As atividades práticas são realizadas em municípios do interior do estado ou, em casos excepcionais, na região metropolitana de Belo Horizonte. A gravidez, trabalho remunerado ou outros motivos que impeçam o estudante de se ausentar da capital para realizar o ES na forma de Internato Rural são considerados exceções a serem avaliadas pelo colegiado de graduação e coordenação da disciplina. Para a realização das atividades práticas do ES, a turma é dividida em duas. Uma sub turma cumpre as atividades práticas durante as primeiras 10 (dez) semanas do período, sendo substituída pela outra metade da turma que realiza a prática nas 10 (dez) semanas seguintes. (FOUFMG, 2003)

O Estágio Supervisionado da FOUFMG se propõe a aproximar os alunos da realidade sócio-econômico-cultural do país. Tal objetivo é congruente com algumas das Diretrizes da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) referentes ao Estágio Supervisionado nos cursos de Graduação em Odontologia (ABENO,2003):

O Estágio Supervisionado é o instrumento de integração do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área (...).

O Estágio Supervisionado deve fomentar a relação ensino-aprendizagem e ampliar as relações da Universidade com a sociedade. Deve colocar o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais (...).

O Estágio Supervisionado caracteriza-se pela atenção integral ao paciente...(...) Os alunos trabalharão desde a educação e promoção da saúde até a reversão do dano. O foco é o “paciente como um todo”(…).

Outro objetivo da disciplina é possibilitar que os estudantes conheçam os princípios, objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como aproximá-lo da realidade desse serviço, o que é congruente com o parágrafo único do inciso XXX do artigo 5º da Resolução CNE/CES 3 /2002:

a formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe.

2.2 Processo saúde-doença

Segundo Santa Rosa e Rocha (1999), a percepção de saúde e doença varia com os padrões culturais e é fruto da concepção de um tempo, um lugar, um grupo de pessoas. Da mesma maneira pode ser considerada a percepção da causalidade das doenças e conseqüentemente da maneira de enfrentá-las.

Para o homem de Crô-Magnon (cerca de 20.000 anos atrás), as doenças eram causadas pelos maus espíritos e, portanto, as curas eram realizadas através do uso de amuletos, de poções e rituais de magia que incluíam danças, cantos e outros exorcismos feitos pelo feiticeiro, visando libertar o doente desses espíritos. A essa teoria sucedeu uma fase monoteísta na qual se argumentava que a doença era resultado do desgosto de um ser supremo com as atitudes dos

homens. O homem via na saúde e na doença uma dádiva ou um castigo, respectivamente, o que favoreceu o fortalecimento das religiões. O “médico” era, nas primeiras civilizações, um sacerdote e as suas curas nada mais eram que a expressão da vontade divina. (LOYOLA CONTRERAS, 2000; SANTA ROSA e ROCHA, 1999; THRUSFIELD, 2004)

Na tentativa de encontrar uma explicação menos “sobrenatural” emergiu uma nova teoria, a qual defendia que “algo” no ar, na água, no solo e em alguns locais podiam trazer doenças. Esse “algo” foi denominado de miasma e referia-se a sujidades mundanas, corrupções, emanações mefíticas, pestilências, coisas pútridas ou impuras que saíam das fezes, do solo, da água e de cadáveres. A Teoria Miasmática representa uma das primeiras tentativas de interpretação não sobrenatural da doença, além de ter contribuído - direta ou indiretamente - para o avanço no processo de conhecimento sobre o binômio saúde-doença. (LOYOLA CONTRERAS, 2000; SANTA ROSA e ROCHA, 1999).

Com a descoberta dos microrganismos, a importância do ambiente na determinação da doença foi esquecida, o agente passou a ser “a única e última causa da doença, voltando-se à unicausalidade.” (SANTA ROSA e ROCHA, 1999, p. 4). Segundo Loyola Contreras (2000), a teoria microbiológica ignora ou, no mínimo, subestima os fatores sociais na determinação das doenças.

A despeito dos grandes avanços, a teoria microbiológica não conseguia explicar por que nem todos os indivíduos adoeciam (mesmo tendo adquirido o patógeno), por que as medidas terapêuticas nem sempre tinham êxito e por que doenças evoluíam mais rápida ou lentamente que o esperado. (LOYOLA CONTRERAS, 2000; SANTA ROSA e ROCHA, 1999). Nesse cenário,

emergiram teorias que se contrapunham à idéia de unicausalidade das doenças, entre elas destaca-se a teoria da História Natural da Doença de Leavell e Clark. Para os idealizadores da teoria, entendia-se como história natural da doença o processo de interação entre o estímulo patológico e a resposta do homem a esse estímulo e seus efeitos de invalidez, defeito, recuperação ou morte. (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2002)

A partir da década de 60, considerando-se a pouca resolutividade das ciências da saúde, as correntes positivistas passaram a ser fortemente criticadas e intensificou-se a polêmica sobre o caráter da doença ser essencialmente social ou biológico. A dificuldade em compreender os principais problemas de saúde que afligiam os países industrializados (as enfermidades cardiovasculares e os tumores malignos) e a crise da prática médica, que não oferecia solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, precipitaram o questionamento do paradigma biológico. Apesar das evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que a sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração de conhecimento médico durante uma larga etapa. (BARATA, 1997).

A partir daí, surgiu a corrente médico-social que passa a ter como objeto de estudo a compreensão do processo saúde-doença como social. Baseando-se nas teorias anteriormente citadas, Almeida Filho e Rouquayrol (2002) propuseram três modelos de explicação do processo saúde-doença que orientam a ciência epidemiológica ou a prática médica: modelo biomédico, modelo processual e modelo sistêmico.

Segundo os autores, no modelo biomédico, a doença é considerada como resultado da agressão de um agente etiológico a um organismo vivo, e é abordada sob o enfoque da clínica, privilegiando a semiologia e terapêutica, e da patologia, valorizando a etiopatogenia subjacente à doença. Do ponto de vista da etiopatogenia, as doenças foram classificadas como infecciosas ou não infecciosas, privilegiando-se as doenças infecciosas e definindo as não infecciosas por exclusão.

O modelo biomédico encontrou no positivismo³ um forte aliado, com a premissa de que toda ciência para ser verdadeira deve partir de fatos os quais devem ser comprovados e unidos por meio de leis. (LOYOLA CONTRERAS, 2000; SANTA ROSA e ROCHA, 1999).

O segundo modelo proposto por Almeida Filho e Rouquayrol (2002), o modelo processual, baseia-se na teoria da História Natural da Doença de Leavell e Clark, segundo a qual a simples presença de um patógeno não seria suficiente para determinar a eclosão da doença. Para desencadear o processo patológico seria necessária a articulação de fatores contribuintes, também denominados de determinantes parciais, de ordem econômica, psicossocial, cultural, ecológica ou biológica. De acordo com o referido modelo, os processos patológicos evoluem em períodos consecutivos e complementares denominados de pré-patogênese, enquanto não ocorrem manifestações das patologias e de patogênese, quando os processos patológicos já se encontram em atividade. Incorporam também o conceito de fator de risco como base para a produção de conhecimento sobre medidas de prevenção, particularmente útil no entendimento de processos e mecanismos de doenças crônicas não transmissíveis.

³ Doutrina de Auguste Comte, marcada pelo culto da ciência e pela sacralização do método científico.

Para Leavell e Clark, a história natural das doenças comportaria três níveis de prevenção: prevenção primária, a ser desenvolvida durante o período de pré-patogênese visando uma proteção específica do homem contra agentes patológicos e/ou estabelecendo barreiras contra os agentes do meio ambiente; prevenção secundária, cujo objetivo seria identificar e tratar doenças que não foram evitadas, limitando danos advindos da doença; prevenção terciária, o foco seria a reabilitação. (BUSS, 1998). A figura abaixo, demonstra, esquematicamente, os níveis de aplicação das medidas preventivas na história natural das doenças de Leavell e Clark.

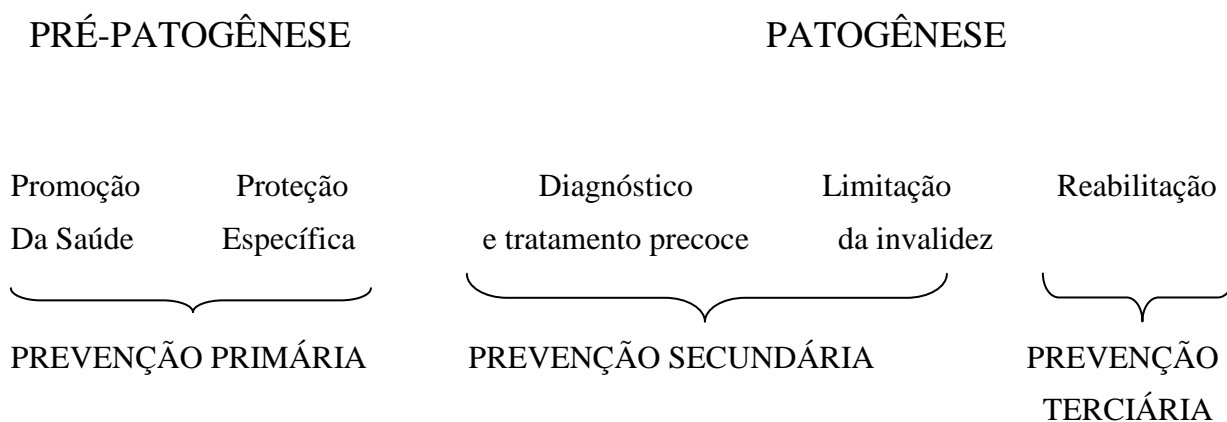


FIGURA 2 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.
Fonte: Adaptada de BUSS, 1998, p. 4.

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2002), ao reconhecer a multideterminação do processo saúde-doença, o modelo processual representou um grande avanço quando comparado ao modelo biomédico. No entanto, não mostrou ser mais do que um quadro esquemático, onde se descrevem múltiplas e diferentes enfermidades, uma vez que limita a determinação dos fenômenos da saúde à patogênese e por referir-se à doença como um evento natural.

No 3º modelo proposto pelos autores, o modelo sistêmico, assim como no processual, o conceito de agente extrapola a noção de fator etiológico do modelo biomédico clássico, podendo ser um microrganismo, um poluente químico ou um gene. Nesse modelo, o processo saúde-doença é determinado pelo sinergismo entre fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais. Qualquer alteração em um desses fatores repercutirá nos demais, num processo em busca de equilíbrio. Para Almeida Filho e Rouquayrol (2002, p. 49) “um novo equilíbrio trará consigo maior ou menor incidência de doenças e modificações na variação cíclica e no seu caráter epidêmico ou endêmico”.

Para Loyola Contreras (2000) esse enfoque permite explicar a distribuição da doença nas populações e as patologias próprias dos diferentes grupos ou camadas populacionais, além de perceber e incorporar o perfil histórico do fenômeno saúde-doença.

2.3 Saúde Pública no Brasil

Durante a República Velha (1889-1930), o Brasil foi governado pelas oligarquias paulistas, cariocas e mineiras, que aplicaram seus lucros nas cidades favorecendo a industrialização, a expansão de atividades comerciais e aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o século XIX. Tais imigrantes, ao chegarem ao Brasil, tornavam-se assalariados, substituindo a mão de obra escrava, abolida em 1888. O receio das frequentes epidemias que assolavam o país e da forte repressão aos protestos trabalhistas causou diminuição no número de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Preocupado com a possível escassez de mão de obra, o governo adotou algumas medidas para abrandar a situação. Entre as medidas estava a contratação de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública que adotou o modelo das

“campanhas sanitárias” com o intuito de combater as epidemias e endemias rurais. O autoritarismo na tomada de decisões e o estilo repressivo de intervenção médica nos corpos das pessoas e no seu estilo de vida culminaram com a Revolta da Vacina em 1904. Tal movimento apesar de fortemente reprimido pela polícia acabou sendo vitorioso: o governo revogou a obrigatoriedade da vacina contra a varíola, tornando-a opcional para todos os cidadãos. (BERTOLLI FILHO, 1996)

No que dizia respeito a assistência médica, as classes dominantes continuavam a ser atendidas pelos “médicos da família”. Aos que não possuíam recursos financeiros restavam a filantropia das Santas Casas de Misericórdia e/ou a medicina caseira.

As políticas públicas na área da saúde tiveram seu marco na Lei Elói Chaves, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), organizadas por empresas de natureza civil e privada, financiadas por empregados e empregadores e eram responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os contribuintes. A assistência médica era vista como atribuição fundamental das CAPs. (CUNHA e CUNHA, 1998).

A Revolução de 1930 colocou fim na hegemonia política da classe dominante ligada à exportação de café. Investido na Presidência da República, Getúlio Vargas suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos. Durante todo o seu governo, que se estendeu até 1945, Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas, pelas quais o estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. (BERTOLLI FILHO, 1996).

Nesse período foi criado o Ministério do Trabalho e estabelecidas medidas para a regulação da atividade sindical. Em relação à assistência ocorreu um corte nas despesas médicas e o auge do sanitarismo campanhista com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, de Malária no Nordeste e a fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por medidas sanitárias nas regiões mais afastadas do país. (VASCONCELOS, 2003).

Foi também nesse período que as CAPs foram unificadas, de acordo com as categorias profissionais, em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Para Cunha e Cunha (1998) ao contrário das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. Do ponto de vista da concepção, a Previdência era claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação dos serviços de saúde.

Grandes manifestações populares contra a ditadura resultaram, em outubro de 1945, na deposição de Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição Democrática inspirada em ideais liberais. (BERTOLLI FILHO, 1996).

Em 1953, em função do aumento das ações na área de saúde, foi criado o Ministério da Saúde. As ações da Previdência passaram a se caracterizar pelo crescimento dos gastos, elevação das despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. (CUNHA e CUNHA, 1998).

Em 1960 aprovou-se a lei que igualava os direitos de todos os trabalhadores, mas ela não era cumprida. O próprio movimento sindical não via com bons olhos a unificação dos Institutos, pois

isso poderia nivelar por baixo a qualidade dos serviços. Os IAPs que possuíam recursos suficientes construíram hospitais próprios. Surgiram também os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento dos Institutos. Teve-se aí a origem dos futuros convênios das empresas com grupos médicos conhecidos como medicina de grupo. (ACÚRCIO, 2002)

Em março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à agonizante democracia populista. Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos que lutavam pela melhoria das condições de saúde da população. O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde. (BERTOLLI FILHO, 1996).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos vários IAPs, em 1966, marcou o esvaziamento da participação da sociedade nas políticas públicas, e a expansão dos serviços privados. Na década de 70 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que privilegiava a compra de serviços de grandes corporações médicas instalando o complexo previdenciário médico-industrial, composto pelo sistema próprio e o contratado. Esse modelo, excludente por natureza, somado ao processo de abertura política nos fins dos anos 70, despertou entre os profissionais e intelectuais da área de saúde coletiva um movimento conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, que veio a ser o embrião do SUS (RONCALLI *et al.*, 1999; WERNECK, 1998).

Conforme afirmam Cunha e Cunha (1998), na década de 80, o setor de saúde no Brasil sofreu pressões populares e do movimento sanitário em meio a um cenário de influências da repercussão

da Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata em 1978, que preconizava as práticas de cuidados básicos de saúde (atenção primária), a extensão da cobertura, a inclusão de pessoal e nível médio e a participação comunitária.

Fruto dessa crise político-institucional, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), constituído por representantes da sociedade civil, ministérios e prestadores de serviços contratados e conveniados. Introduziram-se mudanças na sistemática de pagamentos, novos sistemas de auditoria técnica, critérios de alocação de recursos previdenciários e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social. A partir do CONASP, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que funcionaram como estratégia para se alcançar a reforma política de saúde no Brasil. As AIS possibilitaram a gestão colegiada com a participação dos usuários de serviço de saúde, aumentaram os recursos destinados ao setor público, tornando-se uma primeira experiência em um sistema de saúde mais integrado e articulado. (VASCONCELOS, 2003)

Em 1986 foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde. Seu documento final sistematizou o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que passou a ser entendida como o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. Esse documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniu logo após. (ACÚRCIO, 2002; CUNHA e CUNHA, 1998).

Durante a elaboração da Constituição Federal (1987) foi implantado o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Constituiu-se numa estratégia de transição em direção a um sistema único de saúde. Propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios.

Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira. Denominada de Constituição Cidadã, trouxe pela primeira vez uma Seção sobre Saúde. Tal Seção incorporou muitos conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde. Acúrcio (2002) afirma que, na essência, a Constituição adotou as propostas da Reforma Sanitária e do SUS.

“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998).

No que concerne à Odontologia, as primeiras referências à forma de atendimento odontológico no Brasil, de caráter institucional, datam do início de 1809, com a criação do cargo de cirurgião sangrador no Hospital militar da Corte, criando uma tradição nas Forças Armadas de assistência e intervenção nos problemas de saúde bucal, e em 1882, nas Santas Casas de Misericórdia, onde eram realizadas extrações (CUNHA, 1952).

A assistência pública odontológica aos escolares, no Brasil, foi semelhante ao processo norte americano e surgiu através das escolas públicas. A partir da fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Mello em São Paulo no ano de 1912, observou-se o início, em outros estados, de programas de saúde bucal nas escolas, onde era oferecido atendimento gratuito

para alunos carentes. A partir de 1920 a atenção médico-odontológica escolar se fazia presente nos regulamentos estaduais de inspeção de higiene pública (CARVALHO e LOUREIRO, 1997).

Nesse período não existia uma definição programática e científica de assistência odontológica pública fora das escolas. Essa definição surgiu com o SESP em 1952 com a introdução do modelo de saúde bucal para escolares através do Sistema Incremental. Tal modelo introduziu a idéia de grupo seletivo e compulsório, voltado para crianças de 6 a 14 anos e dividido em duas fases: a preventiva que visava reduzir a incidência da cárie dental através da fluoretação das águas ou aplicações tópicas de flúor e a fase curativa que procurava diminuir o acúmulo de necessidades. (VASCONCELOS, 2003).

Há que se considerar que a Odontologia sempre esteve presente, como assistência pública, desde o surgimento das CAPs e IAPs como instituições prestadoras de serviços no âmbito da previdência. Entre as décadas de 50 e 80, ocorre uma expansão da assistência odontológica no plano estatal após a fusão das IAPs e INPS. Com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) vários programas de saúde bucal foram criados nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Contudo, a atenção odontológica caracterizou-se por ser um modelo onde predominava a assistência a escolares através do Sistema Incremental. Para o restante da população a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as entidades filantrópicas e as secretarias estaduais e municipais de saúde. (RONCALLI *et al.*, 1999).

Nesse contexto promovido pela implantação do SUS, a partir de 1988, inseriu-se a proposta de saúde bucal coletiva, denominação dada à proposta de atuação com ênfase na promoção de saúde

e orientada pelos princípios do SUS. Tal proposta ainda não possui uma matriz programática definida. (ARAÚJO, 2000; RONCALLI *et al.*, 1999).

No entanto, mesmo não havendo um modelo programático hegemônico, como foi o modelo preconizado pelo SESP, algumas tendências têm surgido e sido replicadas em diversos locais. É o caso do Programa de Inversão de Atenção (PIA), dos modelos estruturados à partir do núcleo familiar (Saúde da Família) e daqueles que têm por referência a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês). (RONCALLI *et al.*, 1999).

A despeito dos princípios de universalização de acesso, equidade integralidade, e hierarquização da atenção preconizados pelo SUS, o quadro de saúde bucal no Brasil ainda retrata a exclusão, a discriminação e a perpetuação das desigualdades sociais no acesso à saúde (VASCONCELOS, 2003). De acordo com dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) 1/5 dos brasileiros, aproximadamente 29,6 milhões, nunca foi ao dentista. (PINHEIRO *et al.*, 2002)

2.3.1 Sistema Único de Saúde no Brasil

Ao ser regulamentado na Lei Orgânica da saúde (LOS – 8080 de 19/09/90 e 8142 de 28/12/90) baseado no conceito ampliado de saúde, o SUS apresenta-se como um sistema com princípios doutrinários, filosóficos e organizativos que contemplam o indivíduo na sua totalidade biológica, psicológica e social.

A maior e talvez a mais importante novidade do SUS é a sua concepção de saúde: “um conceito ampliado de saúde, ou seja, para se ter saúde é preciso possuir um conjunto de fatores como alimentação, moradia, lazer, educação, dentre outros. A saúde se expressa através das condições de vida das pessoas” (BRASIL, 1990).

O SUS é regido por princípios doutrinários e organizacionais, a saber: universalização que institui a saúde como um direito de todos; equidade que objetiva diminuir desigualdades ao tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; integralidade que significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; regionalização e hierarquização que preconizam a organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica; descentralização e comando único que são a redistribuição do poder e das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo (federal, estadual, municipal) e participação popular a qual efetiva-se através das Conferências e Conselhos de Saúde que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (CUNHA e CUNHA, 1998; VASCONCELOS, 2003; WERNECK, 1998).

Ao longo do século XX, o sistema de saúde brasileiro foi-se estruturando e conformando como excludente, discriminatório, de alto custo e alicerçado no setor privado. O saber e a prática médica hegemônica no país durante todo o século passado têm sua base epistemológica apoiada no paradigma da medicina científica. Tal paradigma apresenta como elementos estruturais o mecanicismo, biologismo, crescente especialização e fragmentação da prática médica e ênfase na medicina curativa. (MENDES, 1984).

Segundo Moraes (2001), vive-se hoje um paradoxo no campo da saúde: enquanto a intimidade microscópica do organismo é devassada pela ciência e mais e mais recursos *high-tech* são incorporados aos sistemas de diagnóstico e terapia, cresce também a insatisfação das pessoas com o atendimento médico prestado. A tecnologia médica parece ter promovido o distanciamento entre o terapeuta e o paciente, desumanizando a prática profissional e abalando uma relação milenar associada ao processo de cura.

Fortes (1998) aponta os baixos salários, o número excessivo de atendimentos a serem realizados e a formação acadêmica deficitária como fatores que contribuem para a massificação e despersonalização nas relações com os pacientes e desumanização da assistência à saúde. Para o autor,

o descumprimento do direito a saúde é facilmente identificável na má distribuição de serviços de saúde, nas extensas filas nos serviços de emergência, na desmotivação de boa parte dos trabalhadores do setor, na necessidade de 'pagamento por fora', indevido e ilegal, nos serviços de saúde privados credenciados pelo SUS.

2.3.2 Uma nova estratégia de ação: Programa de Saúde da Família

Com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família. (BRASIL).⁴

⁴ http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997).

Segundo Mendes (1996), a estratégia de organização da atenção primária dirigida às famílias e seu habitat (Programa de Saúde da Família) apresenta ênfase na promoção de saúde e na prevenção, sem, no entanto, descuidar-se do curativo reabilitador; apresenta, ainda, alta resolutividade e baixos custos diretos e indiretos.

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e controle social) e trabalha baseando-se nos princípios relatados por Mendes (1996): impacto, que se relaciona com a capacidade da atenção primária de alterar, para melhor, os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adscrita; orientação por problemas, planejamento e programação local, segundo os quais as necessidades individuais de cada território de abrangência da Saúde da Família norteiam o planejamento das ações; intersectorialidade, que preconiza a articulação entre setores da área de saúde e de outras áreas visando enfrentar adequadamente os problemas; hierarquização e primeiro contato, segundo os quais, a Saúde da Família, como atenção primária e “porta de entrada” do SUS, é intercomplementar com os outros níveis de atenção do sistema de saúde, não sendo, portanto, independente, organizando-se a partir de referência e contra referência de pacientes e informações. Também são princípios do PSF, a longitudinalidade, que preconiza que devem ser assegurados cuidados contínuos ao longo do tempo à população adscrita contrapondo-

se à atenção ocasional dispensada pela prática de atenção médica; integralidade, que implica no reconhecimento que a atenção primária deve promover ações de promoção de saúde, prevenção e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada; adscrição, que objetiva a responsabilidade administrativa de uma unidade de Saúde da Família sobre o território de sua responsabilidade; co-responsabilidade, que objetiva criar um sentimento de parceria entre recursos de saúde e a população adscrita⁵ em busca de melhoria da saúde, estabelecendo relação de mútua responsabilidade; heterogeneidade e realidade que preconizam o respeito às peculiaridades de cada uma das Unidades de Saúde da Família, evitando que a aplicação dos princípios descritos anteriormente sejam convertidos em “receita de bolo” a ser seguida por todas as unidades igualmente e humanização, princípio que evoca a valorização humanística da prática sanitária. A sua aplicação implicará na individualização das pessoas e famílias, as quais, no modelo de atenção médica, foram reduzidas a números ou casos.

Apesar da denominação de Programa de Saúde da Família, o modelo de atenção voltado para a família não deve ser entendido como programa (pré-definido, imposto verticalmente), mas sim com uma estratégia de ação (BRASIL, 2000; LOUREIRO, 2002; MENDES, 1996; RONCALLI *et al.*, 1999; WERNECK, 2002).

Para Roncalli *et al.* (1999) ao introduzir uma nova prática que rompe com o modelo tradicional de Odontologia centrada no alívio da dor e no atendimento intra-consultório, o PSF deve produzir mudanças qualitativas na forma de serem abordadas as doenças bucais.

⁵ Mendes utiliza os termos adstrição e adstrita ao invés de adscrição e adscrita como utilizado pelo Ministério da Saúde. Optou-se, no presente trabalho, em utilizar os termos oficiais.

Mas como exercer essa nova prática no contexto de saúde atual, onde a especialização e fragmentação das atenções, baseadas no modelo flexneriano de atenção, estão disseminadas e arraigadas em todo o sistema de saúde e mesmo na população? Como realizar essa mudança, em especial na prática odontológica? Segundo Araújo (2000), tal mudança deve considerar a formação do cirurgião-dentista, sendo então necessário reestruturar os cursos de Odontologia objetivando formar profissionais aptos a desenvolver ações na perspectiva de construção do SUS.

Segundo Mendes (1996) para que a estratégia de Saúde da Família seja viável é preciso investir em recursos humanos, modificando o ensino de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, permitindo a adequação dos profissionais a essa nova estratégia de atenção.

Ao abrir uma possibilidade de ingresso no mercado de trabalho, o PSF trouxe consigo a preocupação e necessidade de capacitação de recursos humanos. Alterar a formação de profissionais de saúde na graduação, pós-graduação e reciclagens têm sido um dos desafios do Ministério da Saúde na implantação da Saúde da Família. (BRASIL, 2002b; PAIM,1999). Na qualificação desses profissionais, “à dimensão técnica, devem ser acrescentados aspectos éticos, políticos, de comunicação e de inter-relações pessoais.” (BRASIL, 2002b, p. 140)

Para se conseguir a referida qualificação, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem formulando políticas orientadas para a promoção de mudanças na formação e na distribuição dos profissionais de saúde. Entre essas políticas podem ser citadas: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde, Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, Pólos de Capacitação de Saúde da

Família, Programas de Residência Médica e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde –
PITS. (BRASIL, 2002b)

*Eu, Diogo Cão, navegador, deixei
Este padrão ao pé do areal moreno
E para diante naveguei.
A alma é divina e a obra é imperfeita.
Este padrão sinala ao vento e aos céus
Que, da obra ousada, é minha a parte feita:
O por - fazer é só com Deus. (...)
Ó mar salgado, quanto do teu sal
São lágrimas de Portugal!
Por te cruzarmos, quantas mães choraram,
Quantos filhos em vão rezaram!
Quantas noivas ficaram por casar
Para que fosses nosso, ó mar!
Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu. (...)
Dá o sopro, a aragem — ou desgraça ou ânsia —
Com que a chama do esforço se remoça,
E outra vez conquistaremos a Distância —
Do mar ou outra, mas que seja nossa!*

Mar Portuguez - Fernando Pessoa

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar a influência da disciplina do Estágio Supervisionado na formação de estudantes do último período do curso de Odontologia da UFMG.

3.2 Específicos

- Conhecer as expectativas dos estudantes acerca do Estágio Supervisionado.
- Conhecer as atividades desenvolvidas pelos estudantes durante a realização da disciplina.
- Conhecer o entendimento dos estudantes acerca do processo saúde doença, antes e após a realização do Estágio Supervisionado.
- Conhecer a inserção dos estudantes nas comunidades e nos serviços de saúde.
- Conhecer a percepção dos estudantes acerca do serviço público de saúde, antes e após a realização do Estágio Supervisionado.
- Conhecer os resultados do ES na formação dos estudantes do último período do curso de Odontologia da UFMG.

*Esses humanos que circulam pela cidade aí afora
Eu não agüento, eles querem me conquistar
Eu não agüento, eles querem me controlar
Querem me obrigar a ser do jeito que eles são
Cheios de certezas e vivendo de ilusão
Mas eu não sou, nem quero ser igual a quem me diz Que
sendo igual eu posso ser feliz.*

Humanos – Supla; Andrés; Bidi

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho foi qualitativa e buscou conhecer a influência do Estágio Supervisionado na formação de estudantes do último período do curso de graduação em Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG).

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - COEP- e aprovado com o parecer número ETIC 022/04. (ANEXO A)

4.1 A natureza do estudo

O paradigma quantitativo baseado no método de Francis Bacon, na matemática de René Descartes e de Galileo Galilei, no método experimental de Blaise Pascal, na física de Isaac Newton e nos materialistas do século XVIII é o paradigma hegemônico na ciência nos últimos séculos. Nesse paradigma, a realidade construída é composta de causas e efeitos. Para prever e controlar eventos, comportamentos e outros desfechos cabe ao cientista quantificar essas causas e efeitos e, a fim de maximizar a objetividade, esses devem ser isolados do seu contexto. Insatisfeitos com o uso de métodos naturalísticos nas ciências sociais alguns acadêmicos propuseram, no século XIX, uma abordagem holística para o estudo dos fenômenos sociais originando o paradigma qualitativo. Nesse paradigma, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, e cabe ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, e não apenas descrever os comportamentos. (SANTOS 1999).

Segundo Minayo (1994) o resultado mais aberrante do conhecimento produzido a partir dos dados mensuráveis desgarrados do contexto tem sido um tecnicismo carregado de especialização, que reflete a pobreza da reflexão social contemporânea. A autora diz ainda que “a restrição se dá na pretensão de uma certa prática dominante de substituir as questões teóricas, ditas ideológicas, pela mensuração levada ao mais alto grau de sofisticação, como se nela estivesse contida a verdade”.

A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto, tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com os instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina ou apenas com as medidas quantitativas da epidemiologia clássica constitui uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada. (Minayo, 1991).

Nenhum cálculo matemático e/ou estatístico é capaz de explicitar e explicar divergências nas percepções de saúde e doença, uma vez que essas percepções são construções temporais, culturais, político-ideológicas e históricas. (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2002; ANDRADE, 1996; MINAYO, 1991; 1993; PERINI, 1998; SANTOS, 1999; SCRAIBER, 1995; UCHÔA e VIDAL, 1994).

Considerando que a percepção do adoecer e das formas de promoção de saúde variam influenciadas por vários fatores, torna-se necessário conhecer a população com que se vai trabalhar numa dimensão mais profunda do que a permitida pelo método quantitativo, precisa-se de um método que apreenda o subjetivo, que recupere as informações culturais que até então tinham sido, na maioria das vezes, consideradas irrelevantes. (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Assim sendo, a metodologia de pesquisa qualitativa é a mais adequada quando se busca apreender as representações de saúde e doença uma vez que contempla o aspecto qualitativo do objeto, considerando-o como um indivíduo que vive em uma determinada condição social e pertence a um grupo ou classe social que tem suas crenças, valores e significados. Dessa forma, se adapta ao estudo de grupos específicos, universos simbólicos e ao reconhecimento de situações particulares. (ANDRADE, 1996; MINAYO, 1993).

Para Minayo e Sanches (1993), numa busca qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. A abordagem qualitativa é mais adequada para o estudo de grupos menores, uma vez que tem no aprofundamento da compreensão dos fenômenos, a sua mais importante característica.

Dos instrumentos da metodologia qualitativa, enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas pendentes.. (SELLTIZ, 1975).

Assim, alguns autores consideram a entrevista como técnica por excelência na pesquisa social, atribuindo-lhe valor semelhante ao tubo de ensaio na Química e ao microscópio na Microbiologia. (GIL, 1991).

Para Schraiber (1995), a entrevista permite melhor explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, já que promove resgate das dimensões subjetivas dos processos sociais que respeita o todo complexo de sua constituição.

Ao comentar a diferença entre a utilização de questionários e o processo de entrevista numa pesquisa, Manzini (1991) afirma que na entrevista não ocorre o condicionamento das respostas dos informantes a uma padronização de alternativas formuladas previamente nos questionários. No processo de entrevista, o entrevistador pode perceber a circunstância de interação no momento da entrevista: gestos, tom de voz, postura física, as reações do informante às perguntas, além de oferecer flexibilidade para esclarecer, repetir perguntas, adaptando-se mais facilmente às pessoas e situações.

Para Neto (1995), a entrevista é uma forma de abordagem técnica do trabalho de campo em pesquisa qualitativa. Para o autor, a entrevista, individual ou coletiva, é um meio de coletar dados relatados pelos próprios atores do estudo em questão, os quais sendo sujeito-objeto da pesquisa vivenciam a realidade que está sendo focalizada.

Segundo Kitzinger (1996) os grupos focais são uma forma de entrevista em grupo baseada na comunicação entre os participantes visando gerar dados. A técnica é muito útil por encorajar a participação de pessoas tímidas ou que se sintam intimidadas em participar de entrevista individual. Além disso, a familiarização entre os participantes do grupo propicia um ambiente de descontração e segurança, facilitando a expressão de todos além de permitir que se relacione comentários de cada um dos participantes a fatos acontecidos e vivenciados por todos.

4.2 Universo de estudo

O universo do presente estudo consistiu no grupo de estudantes do último período do curso de Odontologia da UFMG, sendo considerado como único critério de exclusão a não realização integral da disciplina Estágio Supervisionado.

De acordo com informações prestadas pela coordenação da disciplina de Estágio Supervisionado, no ano de 2004 realizaram a disciplina integralmente 101 estudantes.

4.3 Amostra

A proposta inicial de constituição da amostra vislumbrava a participação de, no mínimo, 16 estagiários selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- um representante de cada localidade atendida pelo Estágio
- aceitação e disponibilidade para participar dos grupos

A amostra do estudo foi constituída por 15 estudantes, mas a participação de um representante de cada município não se concretizou devido à resistência e não aceitação de muitos estudantes em participar da pesquisa. Devido a isso, houve necessidade de estender o período de coleta de dados para a turma subsequente, bem como organizar os grupos independentemente dos municípios onde os participantes realizariam o Estágio. Cabe nesse momento uma breve reflexão sobre as possíveis causas dessa resistência dos estudantes em participar da pesquisa. Durante os contatos com os estudantes, visando a sua participação na pesquisa, notou-se que muitos apenas negaram a

participação na pesquisa sem nenhum tipo de justificativa para tal ato, denotando uma possível falta de consciência sobre a importância da pesquisa científica na geração de conhecimentos.

Outra questão observada foi que alguns estudantes alegaram não ter tempo para participar das pesquisas, ou sequer foi possível contactá-los porque estavam trabalhando (informações fornecidas por familiares), mostrando que alguns estudantes têm aproveitado o “tempo livre” no último período para desenvolver atividades profissionais, sem se atentarem para a ilegalidade dessa prática. É importante ressaltar que a única atividade curricular obrigatória do último período da graduação na FOUFMG é a realização do ES, não sendo ofertadas atividades curriculares destinadas especificamente aos estudantes que irão realizar ou já realizaram as atividades práticas do Estágio Supervisionado.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através da metodologia de grupos focais, que consiste numa entrevista de grupo baseada na comunicação entre os participantes da pesquisa visando a geração de dados (KRUEGER, 1994; KITZINGER, 1996). Para orientar o discurso foi utilizado um roteiro elaborado à luz dos objetivos do estudo e respaldado na revisão bibliográfica. O roteiro foi previamente ajustado através de pré-teste com quatro estudantes não incluídos no estudo principal. O pré-teste foi realizado também, na forma de grupo focal e tinha como objetivo avaliar o processo da entrevista, detectar falhas existentes tais como inconsistência e complexidade do roteiro, ou ausência de questões que auxiliassem no momento de registrar informações e no delineamento das possíveis matrizes a serem trabalhadas. O roteiro serviu

apenas como guia para a pesquisadora, não limitando (e/ou inibindo) a fala, discussões e/ou relatos dos entrevistados.

Os grupos focais, todos gravados em fitas cassete, foram realizados em dois momentos. O primeiro momento foi anterior à realização da disciplina Estágio Supervisionado, sendo enfocadas questões sobre saúde, doença, serviço público e expectativas quanto ao Estágio. Ao término do Estágio Supervisionado, realizou-se o segundo encontro, onde se enfocaram experiências vividas, possíveis mudanças na percepção de saúde e doença e na vivência dentro do Serviço Público de Saúde (ANEXOS B e C). Todos os estudantes da amostra participaram dos dois encontros.

Foram realizados 6 grupos focais (3 grupos anteriores à realização do Estágio e 3 após a conclusão) gerando um total de 8:41 horas (8 horas e 41 minutos) de gravação. Cada grupo foi formado por 5 participantes, visando facilitar a condução e, até mesmo, a gravação das discussões. Tal número foi estabelecido de acordo com as instruções de Kitzinger (1996), o qual preconiza a participação de 4 a 8 entrevistados por grupo.

Observações pessoais do entrevistador sobre a entrevista, local da entrevista e sobre os entrevistados (comportamentos, atitudes, falas e hábitos), bem como reflexões sobre o trabalho em si foram registrados em um caderno de campo, como sugere Schraiber (1995).

4.5 Análise dos dados

Posteriormente as entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora. As identificações dos participantes foram omitidas, bem como informações e/ou citações de nomes, lugares e acontecimentos que pudessem permitir a quebra de sigilo e conseqüente identificação dos mesmos. Optou-se por identificá-los por letras alfabéticas, sendo que os participantes do sexo feminino foram identificados por consoantes e os do sexo masculino por vogais. Os dados colhidos foram analisados e interpretados de acordo com metodologia proposta por Minayo (2004). Após leitura exhaustiva, o material transcrito foi organizado de acordo com os temas, e posteriormente, catalogado em categorias.

O entendimento do processo saúde/doença que orientou a análise desse trabalho foi o modelo sistêmico (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2002), no qual a saúde e a doença são determinadas pelo sinergismo entre fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais.

A categorização dos dados foi realizada por três pesquisadoras simultânea e independentemente (autora, orientadora e co-orientadora), com o intuito de permitir diferentes enfoques e abordagens do material. Posteriormente os pesquisadores se reuniram e debateram os resultados encontrados, buscando chegar a um consenso. Essa triangulação permitiu maior profundidade nas análises dos dados.

4.6 Informações complementares

Foram utilizadas na análise dos dados anotações do caderno de campo. Tais anotações foram realizadas não apenas após a realização dos grupos focais, como também após contatos da pesquisadora com estagiários, professores da disciplina e funcionários dos serviços de saúde atendidos pelo ES. Esses contatos se deram não apenas nas localidades atendidas pelo ES, como também durante a participação da pesquisadora em atividades relativas à disciplina: grupos de discussões, apresentações de relatórios finais e de pôsteres relativos ao período de Estágio Supervisionado. As anotações nunca foram feitas na presença dos observandos, evitando assim qualquer tipo de constrangimento ou mudança de postura/posição na intenção de se portarem da forma que julgassem ser a esperada pela pesquisadora.

E o senhor tirava os óculos e punha-os em Miguilim com todo o jeito:

— Olha, agora!

Miguilim olhou. Nem não podia acreditar! Tudo era uma claridade, tudo lindo e diferente, as coisas, as árvores, as caras das pessoas. Via os grãozinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão de uma distância. E tonteava. Aqui, ali, meu Deus, tanta coisa, tudo...

(...) o doutor entendeu e achou graça. Tirou os óculos e pôs na cara de Miguilim. E Miguilim olhou pra todos com tanta força.

Saiu lá fora. Olhou os matos escuros de cima do morro, aqui a casa, a cerca de feijão-bravo e são-caetano; o céu, o curral, o quintal; os olhos redondos e os vidros altos da manhã. Olhou, mais longe, o gado pastando perto do brejo, florido de são-josés, como um algodão. O verde dos buritis, na primeira vereda.

O Mutum era bonito! Agora ele sabia!

Manuelzão e Miguilim - João Guimarães Rosa

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão discutidas as questões suscitadas pelos estudantes durante os grupos focais. Durante o tratamento dos dados emergiram 4 grandes temas: expectativas acerca do Estágio Supervisionado, realização do Estágio Supervisionado, o serviço público de saúde e compreensão do processo saúde doença. Dentro de cada um desses temas as categorias foram levantadas para a análise dos dados.

5.1 Caracterização da amostra

Dos 101 estudantes que cursaram a disciplina no ano de 2004, 31 (30,7%) eram do sexo masculino e 70 (69,3%) do sexo feminino. A média de idade dos estudantes é de 23,7 ($\pm 1,4$) anos. Do total dos estudantes matriculados, 13,5% participaram de projetos de extensão, iniciação científica ou pesquisa e foram monitores em alguma disciplina da graduação; 16,9% participaram de projetos de extensão e foram monitores; 14,6% participaram de projetos de extensão e iniciação científica ou pesquisa; 48,3% participaram apenas de projetos de extensão e 6,7% não realizaram nenhuma atividade extra curricular durante a graduação.

A amostra não foi constituída pelo número de estudantes previsto inicialmente uma vez que se atingiu o chamado “ponto de redundância” (ALVES, 1991), onde a realização de novos grupos não acrescentaria novos dados à pesquisa. Participaram, então, dos grupos focais, 15 (quinze)

estudantes sendo 10 (dez) do sexo feminino e 5 (cinco) do sexo masculino. A amostra apresentou-se dentro das características do universo, excetuando a questão de participação em projetos de pesquisa e iniciação científica, a qual mostrou-se mais comum entre os estudantes da amostra (53,3%) do que no universo amostral (38,1%).

5.2 Expectativas acerca do Estágio Supervisionado

*Às vezes parecia que, de tanto acreditar
em tudo que achávamos tão certo,
teríamos o mundo inteiro e até um pouco mais:
faríamos floresta do deserto e diamantes de pedaços de vidro.
Andréa Doria - Legião Urbana*

Durante os grupos iniciais percebeu-se a ansiedade e satisfação dos estudantes em estar iniciando a disciplina de Estágio Supervisionado. Esse período de sua formação parece ser envolto por uma “atmosfera” de formatura, ingresso na vida profissional, distanciamento da Faculdade. A esses sentimentos ligam-se preocupação e insegurança causadas pelo pouco conhecimento acerca da realização da disciplina. Os estudantes não sabem ao certo para onde irão, como será o dia a dia e quem os orientará. Julgam a figura do orientador como de grande importância por ser um elo e um mentor: é ele quem dá continuidade aos trabalhos e atividades desenvolvidas pelos estagiários período após período.

Alguns professores ainda não são conhecidos pelos estudantes, uma vez que estão ligados apenas à disciplina Estágio Supervisionado. Não conhecer um professor normalmente não é visto com preocupação, tendo em vista que durante toda a graduação os estudantes se depararam com

professores novos a cada período. Pode-se supor que as peculiaridades desse momento da formação acadêmica, citadas anteriormente, motivem tal ansiedade. Afinal, os estudantes estão indo para uma situação completamente nova, longe das “amarras” e proteção da Faculdade, dos professores e da família (paradoxalmente, esses que são os maiores anseios dos estudantes, parecem ser os causadores da insegurança).

“A minha primeira reunião vai ser no dia do Internato. Eu nem conheço quem vai me orientar. Vamos ver como vai ser...” (Participante Q)

“Na verdade você está no escuro, (...) não sabe o que tem na cidade, como são as pessoas da cidade, como são as pessoas que trabalham com você na cidade.. Você fica sempre no talvez. Talvez vai ter uma autonomia ou não, talvez tenha recursos ou não, talvez vai ser bom, talvez não (...)”

(Participante O)

5.2.1 Autonomia

Os estudantes vêm na possibilidade de serem os responsáveis por todas as etapas do tratamento odontológico, do planejamento até a execução, a oportunidade de colocar em prática o que foi aprendido na teoria nos períodos anteriores, seja porque não houve demanda ou porque não tenha sido permitido pelo professor.

“Lá a gente vai ter oportunidade de praticar muito mais do que a gente teve durante o curso todo. Aqui a gente aprendeu toda a parte teórica, lá que a gente vai botar em prática. Vai ser muito bom pra gente, a gente vai aprender demais.” (Participante E)

A presença constante do professor parece inibir os estudantes gerando um sentimento de insegurança e incapacidade de solucionar problemas. O Estágio Supervisionado é visto como a oportunidade de libertar-se e tornar-se independente.

“(...) confiança no trabalho. Muitas vezes aqui dentro da Faculdade a gente está preso aos professores e agindo sob as ordens dele (...) Lá a nossa atitude vai influenciar diretamente, não vai ter ninguém pra corrigir.” (Participante I)

“(...) às vezes é uma coisa que a gente faz todo dia, mas a gente está tão acostumado a perguntar: “pode fazer?” “é isso mesmo?” Que a gente acaba viciando nisso (...)” (Participante G)

O anseio de se sentir autônomo sendo o responsável pelo paciente e ficando longe da presença do professor parece descortinar a realidade vivida durante os períodos anteriores da graduação, onde freqüentemente o professor manda e o aluno obedece, perpetuando o modelo do professor repassador de conhecimento, como denomina Masetto (1998a), enquanto a postura deveria ser a de um facilitador e incentivador no processo de ensino aprendizagem. A nota é utilizada como forma de subjugar o estudante, de “arrebanhar adeptos” para essa ou aquela corrente. Nesse modelo, no qual o processo de ensino é regido pela obtenção da nota, o estudante, “refém desse modelo desde a escola fundamental, sabe se comportar de acordo com as regras que estão instituídas e aprende a desenvolver mecanismos defensivos para se preservar no sistema” (SORDI, 2000, p. 236). Tal formação em nada contribui para a formação do perfil profissional preconizado pelos Ministérios da Educação, Ministério da Saúde e pela ABENO: um profissional com formação crítica e reflexiva.

“(...) você abre um sorriso e concorda, mesmo que você discorde: não discuta. Pronto e acabou! Se você for discutir vai fazer a besteira de ser marcado (...) Os professores querem que você seja um filhotinho

deles, você tem que seguir essa doutrina porque essa é a certa, mas não é a certa, entendeu? Você pode ler, tem pesquisa hoje, é muito fácil a gente procurar, saber o que pode substituir, quais são as deficiências de cada material (...) lá (Estágio Supervisionado) a gente vai ter mais liberdade de escolher (...)" (Participante P)

5.2.2 Crescimento Pessoal

As expectativas dos estudantes quanto ao Estágio Supervisionado não se restringem ao aprimoramento técnico. A possibilidade de conhecer pessoas, fazer novas amizades, conviver com pessoas diferentes numa mesma casa, além do certo distanciamento e independência da família são esperados com euforia e ansiedade.

Durante as falas, os estudantes revelaram o dia a dia da vida familiar, o carinho e a dependência dos pais (e dos pais com os filhos) e a saudade que irão sentir. Para a maioria dos estudantes entrevistados, o tempo do Internato Rural será a primeira vez que ficarão longe de casa e dos pais, talvez advenha daí, esse sentimento de transição que a disciplina desperta. Tal sentimento não é vivenciado apenas pelos “calouros”, mesmo os que já moraram ou moram “fora de casa” sentem que o Internato será um momento de transição, momento de crescer, de tornar-se autônomo.

“(...) nunca saí de casa, nunca morei fora de casa, acho que vai ser legal (...) de se virar, de conviver com pessoas diferentes (...).” (Participante D)

“É uma independência completa, como se fosse gente grande mesmo, tanto como profissional quanto como adulto assim, na sua própria casa.” (Participante Q)

“Eu acho que vai acrescentar mais nas relações pessoais: você vai morar numa casa com várias pessoas, eu nunca passei por isso (...)” (Participante J)

5.2.3 Trabalho com comunidades

De acordo com as falas dos estudantes, percebe-se que outro ponto que julgam importante na realização do Estágio Supervisionado é a possibilidade de aprender a trabalhar em atividades coletivas com comunidades e de entrar em contato com uma realidade e um tipo de atendimento diferente do vivenciado nas atividades intramuros.

Ao exprimirem essas expectativas os estudantes trazem à tona uma deficiência na sua formação acadêmica: o ensino intramuros da FOUFGM prepara o estudante para o atendimento individual, atividades coletivas só são realizadas por estudantes que participam de projetos de extensão voltados para atividades educativas em saúde. O Estágio Supervisionado é visto como a “tábua de salvação”, última possibilidade de preencher lacunas deixadas durante os períodos anteriores da graduação.

“eu acho que o mais importante que eu espero do Internato é aprender Saúde Coletiva (...) porque a gente não tem uma noção muito clara disso aqui na Faculdade” (Participante H)

Ao se referirem às populações com as quais iriam conviver durante o ES, os estudantes esperavam encontrar muita necessidade de tratamento odontológico. Tal expectativa talvez se deva à divulgação de pesquisas sobre acesso a serviços de saúde e condições de saúde bucal da

população brasileira. De acordo com dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) 1/5 dos brasileiros nunca foi ao dentista (29,6 milhões); quanto menor o poder econômico maior é o intervalo da procura pelo dentista; o perfil do usuário é o jovem, com predominância do gênero feminino e de áreas urbanas (PINHEIRO, 2002). Os municípios com populações menores apresentam níveis mais desfavoráveis de condição bucal, adultos e idosos de cidades com menos de 50.000 habitantes apresentam menores médias de dentes hígidos e maiores de dentes perdidos. (BRASIL, 2004)

A despeito da situação precária de saúde bucal que esperavam encontrar, os estudantes mostraram uma visão bem bucólica e idealizada da vida no interior, como se a qualquer momento Dirceu fosse aparecer entre flores e pastagens para recitar algum poema para Marília⁶. Referiram-se ao interior como um mundo à parte, onde tudo é diferente, a população é “atrasada”, o tempo passa devagar, não existe estresse. Alguns estudantes relembrou bons momentos da infância vividos no campo durante as férias escolares. As pessoas são boas, a vida é tranqüila, tem-se

“(…) *qualidade de vida*” (Participante U).

“(…) *eu creio que eles devem ter uma alimentação relativamente boa (...) eles têm a horta deles, que eles têm acesso a verduras, legumes, que a alimentação seja até bem enriquecida. (...) Eles têm um padrão de alimentação (...) E a gente aqui, até pelo acesso a gente come: hambúrguer, salgado (...) falta de tempo, essa questão da correria, a nossa alimentação fica prejudicada, eles não. Eu vejo que no interior a coisa é mais calma, lenta...*” (Participante O)

Essa percepção da vida no interior vai ao encontro da fala de Comparato (2001). Segundo o autor grande parte da população brasileira tem uma idéia romântica da vida e do homem do campo,

⁶ Refere-se à Marília de Dirceu de Tomás Antônio Gonzaga, obra clássica do arcadismo brasileiro.

onde “o homem do campo ainda é considerado um personagem simples, modesto, apático e preguiçoso, que precisa ser protegido, à imagem do personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato.”
(p. 116)

Dois entrevistados apresentaram uma visão bem diferente da expressa pelos demais, ambos baseados em experiências extra curriculares: um participou de projeto voluntário no interior do estado e o outro teve conhecimento através de relato, feito por um irmão, sobre a precariedade da vida no interior, evidenciando a importância de experiências concretas na formação não só do profissional, mas de cidadãos conscientes da diversidade social, cultural e econômica brasileira.

“(...) eu acho que isso é no interior que tem condição (...) meu irmão mais novo foi fazer trabalho social, (...) foi pro Vale do Jequitinhonha e ele falou que o bicho pega mesmo! Então a região da zona da mata aqui é um pouco melhor nessa questão de plantação, agora regiões pobres como sertão nordestino e lá no norte do estado deve ter mais ou menos o que ele está vendo. A gente é que não vê. As cidades do Internato Rural eu acredito que elas tenham a terra boa pra plantar, elas tenham mais porte”
(Participante Q)

Ao ressaltarem as péssimas condições de saúde bucal que esperam encontrar no interior, os estudantes responsabilizam a falta de programas públicos que incluam a Odontologia no dia a dia dos serviços de saúde, a falta de informação e a cultura popular de aceitação e inexorabilidade da perda dentária, pela situação esperada. Para eles, se os pacientes soubessem os tipos de tratamento existentes, talvez tivessem outra situação. Ao mostrarem-se crédulos nisso, os estudantes mostram uma inocência quase infantil: parecem acreditar que o simples conhecimento das possibilidades seria suficiente para reverter uma situação precária de saúde que há muito se sedimentou baseada em falta de políticas públicas eficazes, má alocação de recursos, formação

acadêmica deficiente, má distribuição de renda, descompromisso de políticos e profissionais com a população, descumprimento da Constituição Federal, falta de participação popular (seja por aceitação da realidade, seja por falta de consciência política).

“(...) ele quer é ficar livre da dor, não interessa se ele vai ficar sem o dente da frente, não tem essa preocupação. (...) Eu tenho certeza que o que eu vou encontrar lá é desdentado à vontade, e vai perguntar o que incomoda ele e não é isso, não é! Eu acho que é falta de informação mesmo que não chega muito lá, às vezes eles nem sabem que tem esse tipo de tratamento, acredito que eles nem sabem que existe uma ponte fixa (...).” (Participante Q)

Os estudantes mantiveram a postura de críticos e detentores do saber, recriminando a falta de importância que as pessoas de classes populares mais baixas dão à saúde bucal. Ao afirmarem que a cultura da população não vislumbra saúde bucal como importante, os estudantes parecem culpar o paciente pela sua situação bucal. Para eles, hábitos de saúde bucal não são comuns na população e conseguir reverter essa situação será difícil.

“(...) informação não chega até lá. Não chega porque eles ainda têm aquela idéia de rezar, de curandeirismo, então é muito difícil (...).” (Participante Q)

“(...) existe padrão de cultura que você não dá o menor valor pro dente, arranca tudo e põe uma dentadura. Meu avô tem dentadura, minha avó tem dentadura, todos os meus irmãos na minha casa têm, eu vou ficar sofrendo com esse dente aí? Arranca e põe uma dentadura que isso não presta, isso pra mim só vai dar sofrimento, só vai dar dor. Quero arrancar e colocar uma dentadura. Na concepção dele a dentadura é a melhor solução para os problemas dele, não precisa complicar.” (Participante H)

Para Drummond (2002), os profissionais parecem ter certa dificuldade em entender e aceitar a forma como os pobres encaram a vida sofrida que levam. Para a autora, o que os profissionais

vêm como passividade frente à aceitação das condições de vida, provavelmente seja uma visão lúcida e realista que os pobres têm sobre a sua situação social a qual os leva a ver como ilusão a esperança de melhoria.

Uma vez que perdas dentárias fazem parte do dia a dia dessas populações, sendo vistas como imutáveis, inexoráveis, possivelmente passam a ser percebidas como um evento normal, deixando de ser entendidas como um estado de doença. Afinal, como afirmam Víctora *et al.*, (2000, p. 11) “a doença só existe a partir da ordem simbólica, isto é, só existe se naquela sociedade ela for passível de ser pensada como tal, como anormalidade”.

Sendo a cultura um conjunto de regras que norteia e dá significado à visão do mundo de um determinado grupo social (VÍCTORA *et al.*, 2000), cada grupo poderá atribuir um significado diferente a esse ou àquele fenômeno, porque então os estudantes enxergam apenas o seu ponto de vista como certo e aceitável? Se cultura varia de um grupo para outro, como definir quem está correto? É provável que esse sentimento de superioridade, de ser o “dono da verdade” advenha da própria formação acadêmica baseada no modelo biomédico que em nome da neutralidade, do tecnicismo e do cientificismo excluiu o contexto sócio-cultural do processo saúde doença (UNFER e SALIBA, 2001), reduzindo o paciente a uma máquina a ser consertada de acordo com preceitos científicos comprovados. O profissional detém o saber e ao paciente resta aceitar o que foi proposto.

Ao se referirem a trabalhos com a comunidade, foi freqüente o uso do termo promoção de saúde:

“(...) através da promoção de saúde: fazendo palestras nas escolas, trabalhando com a parte de prevenção...” (Participante F)

“(...) vamos promover saúde, vamos prevenir, vamos mostrar pra população que é possível isso, que não é só: ah! Estragou meu dente vou arrancar. Está doendo eu vou procurar um dentista pra arrancar, independente de ser dente da frente, de indicação. A gente vai mostrar que é possível não deixar doer, não chegar ao extremo.” (Participante P)

Como pode-se observar nos exemplos acima, foi comum a utilização inadequada do termo promoção de saúde. Pelas falas dos estudantes, pode-se apreender que entendem promoção de saúde como atividades (preferencialmente palestras) e instruções a serem repassadas para a população visando transmitir um conhecimento técnico científico que possibilite melhores escolhas e mudança de hábitos. Segundo Moysés e Watt (2000), a idéia que saúde pode ser controlada pelo próprio indivíduo a partir de técnicas educacionais simples e intervenções individualistas têm sido um dos marcos do modelo médico/biológico desde o começo do século passado. Os referidos autores chamam a atenção para a ineficácia desse tipo de ação em alcançar e manter mudanças em saúde bucal e advogam a necessidade de avanços, apontando para abordagens mais inclusivas, baseadas em novas perspectivas de prevenção e promoção de saúde, como um caminho pra modificar o quadro de saúde bucal brasileiro. Baseando-se na Carta de Ottawa para Promoção de Saúde, os autores definem Promoção de Saúde Bucal como qualquer esforço para implementar políticas públicas saudáveis que visem a criação de ambientes suportivos, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais ou reorientação dos serviços de saúde.

A dificuldade em compreender a promoção de saúde em toda a sua extensão e abrangência, talvez se deva à formação acadêmica compartimentada e isolada de outras profissões. É difícil pensar e entender promoção de saúde quando pouco ou nada se sabe de políticas públicas, trabalho em equipe, controle social e determinação social da saúde e da doença.

5.2.4 Conhecer o serviço público de saúde

Uma das expectativas dos estudantes acerca do ES é conhecer o serviço público de saúde, vislumbrando uma possibilidade futura de emprego. Para os estudantes essa é uma das importâncias do ES e um dos objetivos da disciplina.

“(...) o serviço público de saúde, porque eu acho que é onde muitos dos dentistas recém formados estão tentando entrar depois de formar porque é um emprego garantido, é aquela coisa assim mais certa, ter um salário certo no final do mês. Todo mundo está tentando entrar.” (Participante Q)

5.2.5 Transição Estudante-Profissional

O ES é visto pelos estudantes como um momento de transição entre a vida acadêmica e a profissional, é um “pré-mercado de trabalho”. Serão funcionários de um serviço de saúde, mas terão todo amparo e respaldo da Faculdade. Apesar de todas as críticas, a figura do professor é vista como um escudo que os protegerá de qualquer problema, afinal:

“(...) o professor é o responsável” (Participante C)

“Eu acho que a importância do Internato é isso: é essa transição do estudante pro profissional (...).”
(Participante Q)

A oportunidade de viver o dia a dia de um dentista formado além de ser vista pelos estudantes como um aprendizado importante, é vista como a possibilidade de abrir portas para o futuro profissional, mostrando que conhecem a realidade atual do mercado de trabalho odontológico, onde 7.146 (29,4%) dos 24.305 ⁷cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais estão concentrados na capital do Estado, enquanto os demais estão desproporcionalmente distribuídos pelo interior. Os estudantes vêem no interior uma possibilidade de emprego após a formatura. O Estágio Supervisionado é a chance de conhecer, ser conhecido e de gostar do trabalho.

“Teve um aluno que foi pra lá e que provavelmente vai ficar lá no PSF. É legal! Se ele não tivesse ido e aí? É uma criação de oportunidades!” (Participante P)

A distância dos muros da Faculdade e a oportunidade de ser o profissional do seu imaginário animam os estudantes. Longe da opressão das notas e da imposição desse ou daquele tratamento preconizado por esse ou aquele professor, os estudantes vislumbram sair das sombras e emitirem luz própria. Ao verbalizarem como pretendem trabalhar, os estudantes trazem à tona um dos grandes nós do processo de ensino: a integração das diversas áreas, não apenas o isolamento da Odontologia de outras profissões, mas principalmente a compartimentação existente entre as disciplinas no currículo. Os estudantes questionam a conduta de alguns professores e a sua própria formação, recriminam o tratamento que é dado aos pacientes e, mais uma vez, mostram um sentimento de impotência frente à opinião e prática de alguns professores, a qual segundo

⁷ Dados do CROMG: <http://www.cromg.org.br/serv/estatistica/ESTAT.MUNICIPIOS.DOC>

eles, muitas vezes é contrária à filosofia de tratamento proposto pela Faculdade, que é de respeito e atendimento integral do paciente. Os estudantes parecem ter muito claro pra si que estão atendendo pacientes que têm necessidades, que têm uma história, que não são meros “manequins” ou “robozinhos”... Felizmente, parece que a vivência com professores que não comungam dessa filosofia não lhes afetou o respeito ao paciente e à sua história.

“Isso não é olhado aqui: o que o paciente quer. São poucos aqui que deixam (o paciente) falar assim: olha, eu quero fazer isso aqui primeiro (...) o paciente é um manequim pra você: eu sou um estudante e estou aprendendo. (...) E fora, lá no Internato, a gente vai poder olhar mais o paciente e menos pro que você vai fazer pra receber a nota no final do semestre. Isso tem acontecido muito aqui, a gente faz porque tem que mostrar. (...) lá fora a gente vai poder olhar mais o paciente e a prioridade dele.” (Participante P)

Os estudantes percebem a fragmentação do conhecimento e do paciente até mesmo dentro das Clínicas Integradas de Atenção Primária (CIAP's), denotando que o objetivo maior de atendimento integral ainda não foi conseguido e merece ser revisto. Segundo Paixão (1979), a integralidade em uma clínica não é conseguida apenas com a coexistência de várias disciplinas, é preciso integrar professores e estudantes na totalidade social da qual fazem parte, contribuindo assim para mudar a visão fragmentada que têm do conhecimento e do paciente.

“(...) eu acho que a visão do CIAP não é a visão dos professores, pelo menos dos professores que eu tive. (...) a gente sentava e olhava, mas quem decidia era o professor. Pronto! A gente ia e fazia, e eu não via nada integrado ali dentro do CIAP da Faculdade.” (Participante P)

5.3 Realização do Estágio Supervisionado

*A vida que me ensinaram como uma vida normal
tinha trabalho, dinheiro, família, filhos e tal...
Era tudo tão perfeito, se tudo fosse só isso,
mas isso é menos do que tudo, é menos do eu preciso
E agora você vai embora e eu não sei o que fazer
Ninguém me explicou na escola ninguém vai me responder
Educação Sentimental II – Kid Abelha*

No segundo momento da pesquisa, a realização do grupo focal após o término da disciplina Estágio Supervisionado, percebeu-se o entusiasmo dos estudantes com as atividades desenvolvidas.

A seguir, serão discutidas as principais questões levantadas pelos estudantes.

5.3.1 Autonomia

De acordo com as falas dos estudantes a expectativa de trabalhar com autonomia foi concretizada. Ao relatarem experiências vivenciadas no dia a dia no serviço público os estudantes ressaltaram que foi muito importante serem responsáveis pelas decisões. As “amarras” da Faculdade e a “sombra” do professor pareciam impedir que os estudantes se sentissem seguros para enxergar mais longe e voarem sozinhos. Quando tiveram oportunidade de alçar vôo os estudantes o fizeram descobrindo que tinham “asas já fortalecidas” para isso.

“Acho que tirou aquele medo. Aquela coisa de não sei se eu sei, entendeu? Eu passei quatro anos e meio, mas eu não sei se eu sei. Então os primeiros dias antes da gente começar a trabalhar, você fica morrendo de medo. Nossa, eu sou a dentista deste lugar e agora e se eu não souber fazer aqui não vai ter ninguém pra me ajudar. Aí você cai na real que você sabe mesmo (...). Você achava que não porque sempre tinha um professor atrás de você. Qualquer aperto era só levantar a mão...” (Participante Q)

De acordo com o 4º artigo das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Odontologia, o cirurgião-dentista deve ser capaz de tomar decisões, pensar criticamente e assumir posições de liderança. Será correto dizer que o projeto pedagógico da FOUFGM cumpre essa diretriz? Os estudantes estão tendo oportunidades para colocarem em prática o que é preconizado nas DCN? Bordevave (1994) ressalta que as concepções pedagógicas de Transmissão e de Condicionamento (aplicadas em grande parte das instituições de ensino) não contribuem para o crescimento pleno do estudante, uma vez que não lhes desperta o interesse e o prazer de aprender, nem os estimula a desenvolver uma postura crítica diante possíveis problemas que possam surgir.

Pelas falas dos estudantes pode-se inferir que isso não tem acontecido no dia a dia de sua formação acadêmica, sendo necessário o estudante sair para uma atividade extra-muros para vivenciar sua capacidade de decisão e planejamento de ações.

“E a gente também desenvolveu mais a nossa capacidade (...) Em todos os aspectos. Como dentista mesmo, de ter a capacidade de ter uma visão geral do indivíduo, plano de tratamento, planejar, discutir, pensar nas possibilidades.” (Participante B)

O ES foi visto como oportunidade para realizar vários procedimentos e atividades que até então não haviam sido realizados durante os períodos anteriores e de treinamento e aperfeiçoamento do que já faziam na Faculdade.

“(...) tem muitos procedimentos que a gente faz uma vez na vida aqui na Faculdade, lá eu tive chance de fazer algumas coisas que eu fiz pouco: muita restauração, muita extração, alguns aumentos de coroa clínica, então eu acho que isso foi bastante válido.” (Participante G)

Como dito anteriormente, os estudantes percebem a disciplina Estágio Supervisionado como um pré-mercado de trabalho, o que contribui para a sensação de desprendimento e responsabilidade nos momentos de decisão. Alguns estudantes relataram ter assumido todo o serviço referente ao atendimento e que isso foi importante para a sua formação acadêmica.

“O Secretário de Saúde tinha acabado de implantar o PSF, não sabia nada de Odontologia e lá não tinha coordenador de saúde bucal, então quem tinha que fazer as coisas era a gente, desde ir ao consultório pra marcar (...) Aí a gente teve que arregaçar as mangas e correr atrás (...) E lá, por necessidade, por não ter ninguém para tomar a frente, aí você fala assim: alguém tem fazer alguma coisa. Eu já tomava a iniciativa. Eu já mandava o povo fazer as coisas assim e tal. Você amadurece.” (Participante O)

Outros relataram apenas terem-se inserido em equipes que já desenvolviam projetos nos municípios, o que foi visto como positivo para um grupo uma vez que não haveria tempo hábil para planejar e implementar um programa novo e como negativo para outros já que não puderam participar da escolha das atividades cotidianas.

“A questão de montar o serviço odontológico não, já estava bem desenvolvido há muito tempo. Eu achei bom (...) a gente não teve essa prática aqui, o que é que eu iria fazer lá, sabe? Ainda mais em 2 meses. Iria bagunçar mais! E eu iria sair de lá sem saber também. Então eu acho legal você chegar e saber como tudo foi organizado, ver como tudo funciona. Acho que você aprende mais. Você está nu e cru, né? Se ainda tivesse tido outra experiência assim antes, talvez seria uma experiência útil pra eu praticar, mas eu nunca tinha aprendido.” (Participante Q)

“A gente achou ruim não ter participado do cronograma, né? Porque se a gente soubesse que a gente ia ter uma liberdade de poder escolher o que a gente faria, a gente podia optar de entrar no PSF. E não teve esta abertura pra gente (...). A gente trabalhou conforme o horário.” (Participante F)

Outro fator que reforçou esse sentimento de “já ser profissional” foi o fato de os estudantes receberem uma ajuda de custo durante a realização do Estágio Supervisionado. O auxílio financeiro é visto como salário. Essa “mudança” da mesada para o primeiro “contracheque” alegre e desperta muitos sonhos nos estudantes:

“(...) eu me senti o assalariado! Adorei aquela sensação de olhar, de pegar o contracheque. Depois que eu peguei, eu abri assim e olhei: nossa! Que chique! O dentista! (...) É muito legal a gente receber bolsa. Primeiro pela expectativa, porque eu achei que iria ficar milionário com o valor da bolsa. Depois eu vi que gastei grande parte, mas foi legal. (...) Primeiro você acha que vai poder gastar, gastar, gastar e ainda ficar com dinheiro (Participante P)

“Você acha que vai poder gastar, gastar, gastar porque você vai receber e recebe o dinheiro e não dá pra nada, haja bolsa!” (Participante U)

Pode ser que a sensação de ser um profissional tenha despertado nos estudantes a idealização do que gostariam de encontrar após a formatura: receber muito dinheiro e gastar à vontade, o que talvez reflita os anseios consumistas de uma cultura capitalista.

5.3.2 Crescimento pessoal

Durante as discussões, a todo o momento falaram que o ES foi ótimo, que foi uma experiência marcante e que aprenderam muito, amadureceram bastante, mas que o mais importante foi o “crescimento pessoal.”

“O ganho pessoal do Internato é muito maior que o profissional, com certeza! (...) você entra na Faculdade um adolescente ainda. Você vai na leva. Você vai na onda. Você está na profissão, você formou e você não caiu na real que já está velho, que você já é adulto. Na hora que você vai para o Internato, é que você tem que tomar suas atitudes: como pessoa e como profissional. Não tem mãe e não tem pai do lado. Você vê lá que já é um adulto, eu sou um profissional, você acorda.” (Participante O)

Mais uma vez o ES é entendido como um momento de transição, de passagem entre a falta de preocupação adolescente e o peso da responsabilidade de entrar no mundo profissional e adulto. Pode-se dizer que o período do ES está para os estudantes assim como os óculos para Miguilim⁸. Apesar do pouco tempo, as experiências vividas no ES são relatadas como inesquecíveis, seja pelo “crescimento profissional”, seja pelo “crescimento pessoal.” A possibilidade de vivenciar um “eu” que parecia estar sufocado pela Faculdade e pela família parece ter possibilitado que o “rito de passagem” se concretizasse.

Entre os ganhos do ES, os estudantes relataram ter aprendido a cozinhar, arrumar casa, tocar violão, dirigir, tomar decisões sozinhos, conviver com outras pessoas, conhecer outras culturas. Para alguns estudantes, aprender a conversar e escutar os pacientes foi um dos maiores ganhos, denotando que isso não ocorre nas atividades intramuros da FOUFGM.

⁸ Miguilim, personagem de João Guimarães Rosa, era um menino míope que via o mundo embaçado e acreditava que aquilo era o real. Certo dia, ao colocar um óculos emprestado, Miguilim enxerga o mundo com nitidez. Esse momento simboliza o crescimento, um rito de passagem, onde enxergar mais nitidamente o mundo significa entrar para a fase adulta.

(...) Eu nunca tinha morado sozinho também. Pra mim foi uma coisa completamente diferente. (...) Eu tive que aprender a cozinhar, não sabia fazer nada (...). Aprendi a fazer arroz e fritar batata” (Participante C)

“(...) crescimento pessoal mesmo, até jeito de você conseguir conversar com outras pessoas, pessoas que têm outra cultura, outro jeito de viver” (Participante G)

“(...) pra mim foi o relacionamento com pessoas mais humildes, nesse sentido de saber escutar mais as pessoas” (Participante U)

No discurso dos estudantes observou-se uma separação bem marcada entre crescimento profissional e pessoal, aludindo à profissão apenas o caráter técnico e restrito à cavidade bucal, enquanto o nível pessoal relaciona-se a conviver com as pessoas, a conhecer outras realidades, a conhecer outras “culturas”, a se sentir independente dos pais e dos professores. O limite entre o pessoal e o profissional é bem definido, sugerindo que a ênfase na técnica e a neutralidade científica, tão propalada e arraigada na formação acadêmica, determinaram um discurso marcado pelo distanciamento entre o pessoal e o profissional.

Apesar da separação pessoal/profissional à qual os estudantes freqüentemente se reportaram, apreendeu-se que no dia a dia do ES essa dicotomia foi apenas conceitual. Durante o contato com as populações os estudantes criaram laços afetivos os quais remeteram a preocupação, solidariedade, cuidado. Mostraram-se extremamente tocados e sensibilizados com a atenção com que foram recebidos pela população.

“(...) tinha um senhor que, nossa, que gracinha! Que saudade! Tratava a gente super bem, eu me sentia neta dele. Todo dia depois do almoço tinha que passar na casa dele pra comer um docinho e aquela coisa toda, muito bom! É família mesmo”. (Participante H)

“(...) chamavam a gente pra fazer as coisas. Fizeram amizade com a gente mesmo. E mesmo essas pessoas mais pobres da zona rural, eles tratavam a gente assim, mega bem. Eles convidavam a gente para almoçar. A gente ía na zona rural almoçar na casa deles. E, assim, não queira que a gente levasse nada, se levasse eles ficavam constrangidos. (...) Então foi muito boa a experiência.” (Participante O)

Ao estabelecerem vínculos com as comunidades, deslocaram o foco da atenção do atendimento baseado na racionalidade das ciências biomédicas para um atendimento “usuário centrado”⁹, pautado no cuidado em saúde. Para Ayres (2000), a noção de cuidado, ao remeter à preocupação em promover saúde, ao contrário de apenas corrigir distúrbios, traz para a assistência as aspirações por saúde dos indivíduos e populações, humanizando o atendimento.

“(...) muitas vezes o que a gente sentia nos próprios pacientes é que eles precisavam de carinho, sabe? (...) Eles precisam muito de escutar você falando com ele. Muitas vezes parava paciente na nossa porta e conversava com a gente, e falava e tal. (...) Está precisando muito é de carinho, de atenção... Precisa também de tratamento, é claro, mas um pouquinho que você conversa (...) É só atender com carinho. Necessitavam, precisavam de muito carinho.” (Participante P)

“(...) a gente vê os resultados mesmo é nos pacientes. Às vezes acaba o atendimento, uma explicação, duas palavrinhas a mais, o sorriso que ele dá, a forma que ele saiu... ele saía de uma forma diferente” (Participante I)

As falas dos estudantes, ao explicitar a necessidade de atenção durante o atendimento, podem ser confirmadas por Merhy (2002, p. 121):

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

⁹ usuário centrado, termo utilizado por Emerson Merhy em seu livro Saúde: Cartografia do trabalho vivo.

As falas dos estudantes evidenciam que o ES parece ter contribuído para a formação de um profissional voltado não apenas para a técnica operatória, como também para as necessidades e anseios do paciente.

5.3.3 Realidade da população

A visão idealizada que os estudantes tinham da vida no interior parece ter sido substituída pela realidade. As condições precárias de vida que foram citadas apenas superficialmente no primeiro encontro foi um dos pontos fortes da discussão no segundo momento da pesquisa. Os estudantes mostraram-se impressionados com as péssimas condições de vida das populações de algumas localidades: falta de saneamento, falta de dinheiro, falta de estrutura física... Para eles era impossível conceber que alguém conseguisse sobreviver naquelas condições.

“Eu achei assim, a situação pior do que eu imaginava né? A gente não tem muita noção disso, né? No nosso atendimento aqui a gente pega gente com muitas necessidades, só que lá eu achei demais. Fora do que eu imaginava mesmo. Muito triste a situação.” (Participante B)

“E água? Eles não tem nem água encanada.” (Participante P)

“(...) eu contei lá nove pessoas numa casa com dois cômodos do tamanho dessa sala aqui dividida ao meio. Que é isso!” (Participante Q)

“(...) as casas das pessoas não têm não tem um banheiro dentro da casa. São fossas do lado de fora (...)” (Participante C)

Paixão (1979) há mais de duas décadas atrás já chamava a atenção para o distanciamento entre a Faculdade e a realidade da população, e via nisso uma falha na formação do futuro profissional. Os conteúdos ensinados ainda são desconectados da realidade nacional, ocasionando uma falta de integração do ensino com os problemas de saúde da população, como se pode observar nas falas dos estudantes.

Ao relatarem a situação das populações assistidas os estudantes compararam com as suas próprias condições de vida, evidenciando as grandes diferenças entre uma e outra.

“(...) você fica reclamando que não tem dinheiro pra isso, não tem dinheiro pra aquilo e vê que tem gente com situação tão pior que eu, né? Que não tem nem uma escova de dente, nem um chinelo. E é verdade. Não tem. Não tem como ter.” (Participante O)

“(...) a gente acha que é muito fácil! Na nossa casa você abre a torneira e tem água, você abre o armário está a sua escova (...) eles não têm nem água encanada (...) você vai nas escolas e não é fácil escovar, mas você não conhece a realidade da população e isso conta muito”. (Participante P).

Outro ponto que foi alvo de comparação para os estudantes foi a resistência da população no que tange à dor e ao esforço físico. Sobre isso, Boltanski (1989) afirma que os indivíduos de classes menos favorecidas dependem da sua atividade física ou da venda de mercadorias produzidas por essa atividade para prover-lhes sustento. Assim sendo, um aumento de atenção dada às situações de morbidade acarretam diminuição na duração e intensidade dessa atividade física e conseqüente perda econômica. Sobre esse assunto, Bernd (1992) afirma que, numa sociedade de classes, o corpo do trabalhador é considerado uma unidade produtiva, devendo ser mantido em condições que permitam o exercício de suas atividades produtivas normais.

“(...) as pessoas ficam só trabalhando na roça, trabalhando na roça sempre e não se cuidam.”
(Participante G)

“(...) a gente qualquer coisinha que sente, a gente senta na cadeira e pede pro outro olhar (...) A gente não admite nada incomodando, a primeira coisa que incomoda a gente pede pro outro dar uma olhada, e eles não, só olham quando está no limite, só procuram ajuda quando está no limite” (Participante E)

“(...) e o solão? O povo tem uma disposição... Porque nós pegamos um pessoal para atender que mora num local muito longe: atravessava a BR e subindo dava mais de meia hora de caminhada num sol de três horas da tarde. A gente fazia a extração e eles voltavam a pé. Não tinha hemorragia não!” (Participante P)

Os próprios estudantes parecem ter tido essa percepção da necessidade de se manter trabalhando:

“(...) eles acham melhor não ter o dente do que ter o dente atrapalhando (...) é melhor extrair o dente porque pra pegar a enxada é melhor se não tiver doendo” (Participante G)

Ao se referirem à realidade das populações assistidas, os estudantes mostraram-se impressionados com os altos índices de alcoolismo e a gravidez na adolescência. Para os estudantes isso se deve à falta de atividades recreativas voltadas para os adolescentes.

“Uma coisa assustadora é o nível de alcoolismo lá. (...) É menino de doze, treze anos bebendo o dia inteiro. Muitos alcoólatras. Muita gente tomando Diazepam por causa do alcoolismo. (...) Então tem muito alcoólatra, porque não tem o que fazer. Literalmente não tem o que fazer. A cidade não tem nenhum programa para adolescente. (...) Não tem nada pra fazer. Não tem um esporte, um cinema, não tem nada. (...) Então não tem o que fazer: o povo faz filho e bebe. Você vê as meninas novinhas grávidas, meio precoce a sexualidade lá por causa disso (...).” (Participante O)

De acordo com Nascimento e Justo (2000), o alcoolismo é uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo, e relaciona-se a diversos outros problemas como: desentendimentos

familiares e afetivos, violência doméstica, absenteísmo na escola e no trabalho. Segundo Soldera *et al.* (2004), o álcool é a droga mais comum usada por adolescentes e apresenta grande associação com comportamento sexual de risco, o que confirma a relação entre alcoolismo e gravidez na adolescência reportada pelos estudantes. No que diz respeito à relação entre a falta de atividades e o consumo de álcool, Carvalho e Carlini-Cotrim (1992, p. 148) se contrapõem a esse estereótipo de estudante pobre, que passa seu tempo livre na rua, assim como o descrito pelos estudantes, sendo por isso, inclinado ao consumo de drogas. Para as autoras o mais importante não é a discussão "fazer x não fazer", mas sim "como fazer", tendo como pressuposto um jovem realizado em suas potencialidades (e não apenas ocupado, ou assimilando padrões e códigos).

A relação estabelecida pelos estudantes entre alcoolismo e gravidez na adolescência com a falta de atividades denota uma visão mais abrangente dos determinantes sociais da saúde e doença, que transcende o modelo biomédico que rege o ensino acadêmico.

5.3.4 Orientação

A participação do orientador é essencial para o bom andamento do Estágio Supervisionado. Para Rubem Alves (2002) "a tarefa do professor é a mesma da cozinheira: antes de dar a faca e o queijo ao aluno, provocar fome." Pode-se dizer que cabe ao orientador não só despertar a fome, mas também mostrar possibilidades para saciá-la. Para saciá-la é preciso a faca, é preciso saber usar a faca, é preciso querer aprender a usar a faca. Para o autor supracitado, a busca pelo conhecimento cessa quando se encontram respostas, assim sendo, o professor nunca deve ensinar as respostas antes que as perguntas tenham sido suscitadas. Durante participação em algumas

reuniões de supervisão do ES, pôde-se constatar a vontade de orientadores em despertar a fome nos estudantes, em estimulá-los a construir as suas “maquinetas de roubar pitangas¹⁰”, em querer despertar perguntas. A pedagogia da problematização utilizada por esses professores, melhor seria chamá-los de facilitadores, contribui com o desenvolvimento de um pensamento crítico e com o aprendizado dos estudantes, permitindo assim, que construam o seu próprio conhecimento. (MAMEDE *et al.*, 2001)

“Eu acho que a experiência que eu tive foi muito boa. Não tem nada pra ser alterado, não. (...) Eu acho que o Orientador teve uma função super importante, principalmente nessa parte teórica, pra gente entender melhor o funcionamento, estimular a gente a ler mais coisas sobre o assunto” (Participante G)

“Todo o trabalho que desenvolvemos tinha supervisão. Tinha pessoas. Tudo certinho. Discussões de textos. Acho que foi interessante”. (Participante Q)

“(...) o meu foi muito bom. No início a gente ficava meio chateada, porque ele passava muito trabalho pra gente. Nossa, ele dava coisa demais pra gente fazer, credo! A gente ficava a semana inteira pensando no que a gente tinha que fazer no dia que ele chegasse. Mas depois que a gente acostumou com o embalo dele a gente gostou também. (Participante C)

As relações estabelecidas entre orientadores e estudantes por muitas vezes foram de cumplicidade, de amizade de atenção. Alguns orientadores relataram preocupação com a vida particular dos estudantes: estrutura familiar, relacionamentos, insegurança, timidez. Em acompanhamentos em algumas visitas de supervisão, pôde-se observar a ansiedade de alguns estudantes para contar as atividades realizadas durante a semana e a satisfação dos orientadores ao escutá-las. A postura desses orientadores, provavelmente, contribuiu para o bom

¹⁰ Maquineta de roubar pitanga refere-se a um artefato que Rubem Alves criou durante a infância para ajudá-lo a colher pitangas e assim saciar a sua vontade de comê-las.

desenvolvimento da disciplina, tornando as visitas de supervisão um momento esperado e descontraído.

Ao se referirem aos orientadores, os estudantes relataram a sua importância no desenvolvimento do ES, mas as características mais marcantes foram aquelas relacionadas às relações interpessoais, confirmando estudo realizado por Castanho (2002) no qual apreendeu-se que o bom professor é aquele que consegue unir o profissional e o humano, que preocupa-se em ensinar não apenas o conteúdo específico, mas, também, atitudes diante da vida.

“(...) deu todo o apoio e tal. A gente ligava pra ele. Teve uma vez que chegou a 3ª conta de luz lá que não tinha sido paga. (...) O professor foi e ligou no outro dia pra Prefeitura (...) Ele foi muito presente, foi muito amigo. A gente trocou muitas experiências nos GDs que a gente fez. Ele é muito gente boa! Muito carinhoso com a gente e tal!” (Participante F)

Apenas um estudante citou contratempo na orientação, disse não ser nada muito grandioso, nada que tenha atrapalhado o bom andamento do ES, mas pela fala pôde-se apreender que a preocupação com as notas ainda fazem parte do seu dia a dia. Ao se contrapor a uma das determinações do orientador, o estudante vislumbra o decréscimo na nota, evidenciando que a relação professor-estudante, por vezes, continua sendo intermediada pelas notas, mesmo que apenas na visão do estudante.

“E agora na última visita dele, eu fiquei meio revoltada com o que ele falou (como deveria ser o atendimento daí pra frente). (...) Eu acho isto muito traumático. A gente não dá conta. Isso é expor demais a criança! (...) E aí eu fiquei meio revoltada com ele, mas não briguei muito com ele não. Mas, capaz de vir nota baixa pra mim porque eu xinguei. Mas eu fiquei muito brava! (...) Ah, que revolta! Como é que eu vou fazer isto? Aí a gente teve um pouco de discórdia no final, mas foi tranqüilo. Foi uma orientação legal”. (Participante C)

5.3.5 Problemas e limitações

O presente trabalho não objetivou avaliar a disciplina Estágio Supervisionado nem traçar caminhos a serem seguidos na sua execução, no entanto, durante a sua realização emergiram situações e/ou contratemplos que, segundo os estudantes, dificultaram o seu bom andamento. Tais fatos serão citados a seguir, intencionando prover uma base de dados que desperte para novas possibilidades e auxilie na elaboração de estratégias mais favoráveis ao desenvolvimento da disciplina.¹¹

Alguns contratemplos com moradia e alimentação foram vistos como “problemas do Estágio” apesar dos estudantes relacionarem tais problemas a questões políticas. É importante ressaltar que alimentação e moradia são de responsabilidade direta das prefeituras, como acordado no termo de convênio entre a UFMG e as prefeituras atendidas pelos ES.¹²

“A casa nem se fala, né? O vaso entopia todo dia. A pia, quase todo dia. Os tacos saíam. A janela era quebrada! Uma poeira danada. Nossa senhora! (...) Ainda tinha goteira! A casa era um caos. (...) Era uma casa bem velha. É uma questão de politicagem! Porque na cidade tinha uma casa muito boa. Quatro quartos, gigantesca, varanda, do lado do consultório, mesmo preço da que a gente ficava, só que onde eles alugaram o dono era primo do tio do prefeito. Aquelas coisas assim. Então a gente ficou foi lá mesmo. A casa é bem ruinzinha, mas nós sobrevivemos. Panela, assim... não tinha panela!” (Participante O)

“(...) a gente ficou mais de 15 dias sem cozinheira. E também tinha cozinheira que arrumava a casa, mas não lavava roupa. E a prefeitura tinha combinado de dar uma cesta básica no lugar de lavar a roupa,

¹¹ No ANEXO E são listadas algumas sugestões da autora para a disciplina Estágio Supervisionado

¹² Termo de Convênio disponível em <<http://www.amweb.com.br/odonto/arquivos/convenio.doc>>

mas não mandava a cesta básica (...) gás a gente teve que pegar emprestado na venda porque também não tinha gás. (...) Mas isto eu também achei muito descaso deles com a gente.” (Participante B)

A duração do Estágio foi um assunto controverso durante as discussões: para uns o tempo foi suficiente não havendo necessidade de prolongá-lo, para outros o tempo foi muito curto, devendo ser estendido para possibilitar que os planejamentos fossem colocados em prática e serem avaliados.

“(...) eu acho que o ideal seria 3 meses igual é pra Medicina. Acho que 4 já é demais, como é pra Enfermagem. Eu acho que quando você está começando a pegar o ritmo, você tem que ir embora...” (Participante Q)

“Acho que o tempo de dois meses é um tempo legal também (...) são fases, né? A fase de Internato foi ótima, mas também não pode durar mais do que isso.” (Participante J)

Foi possível notar que os estudantes que se mostraram receptivos à idéia de prolongar o tempo de atividades práticas do ES foram aqueles sorteados para realizarem o Internato nas primeiras 10 (dez) semanas do período. Parece que, como citado anteriormente, o tempo entre o término das atividades práticas do Estágio Supervisionado e a formatura é visto como um tempo perdido. Já os estudantes que realizam a prática na segunda entrada parecem sentir na possibilidade de estender o tempo do ES, um empecilho para a sua formatura e conseqüente entrada no mercado de trabalho. Deve-se ressaltar que mesmo entre os estudantes que julgaram suficiente o tempo de prática, foram recorrentes as falas sobre a impossibilidade de realizar tarefas num espaço tão curto de tempo:

“Eu achei que foi pouco tempo pra fazer tanta coisa que a gente queria fazer, mas foi ótimo!” (Participante E)

A relatividade do tempo para cada um dos estudantes e as suas explicações sobre o porquê reforçam a fala de Einstein: "O tempo é relativo e não pode ser medido exatamente do mesmo modo e por toda a parte"¹³ ...

A não realização dos grupos de discussão (GD's) em alguns municípios foi visto como negativo pelos estudantes. A prática de GD durante as visitas de supervisão não foi instituída em todas as localidades, o que parece ter dificultado o aprendizado teórico dos estudantes. Segundo estudantes que participaram de GD's freqüentemente foi possível aprender bastante. Alguns textos foram citados como confusos. A dificuldade dos estudantes talvez não se deva apenas à densidade de um ou outro texto, mas talvez à falta de conhecimento e contato prévio com os assuntos. De qualquer forma, talvez seja necessário rever alguns dos textos baseando-se nas dificuldades apresentadas pelos estudantes.

"(...) estes textos são péssimos! Nossa, eu achei o do Conselho Municipal de Saúde... Nossa, eu li aquele negócio umas 5 vezes, pra conseguir entender mais ou menos o que ele estava falando. Não explica, assim... É um texto preparado pra pessoas que já entendem daquilo. Não é texto pra gente que não entende nada. E não tem nada que explique pra gente o quê que é cada coisa, como surgiu..."
(Participante C)

"(...) na verdade, você aprende depois que você tem reunião né?" (Participante D)

"(...) depois que você faz o GD, você tira as dúvidas, aí é que você entende alguma coisa. Ai você pega o texto que você leu e lê de novo, aí entende o que você leu." (Participante F)

¹³ Frase retirada do livro O pensamento vivo de Einstein. Disponível em http://www.conviteafisica.com.br/home_fisica/frases/einstein.htm (acesso em 30/01/2005)

Os estudantes afirmam que aprenderam bastante, mas que o que sabem ainda é pouco, haja vista a dificuldade e quantidade de leis que regem o sistema de saúde. Nesse ponto, fazem uma crítica ao ensino intramuros da FOUFMG que não os prepara para o atendimento no SUS nem para o atendimento coletivo e sugerem que seja ofertada uma disciplina optativa que aborde isso. Ao mesmo tempo em que sugerem isso se questionam se haverá estudantes interessados em se matricular, o que denota a idéia de dificuldade de se conhecer e trabalhar com saúde pública.

“Acho que é uma coisa que a gente aprende no 9º período e olhe lá. Acho que devia ter uma matéria (...) Por mais chato... É que é uma coisa que muita gente não gosta, entendeu? Saúde pública. Mas eu, pra mim, eu acho importante. Precisa aprender mais porque chega lá, você fica meio boiando (...) Acaba que você não aprende muito. (...) eu acho que mesmo se não fosse uma matéria (...) mas uma matéria optativa, pra quem se interessar nisto.” (Participante .D)

“Eu acho que sobre SUS o estudo foi muito insuficiente. Teria muita coisa para estudar.” (Participante O)

Segundo os estudantes, a formação da FOUFMG é direcionada para o atendimento individual e isso causou grandes dificuldades ao chegaram no serviço público. As conclusões dos estudantes vão ao encontro de trabalho realizado por Unfer e Saliba (2001) com cirurgiões-dentistas de Santa Maria – RS – segundo o qual a falta de ênfase em disciplinas voltadas para Saúde Pública e Ciências Sociais durante a graduação é um dos fatores que mais dificulta o trabalho do profissional no serviço público de saúde.

Para os estudantes o fato de não terem sido ofertadas vagas suficientes para que toda a turma realizasse a disciplina Estágio Supervisionado na forma de Internato Rural, foi visto como uma limitação e não cumprimento dos objetivos da disciplina. Para eles, o contato com a realidade do interior é muito importante para o “crescimento profissional e pessoal”. Para

cirurgiões-dentistas entrevistados por Unfer e Saliba (2001), uma das grandes deficiências em sua formação acadêmica foi o distanciamento entre o ensino e a realidade social. Os cirurgiões-dentistas entrevistados sugeriram modificações nos currículos acadêmicos de modo a contemplar experiências extra-muros, levando-se em consideração o contexto social, cultural e psicológico da população atendida.

A inserção dos estagiários nos serviços de saúde nem sempre foi vista com satisfação pelos funcionários, mostrando que talvez deva ser feito um trabalho que esclareça sobre os objetivos do ES e sobre o papel dos estudantes dentro do serviço e que estabeleça vínculos entre os professores do ES e os profissionais do serviço.

“Tem um dentista lá (...) falou: não quero nem estar vinculado com isto! Então a gente criou o nosso próprio horário (...)” (Participante B)

De acordo com Lamêgo (2000), a escola não deve apenas usar os serviços como local de prática dos estudantes, deve, pautando-se nos objetivos educacionais da escola e no planejamento dos serviços de saúde, propiciar interação entre estagiário e serviço.

5.4 Serviço Público de Saúde

*Por gentileza, aguarde um momento.
Sem carteirinha não tem atendimento.
Carteira de trabalho assinada, sim senhor.
Olha o tumulto: façam fila, por favor.
Todos com a documentação.
Quem não tem senha não tem lugar marcado.
Eu sinto muito, mas já passa do horário.
Entendo seu problema, mas não posso resolver:
É contra o regulamento, está bem aqui, pode ver.
Metrópole – Legião Urbana*

Nos grupos focais anteriores às atividades práticas, ao se referirem ao serviço público de saúde, os estudantes falaram sobre possíveis dificuldades e limitações que esperam encontrar. Falaram sobre “fazer o melhor possível dentro das possibilidades”, em “se virar”, “dar um jeitinho”, denotando a idéia que têm do serviço público: um serviço limitado, de baixa qualidade, um serviço pobre para pobres... Esperavam encontrar material de baixa qualidade ou até mesmo não encontrar material suficiente para a quantidade de atendimento clínico exigida pela prefeitura.

“A gente vai estranhar de primeiro porque a gente está acostumado a usar material novo, material que a gente escolhe a dedo na dental. Acho que no início vai ser uma barreira pra gente que pode até dificultar um pouco o trabalho nosso, mas acho que depois a gente vai acabar adaptando. É fazer o que dá e utilizar o recurso que a gente tem pra fazer o melhor atendimento possível.” (Participante G)

O Sistema Único de Saúde é visto como antítese daquele preconizado na Constituição Federal. Os estudantes fizeram um paralelo entre o SUS ideal e o SUS real. O SUS é sempre relacionado com inoperância, filas, greves, funcionários desinteressados, desorganização, exclusão. O atendimento prestado nas clínicas intramuros da FOUFMG, apesar de não ser visto como ideal, uma vez que não presta atendimento integral ao paciente, é colocado dentro da gama de serviços

oferecidos pelo SUS que, a despeito das limitações, disponibiliza materiais de melhor qualidade para execução dos trabalhos clínicos. O estereótipo do funcionário público que não trabalha foi corrente durante as discussões. Alguns estudantes, no entanto, relataram a presença de bons profissionais na rede pública, mas isso foi visto como exceção à regra, como surpresa.

“(...) é greve, é fila, gente na fila há horas e sem conseguir atendimento, gente passando mal, que morre na fila... É só isso que você vê, você nunca vê coisa boa.” (Participante Q)

Durante as falas referentes ao serviço público de saúde a má alocação de recursos financeiros e o seu desvio foram bastante discutidos. Os estudantes questionaram não apenas as parcas verbas destinadas ao serviço público de saúde, mas também o seu emprego incorreto. Provavelmente essas falas se devam às constantes denúncias de mau uso do dinheiro público veiculadas na mídia. Tais informações são, também, confirmadas em trabalho realizado por Carvalho (2002) no qual o autor, a partir do consenso que se tem pouco e se gasta mal quando se fala de financiamento pra o SUS, analisou o Financiamento Federal para a saúde no período de 1988 a 2001, tendo como base a Legislação Federal e constatou que nesse período foram cometidas inúmeras ilegalidades no repasse e na alocação dos recursos da saúde.

“(...) os recursos são muito limitados. Talvez precisasse ter um planejamento e um pouco mais de dinheiro pra renovar muita coisa relacionada com materiais.” (...) (Participante I)

“(...) o secretário quer o esquema do jeito que está pra levar o dinheiro dele... Você vê como é fácil pegar dinheiro da Prefeitura, fácil demais...” (Participante E)

Ao se referirem ao serviço de saúde os estudantes não o relacionaram apenas a pontos negativos, enxergam no PSF a possibilidade de um atendimento integral ao paciente, mas chamam a atenção para o isolamento da Odontologia dentro desse programa.

“O dentista não está tão incluído no PSF quanto médico e enfermeiro.” (Participante P)

“(...) eu acho é bom pra integrar e parar com esse negócio de separar a saúde bucal da saúde do resto do corpo, pra ter uma saúde geral.” (Participante B)

No segundo momento da pesquisa (após o término do ES), os estudantes relataram as experiências vividas no serviço público as quais incluíram, principalmente, questões sobre o SUS, trabalho em equipe e as atividades que desenvolveram.

5.4.1 O Sistema Único de Saúde

Uma das grandes surpresas dos estudantes no ES foi encontrar um serviço público diferente do que esperavam. Ao contrário da visão caótica e desorganizada relatada no primeiro encontro, os estudantes descreveram experiências vivenciadas em serviços que dão certo, que são organizados, que funcionam, que atendem a população, que dispõem de equipamentos e materiais de qualidade.

“(...) porque eu imaginava que era aquilo mesmo que eu falei: uma bagunça, fila, o povo não sendo atendido e aquela confusão toda e quando a gente chegou lá eu vi que não é. Que tem um planejamento, (...) uma agenda que funciona, a gente participava das reuniões, a gente decidia junto com a equipe (...). Eu achei que funciona sim!” (Participante J)

“(...) o consultório nosso é novinho. Gracinha! Super bonitinho! E tem material! Falta resina composta lá, de vez em quando (...) mas tem a quimio-polimerizável. Então dá pra quebrar o galho. (...) Tem até coisa lá que a gente nunca viu aqui na Faculdade. Tinha umas espuminhas de colocar em alvéolo pra coagular sangue que eu nunca tinha visto. Ai eu achei muito legal ter isto lá. E é material caro! Não é coisa barata. (...) Não falta material. E eu achei bem melhor do que a gente esperava, melhor que a expectativa. (Participante C)

Houve relatos de falta de material e alguns problemas com infra-estrutura, mas foi visto mais como exceção do que como regra.

“O consultório era assim bem ruinzinho mesmo. Tinha cadeira, mas não tinha biosegurança: utilizava material, deixava na caixinha, enquanto a caixinha não esvaziasse não era esterilizado. Isso ficava uma semana, duas. Ou então esterilizava só o que usou e colocava nas caixinhas. Então biosegurança lá... Não tinha germ killl, era bem precário.” (Participante O)

É importante ressaltar a aceitação do estudante em trabalhar em condições onde a biosegurança não era respeitada. O estudante sabia como deveria ser feita a esterilização, mas aceitou as condições de trabalho... Se o Estágio Supervisionado é a ponte entre a vida acadêmica e profissional, o que se deve esperar dos estudantes? Será que a Faculdade está conseguindo despertar um espírito crítico em seus acadêmicos ou apenas está repassando conhecimentos? A situação acima citada mostra que conhecimentos o estudante tem: sabe qual a forma correta e qual a incorreta, mas não se contrapôs à situação diante a qual foi colocado. Pode ser que situações vivenciadas pelos estudantes durante a graduação (citadas e discutidas anteriormente) minem a sua autonomia e capacidade crítica, como defendido por Bordenave (1994). Segundo o autor, a submissão a uma opção pedagógica por um período de tempo prolongado tem conseqüências discerníveis sobre a conduta individual e sobre o comportamento da sociedade em seu conjunto.

Durante o contato com o serviço público os estudantes puderam vivenciar as contradições citadas no primeiro encontro. O SUS real e o SUS ideal se confrontaram.

“O fato do PSF do Distrito P funcionar muito bem, deixa a gente muito feliz com o nosso sistema de saúde. Eu fiquei apaixonada com o SUS. Eu acho que é um sistema de saúde que tem tudo pra dar certo. Se você for ver as diretrizes dele você fala: se isso funcionar um dia vai ser maravilhoso...”

(Participante J)

“(...) os princípios são lindos, mas na prática fica bem deficiente. E tanto por falta de recursos, né, quanto por falta de vontade das pessoas de quererem trabalhar.” (Participante O)

Entre as contradições do SUS real e o ideal, os estudantes citaram a falta de universalidade, integralidade, controle social. As filas de espera para atendimento odontológico impressionaram e pressionaram os estudantes que, por vezes, mostraram-se angustiados e desapontados com a impossibilidade de atender a todos que precisavam do atendimento. Esse sentimento talvez seja constante entre o funcionalismo público. Segundo estudo realizado por Bercht (1998) com servidores públicos em Porto Alegre, o excesso da demanda é um dos grandes fatores a gerar insatisfação com o trabalho.

“(...) o que eu achei ruim, é porque o serviço lá, apesar da gente trabalhar bastante, os dentistas também, você vê que não atende a população total. (...) Tem muitas pessoas na lista de espera, muitas do subdistrito que não são atendidos. A gente trabalhou bastante. Fez atendimento na zona rural. Fez bastante coisas, mas... faltou, falta isso lá.” (Participante B)

“(...) em questão de atendimento da população realmente a gente atende muita gente, mas a gente não dá conta de atender a população inteira. Isto realmente, lá é carente. (Participante C)

A deficiência da atenção secundária no serviço público de saúde despertou certo sentimento de impotência nos estudantes. Os estudantes se viram em situações limítrofes onde a necessidade do paciente e a falta de recursos disponíveis os levou a questionar os seus próprios princípios e condutas. De acordo com seus relatos, devido à deficiência ou, na maioria das vezes, inexistência de atenção secundária nos serviços de saúde bucal, por diversas vezes se viram obrigados a realizar extrações em dentes passíveis de tratamento conservador, restaurando a normalidade (não sentir dor), mas instaurando a anormalidade (não ter dentes) (IYDA, 1998), transferindo o problema da dor para a ausência dentária, contribuindo assim para o incremento do componente dentes perdidos nos índices brasileiros. O sistema público de saúde mostra-se perverso e contrário aos seus próprios princípios de integralidade e equidade ao se furtar à oferta de serviços de próteses, entre outros, ao usuário após tê-lo submetido ao único tratamento disponibilizado para sanar a sua dor: a extração dentária.

“Em alguns pontos a gente sentiu limitações do próprio SUS. Situações que você poderia salvar um dente ou fazer certo tratamento, mas tinha certa limitação, e isso te deixa um pouco desanimado” (...)
(Participante I)

“(...) na falta de recurso tem que fazer o que é possível, escutar um pouco o que o paciente quer: se o paciente realmente quer aquilo, a gente faz, dentro, é lógico, observando os nossos princípios”
(Participante G)

“(...) exodontia de dente que tinha salvação, porque lá não tem atendimento secundário assim, atenção secundária... Então é muito, muito triste você arrancar um primeiro molar permanente (...) que teve exposição pulpar e não tem mais o que você fazer.” (Participante C)

Para alguns estudantes um dos grandes entraves para o êxito do SUS são os recursos humanos. O funcionário público é visto como alguém que não gosta de trabalhar, que não é comprometido

com o serviço. Questionam a competência e o motivo de contratação de alguns profissionais, externando certa indignação com o nepotismo e as questões políticas na contratação e dispensa de funcionários públicos.

“(...) olha, eu acho que o SUS é aplicável, mas depende muito do ser humano. E como o funcionalismo público, é, às vezes, movido na base da preguiça... por isso que não funciona. Se as pessoas quisessem trabalhar mesmo... Não digo todas, né, mas algumas. Às vezes o pouco que não faz é que sobrecarrega o outro, aí dá aquelas falhas absurdas (...)” (Participante O)

“(...) a gente ficou umas 3 semanas sem coordenador de saúde bucal, por causa de brigas políticas na cidade. O coordenador não apoiava o prefeito, então o prefeito pegou e mandou ele embora (...)” (Participante D)

“(...) mas é aquela questão política, ela é filha de um ex-prefeito. Então ela caiu de pára-quadras lá, direto no consultório. Sem escala. Foi direto no consultório.” (Participante Q)

5.4.2 Atividades Desenvolvidas

Como dito anteriormente, a possibilidade de aprimorar a prática clínica, que era uma das maiores expectativas dos estudantes antes de iniciarem a disciplina, foi concretizada. Os estudantes declararam ter encontrado no serviço público de saúde a oportunidade para trabalhar muito e treinar bastante, mas que um dos maiores ganhos do ES foi perceber que só atendimento clínico não basta para resolver os problemas de saúde da população e que existem outras formas de atuação do dentista que não seja intra-consultório.

Entre as atividades desenvolvidas os estudantes citaram atendimento clínico, visitas domiciliares, reuniões com equipe de trabalho, trabalho com grupos operativos, planejamento de atividades, palestras sobre educação em saúde, participação em reuniões do Conselho Municipal e Saúde.

“Eu achei que no Internato a gente fosse ficar fazendo mais atendimento mesmo, eu pensava mais na parte clínica e eu acho que o ganho maior que a gente teve no Internato foram as atividades diferentes da prática clínica. A gente foi pras escolas, teve contato com as professoras, com os alunos, fazia teatro de fantoches, (...) e outras coisas que não são diretamente ligadas à odontologia, mas que também faziam parte da saúde geral da pessoa.” (Participante G)

Pela fala do estudante, percebe-se que a Odontologia permanece muito vinculada ao tratamento clínico, a “saúde bucal” é vista como adendo à “saúde geral”. Tal concepção corrobora com Vargas (2002). Segundo a autora, existe certa tendência dos cirurgiões-dentistas em considerar a boca como parte isolada do corpo. O discurso e, até mesmo, as práticas de atendimento integral do paciente parecem sempre esbarrar na fragmentação do saber e do indivíduo.

5.4.3 Trabalho em equipe

Apesar da separação entre saúde bucal e saúde geral referida acima – o que levaria a um isolamento do profissional - os estudantes apontam como uma das grandes vantagens do Internato (e do serviço público) a oportunidade de trabalharem em equipe. Mais uma vez vem à tona a formação acadêmica isolada que a Faculdade propicia. A interação com outras áreas foi vista pelos estudantes como uma grande oportunidade de aumentar os conhecimentos, trocar

experiências e crescer profissionalmente. Para os estudantes o trabalho em equipe permitiu um atendimento mais humano e integral do paciente.

“(...) na minha casa eram mais dois (estagiários) de medicina, dois de enfermagem e dois de fisioterapia. E isso era muito legal, na Faculdade a gente não teria isso (...) a gente fazia muito trabalho em grupo. Além de trabalhar dentro do Posto, com médico, enfermeira, auxiliar, gerente, ACD (...) Então a gente fazia muito trabalho em grupo nas comunidades. Não é porque eu sou dentista que eu não posso participar de grupos de prevenção de diabetes, por exemplo.” (Participante Q).

“Eu acho que é a integração entre as áreas, a gente poder conhecer mais sobre a abrangência de cada área, poder entender um pouco mais do paciente conversando com os outros profissionais da equipe (...) então eu acho que essa integração foi muito válida.” (Participante G)

Segundo os estudantes, no trabalho em equipe, a interação se deu mais fácil e fortemente com algumas profissões. Os estudantes da Enfermagem foram sempre citados como amigos, abertos à troca de experiências, detentores de muito conhecimento em saúde pública, dispostos a ajudar e ensinar e capacitados para trabalhar no serviço público e com as comunidades.

Mais uma vez os estudantes questionaram a formação intramuros da FOUFMG, que para eles, forma para o atendimento individual e não para o coletivo. Para Alves (2003), o modelo assistencial vigente no Brasil, traz desafios importantes para as universidades no que diz respeito à formação de recursos humanos adequados à proposta de trabalho. Há que se repensar o ensino na FOUFMG, procurando romper com o modelo de formação pautado no tratamento da dor e no atendimento individual, o qual forma um profissional que, segundo Paixão (1979, p.110), “se centra no aspecto curativo, na super especialização, na sofisticação, na pouca cobertura, resultando disso tudo sua incapacidade de resolver a problemática de saúde dental da população”.

O Ministério da Educação preconiza a formação de profissionais capacitados tecnicamente e

conscientes de sua importância social na promoção de saúde e prevenção de doenças, tanto no nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2002a) o que reforça a necessidade de se repensar a formação acadêmica da FOUFMG.

“(...) a Faculdade te prepara pro individual. Você trata a pessoa, aquela pessoa, o coletivo não”
(Participante F)

“Pelo fato da Enfermagem trabalhar em Posto de Saúde, fazer estágio em hospital e tal, eles já conhecem o todo.” (Participante Q)

A respeito da diferença de enfoque da Odontologia para a Enfermagem, Morita e Kriger (2004) atentam para a existência de um atraso histórico no movimento de mudança curricular nos cursos de Odontologia, destacando a necessidade de um esforço redobrado para se integrar a saúde bucal dentro de um contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional.

“Aqui a gente não tem noção nenhuma de nada. A gente não sabe de nada. E eles (estagiários da Enfermagem) não. Assim, eles têm disciplina com isso. Eles que ajudavam mais a gente. Orientavam, explicavam as coisas pra gente, sabe? E questão assim de dinâmicas (...) a gente não sabia nada. A gente aprendeu com eles. (...) Foi muito bom! Eles têm uma visão muito diferente sabe? Ensinaram muita coisa pra gente. E a gente também... Sempre que eles tinham uma curiosidade eles nos procuravam pra saber”
(Participante R)

“Eles (estagiários da Enfermagem) tinham a maior facilidade em falar das coisas. Era impressionante! Eles explicavam as coisas pra gente e tal. Nossa, eu não sabia nada!” (...) (Participante F)

Infelizmente a interação conseguida com a Enfermagem não se repetiu com todas as áreas. Ao contrário, por vezes chegou-se a ter certa animosidade, por exemplo, no contato com estudantes de Medicina. Tais situações não foram citadas por todos os estudantes, mas foram muito

marcantes para os que a vivenciaram. Segundo os estudantes, os estagiários da Medicina se sentem superiores a todos, suscitando a cultura de que cursar Medicina seria o sonho dourado e o recalque de todo estudante ou profissional da área de saúde. Não é incomum deparar com estudantes de medicina com camisetas do curso com frases do tipo: “Medicina: só para escolhidos”, “Medicina: para os melhores entre os melhores”, “Dizem que Medicina é o melhor curso universitário... Modéstia à parte, é verdade!” Como esperar que estudantes com tal formação consigam se inserir em equipes de trabalho? Como esperar que num cenário desse se consiga pensar em atendimento integral, em parcerias, em respeito ao outro? É claro que a exceção não faz a regra e que toda regra tem exceção, mas infelizmente parece ser corrente em nossa cultura esse sentimento de “superioridade da classe médica”.

Para Cutolo e Cesa (2003), a base teórica do SUS e os modelos de formação de profissionais médicos no Brasil se contradizem no que se refere à concepção do processo saúde doença, exigindo por isso, debates e discussões que viabilizem mudanças nos currículos das escolas de medicina permitindo, assim, a instituição de práticas médicas compatíveis com o contexto dos novos paradigmas em saúde em detrimento do modelo centrado na figura do médico.

“Eles (estagiários da Medicina) acham que Medicina é muito mais necessária que a Odonto, com certeza. (...) mas a gente fez muita amizade com os meninos da Medicina, sinto até falta deles (...) É a realidade, né? Acho que é uma questão cultural.” (Participante O)

“(...) os meninos da Medicina apareciam lá na 3ª e iam embora na 4ª. Então a gente ficava a semana sozinho. (...) Ah, porque eles eram simplesmente à toa, entendeu? Ninguém dava falta deles na cidade. Então eles apareciam lá só de vez em quando... Davam: ei e tchau! E a gente nem via eles.” (Participante C)

“(…) É meio revoltante assim: a gente percebeu que Medicina não dava muito valor pra Odonto. Eu sabia, mas (...) Às vezes eles falavam coisas mesmo que brincando assim, mas a gente vê que menosprezam a nossa profissão. Tipo assim, foi um comentário infeliz deles, mas foi um comentário: ‘Ah, minha irmã não gostava de estudar, foi fazer Odonto’. Essas coisas assim, mas você vê que não davam muito valor, que acham que a gente não sabe nada... Esse tipo de coisa assim... e aí, num mês eu estava começando a ficar revoltado e eu tive que dar mesmo umas patadas...” (Participante O)

O distanciamento da classe médica das outras profissões e das atividades das unidades de saúde não se restringiram aos estagiários, alguns profissionais também foram citados como isolados do dia a dia no serviço.

“(…) porque tem este negócio de que médico é o “top top,” tanto que teve seminário do HumanizaSus e não tinha médico!”. (Participante P)

5.5 Compreensão do processo saúde-doença

*Fiquei confuso e transtornado quando descobri que não havia mais nada a se fazer
E uma voz no meu ouvido direito insistia em me fazer seguir em frente
Enquanto a voz do outro ouvido me orientava a ser mais resistente
É a dúvida entre o que é realmente bom e o que é realmente ruim
Porque o certo pra você pode não fazer o mesmo efeito em mim
O Bem e o Mal - Detonautas*

Durante os grupos iniciais (anteriores à realização do ES) ao abordar o tema saúde, percebeu-se certa confusão e dificuldade em verbalizar uma resposta. Os estudantes apenas afirmavam que saúde dependia de fatores culturais, sociais e econômicos, falando com tal cadência que pareciam ter-se lembrado do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal situação também foi vivenciada por Alves (2002) quando, ao entrevistar profissionais de saúde, a autora constatou que houve consenso entre as falas de todos os entrevistados ao se reportarem a saúde

como qualidade de vida denotando, segundo a autora, uma grande influência das idéias difundidas pela Organização Mundial de Saúde.

Passado o momento inicial de tentativas de conceituar saúde, os estudantes passaram a se valer de exemplos hipotéticos e/ou cotidianos para explicar saúde revelando um abismo, um distanciamento bem marcado entre “saúde pra mim” e “saúde pra população”.

Os estudantes definiram saúde como qualidade de vida, como poder trabalhar no que gosta, se divertir, estar com a família, estar “de bem” com a vida, estar feliz, ter corpo e mente equilibrados, ter tranqüilidade, ter acesso a serviços de saúde, ou seja, a saúde é vista na sua positividade, como define Mendes (1996, p. 237):

Saúde é, então um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais

“(...) pra mim, (...) é todo um aglomerado de fatores, não só saúde física, saúde mental, você estar alegre, estar feliz, de bem com a vida, vamos dizer assim. (...) você ter mais tranqüilidade pra viver a vida sem muita preocupação. Você ter seu trabalho, estar feliz no seu trabalho, seu emprego, tudo isso é saúde! Bem estar psíquico, físico, né?” (Participante Q)

Ao se referirem à percepção da população à saúde, os estudantes consideram que para a comunidade, saúde é não estar doente.

“(...) saúde é não ter dor de dente! Conseguindo trabalhar, “tá beleza!” Tá com bafo? tudo bem, se não está doendo, tá ótimo!” (Participante E)

A visão da população acerca do que é saúde é vista pelos entrevistados como errada, como fruto de ignorância e falta de informação. Sobre esse assunto, Bosi e Affonso (1998) afirmam ser a ausência de dor o único critério que um indivíduo que não possui conhecimento científico pode usar para definir saúde. Assim sendo, não é a percepção de saúde da população que é incorreta, o erro está em querer que essa população defina saúde dentro dos padrões ditos científicos.

Como já dito, os entrevistados relataram existir “saúdes diferentes” para “pessoas diferentes” e que isso se deve a vários fatores: sociais, econômicos, financeiros, culturais entre outros, mas a todo o momento observou-se que para eles, a “saúde correta” e a que deveria ser almejada por toda a população era a saúde que eles julgavam correta e que eles próprios almejavam. E que para chegar a essa “saúde correta” a população precisaria ser conscientizada sobre os “hábitos e prioridades corretas”.

O ponto forte das discussões acerca de saúde foi a tentativa de definir o que e quem eram certos ou errados. Durante um dos grupos discutiram-se prioridades no planejamento para o paciente. Um dos participantes foi categórico ao dizer que o paciente não sabe o que é melhor, que ele (estudante) é quem sabia o que era melhor, que ao paciente cabia aceitar o tratamento:

“Ele quer acabar com a dor, qual tratamento vai ser estipulado eu acho que quem tem que decidir, determinar é a gente. Ele chega com a necessidade dele, com a vontade dele, as coisas que ele precisa (...) nós é que temos habilidade pra fazer um plano de tratamento, não ele. Você tem que provar pra ele, eu acho que sim.” (Participante G)

Essa dificuldade de compreender e aceitar o ponto de vista do outro observada nas fala do estudante (das chamadas classes subalternas), segundo Valla (2000) pode estar relacionada à dificuldade em aceitar que essas pessoas são capazes de produzir conhecimento.

Os demais participantes do grupo não concordaram com essa postura, dizendo que o paciente tem a capacidade de escolher sim, bastando ser esclarecido sobre as possibilidades, vantagens e desvantagens dos tratamentos. Apesar disso, foi possível notar que “esclarecer” a população era simplesmente fazer com que o paciente aceitasse o que julgavam correto, perpetuando assim a distância entre profissional e paciente, entre “especialista e profano¹⁴,” entre “a terra do conhecimento e o poço da ignorância¹⁵.” Onde a atitude e a forma de agir do primeiro modificasse de acordo com a classe social do segundo (Boltanski, 1994).

“Eu acho que a gente estuda um tempão aqui na Faculdade pelo menos pra saber explicar pro paciente quais são as prioridades dele, porque às vezes ele nem atinou pro dente dele.” (Participante J)

No segundo momento da pesquisa (após a realização do ES), constatou-se que a dicotomia entre saúde para os estudantes e saúde para a população manteve-se:

“(...) pra mim saúde não é só não ter uma debilidade (...) acho que tem a ver com o seu bem estar, se seu modo de trabalho está satisfatório, suas condições de vida, suas condições psicológicas, (...). Então eu acho que, pra mim, saúde é muito mais amplo que só saber se você tem algum problema sistêmico ou não.” (Participante G)

¹⁴ Termos utilizados por Boltanski ao se referir à relação médico e paciente.

¹⁵ Alusão a desenho ilustrativo do livro Onde não há médico de David Werner, no qual o médico pode manter-se na terra do conhecimento enquanto ao paciente resta a passividade e dependência do poço da ignorância.

“(...) pelo que eu vi, pra população, saúde é simplesmente não estar doente. É não ter dor. (...) Você conseguiu trabalhar, você está saudável. (...) Pra mim é qualidade de vida.” (Participante C)

Trabalhar foi citado como determinante de saúde para os dois grupos (entrevistados e população de baixa renda), mas pode-se notar a diferença de enfoque de uma classe para outra. Para os entrevistados a relação do trabalho e saúde estabelece-se devido à realização pessoal, que é um dos fatores que determinam a “sua” saúde, já para a população, o trabalho é visto como necessário, imprescindível para a sobrevivência.

Segundo os entrevistados a vivência do ES propiciou mudanças em suas percepções:

“(...) eu acho que a gente fica com uma percepção diferente das coisas, sabe? Eu voltei vendo que, de repente, o que eu acho certo, o que eu acho legal outra pessoa pode não achar, sabe? A questão mesmo da saúde e da doença, a gente vê que é bem diferente.”(Participante H)

A grande diferença no que tange a saúde e doença parece ter sido a aceitação de outra possibilidade de “saúde correta”. Os estudantes que tinham como meta “passar conhecimentos” para a população acerca de atitudes corretas e com isso auxiliar na melhoria das condições de saúde, esbarraram nas dificuldades econômicas, nos hábitos, na cultura e nas crenças religiosas.

“Eu acho que mudança de hábito é muito difícil, né? Você fala pra pessoa pra ela escovar os dentes, passar fio dental... Ela vai passar pra que? (...) Pra ele um dente cair não é ter pegado uma doença. É muito difícil. (...) Inclusive a cabeça das pessoas é diferente, né? Dão importância a outras coisas (...)” (Participante F)

A dificuldade de se mudar hábitos advém, de acordo com Merleau-Ponty (citado por Rabelo *et al.*, 1999), do fato de o hábito ser uma forma de compreender o mundo e ajustar-se a ela. O dia a

dia de populações de baixa renda, marcado pela exclusão social, pela falta de acesso a informações e a serviços que promovam saúde ao invés de tratar a doença pode ter contribuído para esse sentimento de resignação quanto às condições precárias de saúde. Sobre essa aparente resignação, Drumond (2002) afirma ser uma visão lúcida das classes populares acerca das dificuldades de melhorarem suas vidas. Bosi e Affonso (1998) ressaltam que a não concretização dos direitos legais da população levam a essa sensação de resignação e submissão.

A intenção de melhorar as condições de saúde bucal das populações assistidas pelo ES esbarrou, ainda, nas limitações do próprio serviço, como discutido anteriormente, e na cultura de aceitação da perda dentária.

“(...) eles também não dão muita importância aos dentes não. Chegou uma pessoa lá e falou assim: eu quero tirar estes 4 da frente, que eles estão me incomodando (...) No final eu vou arrancar tudo e botar uma dentadura.” (Participante F)

“(...) muitas pessoas de lá achavam que extrair o dente era a solução. Eu cansei de falar que não era, que tinha outro... E às vezes a pessoa saía de lá insatisfeita. (...) Aí você pensa assim, a solução: dá pra você fazer canal e tal? Fica pensando assim: vou fazer uma PPR, que não sei o quê, mas não é bem assim. Prótese total é bem mais barata, bem mais rápida, bem mais fácil de conseguir. (...) Mas eu não passava por cima de meus princípios. Entendeu. Então às vezes eu não fazia o que o paciente queria. Era mais assim, sabe? Era complicado! (Participante Q)

O sorriso sem dentes, tão comum em nossa sociedade, não deve ser visto como fruto de passividade e comodismo como já discutido anteriormente. É um sinal da exclusão social e das precárias condições de vida da população brasileira (BRASIL, 2004), que se vê obrigada a adaptar-se à falta de dentes, a despeito de possivelmente se sentirem desconfortáveis com tal situação (VARGAS, 2002). Se houvesse investimentos em políticas públicas de inclusão social,

distribuição de rendas, promoção de saúde e disponibilização de serviços preventivos e restauradores na medida das necessidades da população talvez esse quadro fosse diferente, como acredita um dos entrevistados:

“Às vezes eu não sei se é uma cultura ou se é por falta de oportunidade, será que se o governo estivesse dando uma atenção secundária pra essas pessoas, fizesse um programa que fosse efetivo será que eles não dariam mais importância pra boca? Então eu acho que é muita falta de oportunidade. Talvez se tivesse a oportunidade, não de estar extraindo aquele dente, mas fazendo o canal, eu acredito que eles iriam pra uma fila e iriam tentar conseguir tratamento. Eu acho, eu vejo mais como falta de oportunidade.” (Participante J).

De acordo com os próprios estudantes, sua percepção acerca de saúde sofreu alterações após o ES. Não se pode afirmar, contudo, se essa mudança se deveu à aceitação de que existem outras culturas e outras realidades que determinam as escolhas, prioridades e percepções de saúde e doença ou se houve apenas uma resignação por parte dos estudantes no que se refere ao serviço público de saúde e saúde da população. Tal questionamento é feito, inclusive, por um dos entrevistados:

“(...) até uma certa hora eu falava: seu dente pode tratar o canal. Você tem condição? (...)

-Não! Mas eu ficava insistindo:

*-Ah, mas seu dente é importante, não sei o que, blá, blá, blá... E falava, falava, falava. E a pessoa ouvindo: blá, blá blá; e pensando: eu não vou sair daqui, pegar ônibus, pagar não sei quanto, eu não tenho dinheiro pra pagar um canal, pra ficar com mais um dente na minha boca pra eu mastigar (...) ninguém tem dente e todo mundo come (...)*Então eu não sei se eu pensei certo ou se eu fiquei foi desiludida (...) só sei que eu parei de insistir muito nisto. Eu procurava saber:

-Você tem interesse em manter seu dente? É importante pra você mastigar e tal. Você tem dinheiro? (...)

-Ah não, não. Arranca este trem.

-Tá. Em vez de ficar forçando uma coisa que talvez pra nós seja mais importante e a gente tendo condições de fazer, a gente tem que ver também que a pessoa às vezes não tem condições e tem outras prioridades né?” (Participante B)

Pode-se afirmar que o ES despertou muitos questionamentos acerca do conceito saúde-doença nos estudantes, muito dos quais só poderão ser respondidos por eles mesmos durante a sua prática profissional:

“(...) essa questão de saúde-doença, acho que pra mim confundiu mais ainda. (...) Porque não vai depender da gente. Igual eu saí pra lá, estou conhecendo uma população diferente, com opinião diferente, eles querem coisas diferentes do que a gente quer, então eu acho que neste sentido, confunde mais ainda, porque a gente tem que descobrir o quê que uma pessoa quer, o quê que uma população acha em relação a estar doente ou não. Porque eu acho que estar banguela, é estar doente. Pelo menos teve e tem uma seqüela da doença né? E pra eles às vezes não; é normal. E por quê que eu vou mudar essa opinião deles?. (...) estou tentado aprender neste sentido: ver o que a pessoa quer, (...) É claro que eu não vou deixar o dente infeccionar e tal e uma coisa assim, mas e se ela quer ficar do jeito que está? Ver o que ela pensa de saúde/doença e não tentar colocar nela o que eu quero.” (Participante A)

Os estudantes parecem ter percebido que o conceito de saúde em si não varia de uma população para outra, de um indivíduo pra outro, o que varia é a definição do que é bem estar físico, social, mental...

“(...) Então eu acho que não dá pra definir saúde do modo que as pessoas querem definir: bem estar físico, social, não sei o quê, não sei o quê. Eu acho que cada um tem um jeito de ver a saúde. Pra mim, por exemplo, eu sou saudável, por quê? Porque eu estou bem com a vida que eu levo, acho que eu estou saudável (...) Eu acho que é complicado pensar nesse conceito de saúde que a gente vem trabalhando.” (Participante J)

Constatou-se durante o presente estudo a influência do modelo biomédico na formação dos entrevistados. Apesar das frequentes relações e correlações que fizeram entre saúde, doença e seus vários determinantes, vez por outra apreendeu-se nas falas dos estudantes certos traços de unicausalidade na determinação da condição bucal das populações assistidas. A ausência de flúor na água foi citada, diversas vezes, como causa óbvia da situação precária de saúde bucal da população e a fluoretação da água do abastecimento público vista como a solução. Um verdadeiro emplastro Brás Cubas¹⁶, capaz de solucionar todos os problemas bucais da população uma vez que “submeterá” todos ao flúor apesar de sua vontade, de seus hábitos, sua cultura, suas representações.

“(...) principalmente pelo fato da água não ser fluoretada eles chegam com cáries extensas (...)”
(Participante C)

5.5 Travessia

*Mudaram as estações e nada mudou
Mas, eu sei que alguma coisa aconteceu, está tudo assim tão diferente
Se lembra quando a gente chegou um dia a acreditar que tudo era pra sempre
Sem saber que o pra sempre sempre acaba?(...)
Mesmo com tantos motivos pra deixar tudo como está
E nem desistir, nem tentar
Agora tanto faz, estamos indo de volta pra casa
Por enquanto - Renato Russo*

Durante o caminho percorrido no desenvolvimento do presente trabalho percebeu-se que o momento do ES é sentido pelos estudantes como um momento de grandes transformações. O

¹⁶ Refere-se à obra Memórias Póstumas de Brás Cubas de Machado de Assis, onde o protagonista busca criar um emplastro que será um elixir contra todos os males.

adolescente acostumado com o amparo da família e com limites impostos pela presença constante do professor durante as atividades clínicas vê-se impelido a transpor a ponte que liga à vida adulta. Ao fazê-lo, os estudantes se declaram mais seguros e melhor preparados para o enfrentamento de possíveis situações a que serão submetidos na nova fase de suas vidas.

A convivência em comunidades do interior permitiu que os estudantes enxergassem algo que esteve a todo o momento sob os seus olhos: o paciente é um ser social que tem família, trabalho, sonhos, princípios... A proximidade com o paciente despertou os estudantes pra um atendimento pautado no acolhimento ao paciente e ao cuidado à saúde.

A segurança em seus próprios conceitos e a crítica contundente às percepções de saúde da população ruíram frente à constatação feita pelos estudantes das precárias condições de vida dos pacientes. Os estudantes que há pouco tempo julgavam inconcebível a aceitação da perda dentária, se viram em situações que evidenciaram não só a aceitação, mas a necessidade das extrações por parte da população. Por vezes essa aceitação da perda dentária e até mesmo o pedido da exodontia pelo paciente foram vistos com alívio pelos estudantes que não teriam recursos para realizar um tratamento conservador.

Enxergar a realidade, no entanto, não foi suficiente para sanar lacunas deixadas na graduação, muito menos para permitir ruptura com o modelo de ensino ao qual foram submetidos na formação acadêmica da Faculdade. Os estudantes continuaram a separar a “saúde bucal” da “saúde geral”, a ver a Odontologia como uma profissão extremamente dependente da qualidade e sofisticação dos materiais utilizados, segundo a qual o nível do trabalho é dado pelo nível das tecnologias disponíveis. Onde, diante da falta de recursos, resta fazer uma Odontologia pobre

para pobres, abdicando-se dos parâmetros e condições mínimas pra a realização dos trabalhos clínicos.

Diante da constatação da realidade, a confiança e a certeza em uma Odontologia capaz de resolver todos os problemas bucais da população sucumbiram, deixando em aberto uma série de questionamentos acerca da postura do profissional frente às percepções da população acerca de saúde e doença. Saber o quanto não se sabe, segundo Ribeiro (2001), é uma das fases do processo de ensino aprendizagem, à qual sucede a fase do conhecimento. Infelizmente, a proximidade entre o término da disciplina e a formatura impossibilita que sejam discutidos e melhor elaborados, com auxílio de facilitadores, os questionamentos emergentes a partir da vivência no Internato Rural. Caberá ao profissional responder a seus próprios questionamentos.

A despeito de algumas limitações, o Estágio Supervisionado da FOUFG, tem participado, com êxito, da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e da formação de profissionais mais críticos e preocupados com a realidade nacional (que é a filosofia do SUS), como pode ser observado na fala de um dos entrevistados:

“(...) eu acho que no final das contas, foi tudo muito bom. Eu acho que tudo que a gente vê, que a gente aprende é muito bom. Entendeu? Mesmo na situação ruim da população (...). Não dá nem pra acreditar que tem pessoas que vivem deste jeito, sem dinheiro, sem nada. É ruim ver isto, mas é a realidade que a gente tem, que é obrigado a enxergar, aprender que o país está assim e que a gente tem que tentar mudar isto!” (Participante C)

*Só feche seu livro quem já aprendeu
Só peça outro amor quem já deu do seu
Quem não soube a sombra não sabe a luz
Vem, não perde o amor de quem te conduz*

Teu Sonho Não Acabou – Taiguara

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os dados obtidos no presente trabalho, através da realização de grupos focais com estudantes do último período do curso de graduação em Odontologia da UFMG, após analisados permitiram as conclusões listadas abaixo, as quais não têm a intenção de encerrar o assunto, ao contrário, vislumbram despertar para novos caminhos e possibilidades para futuros estudos e melhorias na formação acadêmica dos estudantes de Odontologia, afinal: “no processo do conhecimento não há consenso nem ponto de chegada...” (MINAYO, 2004).

- As expectativas dos estudantes, em relação ao Estágio Supervisionado, são: sentirem-se autônomos para tomar todas as decisões relativas ao atendimento do paciente, conhecer o serviço público de saúde, trabalhar com comunidades e amadurecerem pessoal e profissionalmente.
- Durante o Estágio Supervisionado os estudantes realizaram atendimento clínico, visitas domiciliares, palestras sobre educação em saúde, participaram de grupos operativos e de reuniões das equipes de saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde.
- Os estudantes, após a vivência no Internato Rural, mostraram-se mais receptivos às diferentes possibilidades de percepção de saúde e doença, seja porque entenderam a existência do “componente individual” na determinação dessas percepções, seja porque se resignaram frente às limitações do sistema público de saúde e à cultura de aceitação e inexorabilidade da perda dentária.

- Os estudantes relataram que, salvo raras exceções, foram bem recebidos pela comunidade e serviços de saúde.

- A pouca ênfase dada às ciências sociais e ao serviço público de saúde durante os períodos anteriores da graduação na FOUFMG dificultou a inserção dos estudantes no serviço público de saúde nos momentos iniciais do Estágio Supervisionado.

- Após a realização do Estágio Supervisionado os estudantes mostraram-se surpresos com a constatação da existência de um serviço público de saúde que, a despeito das limitações, funciona, que é organizado e que disponibiliza bons materiais para o atendimento.

- As experiências vivenciadas no Estágio Supervisionado despertaram os estudantes para um atendimento pautado no acolhimento ao paciente e no cuidado à saúde.

- Na visão dos estudantes, o distanciamento dos limites físicos da Faculdade e da família ocasionado pelo Estágio Supervisionado possibilita amadurecimento e independência, sendo visto como passagem entre a adolescência e o mundo adulto.

*Essa estrada leva e traz dor e alegria,
Da primeira caminhada, da primeira companhia,
Vim do sertão, lá do meio da chapada
Quanto tempo, quanta estrada
Tanta curva perigosa.
É muito fácil, todo passarinho voa
Toda mata eu sei que é boa
Quando não tem alçapão, tem nada não
Caminhar por onde se passa,
E mês que vem, eu vou de trem pra Montes Claros...*

De trem pra Montes Claros - Grupo Raízes

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 ACÚRCIO, F.A. *et al.* Evolução Histórica das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Caderno de Textos*. Belo Horizonte: Núcleo de estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, 2002. 12f. Mimeografado.
- 2 ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança*, 1997. 316f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1997
- 3 ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002 293 p.
- 4 ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Cad. Pesq.*, São Paulo, n.77, p.53-61, 1991.
- 5 ALVES, C. L. R. Saúde da família. *Educação Médica - UFMG*. abr. 2003. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/saude_familia.htm>. Acesso em: 20 jan. 2005.
- 6 ALVES, P. A. B. *Avaliação das representações sociais do processo saúde-doença em suas relações com resíduos sólidos urbanos: um estudo qualitativo em Belo Horizonte*. 2002. 95p. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária, Epidemiologia) - Escola de Veterinária, UFMG, Belo Horizonte, 2002.
- 7 ALVES. R.A. A arte de produzir a fome. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 out. 2002. Sinapse. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u146.shtml>>. Acesso em 30/01/2004
- 8 ANDRADE, C.J.M. *Representações de saúde-doença e alternativas terapêuticas em bairros da periferia de Belo Horizonte (1994-1996)*, 1996. 113f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária, Epidemiologia) – Escola de Veterinária, UFMG, Belo Horizonte.
- 9 ARAÚJO, L. U. A. *Avaliação da qualidade do cuidado sob a perspectiva do usuário: o projeto de vigilância à saúde bucal*, 2000. 123f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, UFRN, Natal. 2000.
- 10 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado nos cursos de Odontologia. Disponível em <<http://www.abeno.org.br/prop.htm>>. Acesso em 6 ago. 2003.
- 11 AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

- 12 BARATA, R.B. *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ-ABRASCO, 1997. 256p
- 13 BASTOS, J. R. M.; SALIBA, N. A.; UNFER, B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Revista Paulista de Odontologia*, São Paulo, ano XVII, n. 4, p.38-42, julho/agosto. 1996.
- 14 BERCHT, SMB. Câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. *Ação Coletiva*, Brasília, n. 1, v. 4, p. 33-41.
- 15 BERND, B. SOUZA. C.B.; LOPES, C.B.; PIRES FILHO, F.M.; LISBÔA, I.C.; CURRA, L.C.D.; SOUZA, L.N.S.; PIGNONE, O.A. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*, (s.l.), n.34, p.33-39, mar. 1992.
- 16 BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
- 17 BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191p.
- 18 BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 20-26.
- 19 BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, v. 2, p. 355-365, abr/jun. 1998.
- 20 BRASIL, Constituição Federal – 1988. *Guia Prático da Nova Constituição*. Rio de Janeiro: Forense, 1988.
- 21 BRASIL, Lei nº 8080 – 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: *Diário Oficial da União*, set. 1990.
- 22 BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: programa de saúde da família*. Brasília: Ministério da saúde, 2000. 44p.
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 52p.*

- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde* – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 184 p
- 26 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da saúde, 1997. 36p.
- 27 BUSS, P.M. *A promoção de saúde e a Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1998. 178p.
- 28 CARVALHO, C.L.; LOUREIRO, C.A.S. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Cad. Odont.*, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 43-57, nov. 1997
- 29 CARVALHO, G.C.M. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001*. 2002. 363Ff. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo.
- 30 CARVALHO, V. A.; CARLINI-COTRIM, B. Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p.145-149, jun. 1992.
- 31 CASTANHO, M. E. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 6, n. 10, p.51-62, fev. 2002.
- 32 COMPARATO, B. K. A ação política do MST. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v.15, n. 4, p.105-118. out./dez. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/11/2004
- 33 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília. *Acesso e qualidade superando a exclusão social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 84p.
- 34 COSTA, I. C. C.; UNFER, B.; OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; SALIBA, N. A.; MIMAZ, S.A.S. Integração universidade-comunidade: análise das atividades extra-murais em Odontologia nas universidades brasileiras. *Rev. CROMG*, Belo Horizonte, v.6, p. 146-153, set/dez. 2000.
- 35 CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. *Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, cap.2, p. 13-22. (Cadernos de Saúde: 1)
- 36 CUNHA, S. *História da Odontologia no Brasil, 1500-1900*. 2.ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952. 288p.
- 37 CUTOLO, L. R. A., CESA, A. I. Percepção dos alunos do curso de graduação em

- Medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 75-89, 2003.
- 38 DRUMOND, M. M. *A criança, seu “em torno” e a cárie*. 2002. 221p. Tese (Doutorado em Odontologia, Odontologia Social) - Instituto da Saúde da Comunidade, UFF, Niterói, 2002.
 - 39 FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFMG. *Estágio Supervisionado em Odontologia: apresentação da disciplina*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2003. 17f. Mimeografado.
 - 40 FORTES, P. A. C. *Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos*. São Paulo: EPU, 1998, 94p.
 - 41 FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A.C. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 7. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. 245P.
 - 42 FREIRE, D. N. *Adesão dos estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG às recomendações de controle de infecção: um estudo de coorte*. 2000. 90f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte. 2000.
 - 43 GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1991. 207p.
 - 44 IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (orgs). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru: UNESP, 1998, p. 127-139
 - 45 KITZINGER, H. Introducing Focus Groups. In: MAYS, N.; POPE, C. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group, 1996.
 - 46 KRUEGER, R.A. *Focus Groups: a practical guide for applied reserach*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994. 255 p.
 - 47 LAMÊGO, B. L. *Relação ensino/serviço na formação do enfermeiro*, 2000. 168f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2000.
 - 48 LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Preventive medicine for the doctor in community*. New York: McGraw, 1965 apud BUSS, P.M. *A promoção de saúde e a Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1998. 178p.
 - 49 LOUREIRO, C.A. BH Vida chega com atraso e quer mudar o enfoque da saúde bucal. *Correio ABO*, Belo Horizonte, jul/2002, Especial, p. 12-13.
 - 50 LOYOLA CONTRERAS, R. Evolução histórica do pensamento sobre a dicotomia saúde

- doença. *Cad. Tec. Vet. Zootec.*, Belo Horizonte, n. 31, p. 7-20, 2000.
- 51 MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H. *Aprendizagem Baseada em Problemas*. Fortaleza: Hucitec, 2001. 231p.
- 52 MARSIGLIA, R. M. G. *Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2000. 135p.
- 53 MARTINS, E. M. *Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída: Um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo*. 1993. 111f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte
- 54 MASETTO, M. T. Processo de aprendizagem no ensino superior e suas conseqüências para a docência universitária. In: Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico, 33, Fortaleza. *Rev. ABENO*, p. 9-16, 1998
- 55 MASETTO, M. T. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente. In MASETTO, M.T. (org). *Docência na Universidade*. Campinas: Papirus, 1998, cap. 1, p. 9-26.
- 56 MATTOS, F.F; SILVA, G.A; PORDEUS, I.A; ABREU, M.V; SILVA, M.E.S. *Modelo Pedagógico de Ensino e Métodos de Avaliação de Aprendizagem*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2003. 13f. Mimeografado.
- 57 MENDES, E.V. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, pesquisa e na tecnologia médica*. Belo Horizonte: PUC – MG/ FINEP, 1984. 124p.
- 58 MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.
- 59 MERHY, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- 60 MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.
- 61 MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 2004. 270p.
- 62 MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. (org). *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed. 1994, cap. 3, p. 25-33
- 63 MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul/set. 1993.
- 64 MINAYO, M.C.S. (org) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

- 65 MORAIS, J.M. A medicina está doente. *Super Interessante*, São Paulo, ano 15, n. 5, p. 48-58, maio 2001.
- 66 MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e interação com o SUS. *Rev. ABENO*, São Paulo, v. 4, n. 1, p.17-21, jan./dez. 2004.
- 67 NASCIMENTO, E. C.;JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v. 13, n. 3, p.529-538, 2000.. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2004.
- 68 PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 20, p.473-503.
- 69 PAIXÃO, H. H.; *A Odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião Dentista*. 1979. 167f. Dissertação (Mestrado em Educação, Metodologia do Ensino) – Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 1979.
- 70 PERINI, E. *O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos*. 1998. 218f. Tese (Doutorado em Ciência Animal, Epidemiologia) – Escola de Veterinária – UFMG, Belo Horizonte. 1998.
- 71 PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- 72 PORTAL DA SAÚDE. Apresenta projetos e ações do Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149> Acesso em 27 dezembro de 2004
- 73 RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 p.
- 74 RIBEIRO, L. *Comunicação global*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1991. Cap. 11: Aprendendo a aprender: saber que não sabe já é saber, p. 95-102.
- 75 RONCALLI, A. G.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B; COSTA, I. C. C; MORAES, E.; SALIBA, N. A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Rev. Ação Colet.*, Brasília, v. 2, n.1, p.9-14, 1999
- 76 SANTA ROSA, I. C. A.; ALVES, P. A. B.; MODENA, C. M.; DIAS, C. M. Leishmaniose visceral americana: uma revisão e nova proposta de abordagem. *Oikos*, v. 10, n. 1, p.71-88, 1997.
- 77 SANTA ROSA, I. C. A.; ROCHA, C. M. B. M. *Saúde e Ambiente*. Lavras: UFLA, 1999,

37p.

- 78 SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria.*, Porto Alegre, n. 6, p. 401-406, 1999.
- 79 SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995
- 80 SELTZ, J. DEUTSCH, C. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EDUSP, 1975. 687 p.
- 81 SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORREA FILHO, H. R. *et al.* Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 3, p.174-179, set. 2004
- 82 SORDI, M.R.L. A avaliação da aprendizagem universitária em tempos de mudança: a inovação ao alcance do educador comprometido. In VEIGA, I.P.A. e CASTANHO, M.E.L.M. *Pedagogia Universitária: a aula em foco*. Campinas, SP: Papyrus. 2000. p. 231-249
- 83 THRUSFIELD, M. *Epidemiologia Veterinária*. 2. ed. São Paulo: Editoria Roca, 2004. 556p.
- 84 UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994
- 85 UNFER, B.; SALIBA, O. O cirurgião dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. *Rev. Bras. Odont. Saúde coletiva*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 45-51, 2001
- 86 VALLA, V.V.; VASCONCELOS, E.M.; PEREGRINO, M.; FONSECA, L.C.S.; MCKNIGHT, J.L. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DPeA, 2000. 115p.
- 87 VARGAS, A. M.D. *Políticas Públicas e Qualidade de vida: um estudo epidemiológico sobre perda dentária*. 2002. 81p. Tese (Doutorado em Ciência Animal, Epidemiologia) – Escola de Veterinária – UFMG, Belo Horizonte. 2002.
- 88 VASCONCELOS, M. *Saúde Bucal de Crianças: a perspectiva da família e das políticas públicas*. 2003. 270f. Tese (Doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia – UFF, Niterói.
- 89 VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN; M.N.A.; *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

- 90 WENER, D. *Onde não há médico*. 22. ed. São Paulo: Paulus, 2000. 440p.
- 91 WERNECK, M.A.F. A reforma sanitária no Brasil. In BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia curricular para formação de atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: Área III e IV*. Brasília: Ministério da Saúde. 1998, p.247-260.
- 92 WERNECK, M.A.F. Saúde da Família exige mudanças. *Correio ABO*, Belo Horizonte, jul/2002, Especial, p. 14.
- 93 WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D. Estágio Supervisionado em Odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arq. Centro Est. Fac. Odont.*, Belo Horizonte, v.32, n.2, p. 95-108, jul/dez. 1996.

*Calado tento lhe sentir por inteira
Mal consigo sentir as partes
E se o todo é confuso
Os nacos são muito mais que barrocos.*

Declaração de Amor - Santa Rosa

ANEXO A **Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG**

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 022/04

Interessado: Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vagas
Faculdade de Odontologia - UFMG

VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 18 de fevereiro de 2004 o projeto de pesquisa intitulado **A Influência do Estágio Supervisionado na Percepção do Processo Saúde-Doença em Estudantes do Curso de Odontologia da UFMG.** » e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP

ANEXO B **Roteiro para entrevista inicial (grupo focal)**

Grupo nº _____ N° de participantes: _____ Data: ____/____/____

Início: _____ Término: _____

Entendimento do processo saúde-doença

- Saúde
- Doença
- Estar doente
- Fatores que influenciam nesse processo

Conhecimentos acerca da disciplina

- Objetivos
- Atividades

Expectativas sobre o Estágio

- Atividades a serem realizadas
- Contribuição para a melhoria da saúde da população

Serviço Público

- Conhecimento
- Percepção

Algum comentário final

- Dúvidas
- Sugestões
- Esclarecimentos

Muito obrigada!

ANEXO C **Roteiro para entrevista final (grupo focal)**

Grupo nº _____ N° de participantes: _____ Data: ____/____/____

Início: _____ Término: _____

Entendimento do processo saúde-doença

- Saúde
- Doença
- Estar doente
- Fatores que influenciam nesse processo

Realização do Estágio

- Concretização (ou não) das expectativas
- Importância na vida profissional e pessoal
- Cumprimento dos objetivos da disciplina

Serviço Público

- Funcionamento
- Limitações
- Dificuldades

Algum comentário final

- Dúvidas
- Sugestões
- Esclarecimentos

Muito obrigada!

ANEXO D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado aluno,

antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a explicação sobre os procedimentos propostos. Depois que você estiver suficientemente esclarecido, você poderá assiná-lo, concordando com sua participação.

Esta pesquisa, intitulada “A INFLUÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM ESTUDANTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFMG” tem como objetivo investigar se a sua percepção acerca do processo saúde-doença pode-se alterar em função desta disciplina e/ou de como ela se desenvolve.

Serão realizadas entrevistas em grupo abordando temas afins ao Estágio Supervisionado, saúde, doença e serviço público. As entrevistas serão gravadas em fitas cassetes e serão posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As entrevistas serão identificadas apenas por números e após terminado o trabalho, qualquer referência que permita identificação nominal será destruída.

Consideramos que uma avaliação do Estágio Supervisionado ministrado na FO-UFMG contribuirá na formação do novo profissional da área de saúde, preconizado pelo Conselho Nacional de Educação, Câmara de Ensino Superior e Associação Brasileira de Ensino Odontológico.

O presente estudo não propiciará benefícios para os estudantes participantes da pesquisa, mas poderá vir a beneficiar estudantes que os sucederão no estágio.

Entendemos que o único risco ao qual você pode estar exposto seria a sua identificação. Para evitar qualquer possibilidade de que isso venha a ocorrer, a identificação do material coletado será numérica e após as transcrições, as fitas cassetes serão destruídas.

Você pode se recusar a participar e, mesmo tendo assinado o termo de Consentimento, pode desistir. Se você tiver dúvidas poderá me procurar para esclarecimento (9913-9435) ou ainda, consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG (3248-9364), que aprovou esta pesquisa.

Atenciosamente

Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa
Mestranda em Saúde Coletiva

Eu _____, aluno matriculado na disciplina Estágio Supervisionado, declaro que li e entendi as informações precedentes e por isso, consinto em participar da pesquisa relatada. Sei que não existem riscos, que minha identidade será preservada e que, receberei uma cópia assinada deste consentimento. Sei também que mesmo depois de ter assinado a minha concordância, posso desistir de participar.

Belo Horizonte,

Assinatura do participante

ANEXO E: **CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCIPLINA**

No decorrer do presente trabalho percebeu-se que o momento do ES é sentido pelos estudantes como um momento de grandes transformações e aprendizado. Pode ser que esse momento seja melhor aproveitado se forem implantadas algumas modificações nos GD's realizados após a conclusão da carga horária prática da disciplina. Talvez o uso de técnicas mais interativas e descontraídas permita um intercâmbio maior entre experiências vivenciadas pelos estudantes. A troca de experiências e conseqüente conhecimento acerca de diferentes realidades e possibilidades de abordagem de problemas parece ter-se restringido a breves momentos durante a exposição das atividades realizadas e a conversas “extra classe”.

Sugere-se que o Estágio Supervisionado seja melhor divulgado entre os estudantes da Faculdade. A simples exposição de pôsteres sobre a realização do ES no saguão da FOUFG não desperta atenção dos estudantes. Se a divulgação fosse feita via representantes de turma, site da Universidade, cartazes e faixas no hall de entrada da Faculdade, talvez essa situação fosse revertida, permitindo o conhecimento e aproximação dos professores da disciplina e estudantes, além de colocar os acadêmicos “a par” das atividades e do dia a dia do ES. Ainda sobre a apresentação dos pôsteres, sugere-se que sejam convidados professores de outras disciplinas para a sua avaliação, o que resultará em disseminação das atividades realizadas entre os próprios docentes da FOUFG.

Ainda sobre a divulgação do ES, faz-se necessário salientar que no final do 2º semestre de 2004 os estudantes que iriam iniciar as atividades em 2005 (8º período) foram convidados a participar das apresentações dos trabalhos de encerramento da disciplina. Sugere-se que tal atividade seja

parte integrante do calendário dos estudantes do 8º período, evitando assim, que alguns não possam participar da mesma por estarem em atividades acadêmicas regulares do seu período.

Visando aumentar o intercâmbio de informações entre professores, estudantes que estão realizando o ES, colegas da FOUFG e, até mesmo, de outras instituições e cursos, sugere-se a disponibilização de um fórum de discussão na página do ES disponível na internet¹⁷ onde dúvidas, possíveis soluções, propostas e experiências possam ser divididas, aumentando o campo de aprendizagem.

Sobre a página do ES na internet, sugere-se que a mesma seja atualizada com maior frequência disponibilizando informações e textos atuais, fotos enviadas pelos estagiários e que seja melhor divulgada entre os estudantes da própria UFG. Alguns municípios e distritos assistidos pelo ES, a exemplo de Ipoema¹⁸, possuem páginas na internet as quais poderiam ter links na página do ES, o que além de divulgar a inserção da Faculdade na comunidade poderá ser útil para os estudantes conhecerem os locais para onde se dirigirão, contribuindo assim para a diminuição da insegurança relacionada à escassez de informações acerca da realização do ES.

Sugere-se ainda, baseando-se nas falas dos entrevistados, a oferta de uma disciplina optativa que aborde políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde, noções de diagnóstico e planejamento comunitário; e/ou que tais assuntos sejam estudados na disciplina CIAP.

¹⁷ Página do ES: < <http://www.amweb.com.br/odonto>>

¹⁸ Ver <www.ipoema.com.br>

ANEXO F

UFMG

FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ODONTOLOGIA
Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha – Cep.: 31270-901
Telefax: (0xx31) 3499-2448 E-mail: estagiosup@mail.odonto.ufmg.br



AUTORIZAÇÃO

Declaro que após inteirar-me sobre o projeto de pesquisa a ser realizado pela mestrandia Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa, o qual objetiva avaliar a influência da disciplina do Estágio Supervisionado da Faculdade de Odontologia da UFMG na percepção do processo saúde/doença nos alunos, julguei-o relevante e exequível, estando de acordo com a sua realização.

Maria Inês Barreiros Senna

Coordenadora do Estágio Supervisionado em Odontologia - UFMG

-Coordenadora do Estágio Supervisionado em Odontologia