

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**A INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO PÚBLICO EM ODONTOLOGIA E A
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

JEUSA MARIA FAÉ

VITÓRIA/ES
2014

JEUSA MARIA FAÉ

**A INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO PÚBLICO EM ODONTOLOGIA E A
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karina Tonini dos S. Pacheco

VITÓRIA/ES
2014

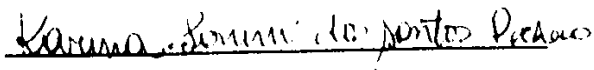
JEUSA MARIA FAÉ

**A INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO PÚBLICO EM ODONTOLOGIA E A
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do Mestre.

Aprovada em 09 de dezembro de 2014

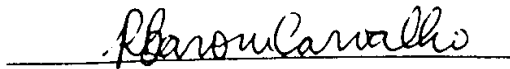
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Karina Tonini dos Santos Pacheco

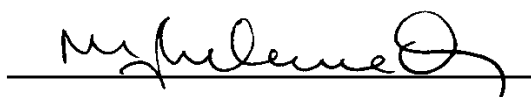
Universidade Federal do Espírito Santo

Orientadora



Prof^a. Dr^a. Raquel Baroni de Carvalho

Universidade Federal do Espírito Santo



Prof. Dr. Marcos Azeredo Furkim Werneck

Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico à minha irmã Leda, levada para longe dos meus olhos, mas não do meu coração.

Dedico aos profissionais de saúde que incondicionalmente acreditam no SUS, buscam e compartilham conhecimentos e lutam para fazer essa realidade acontecer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me acompanhar, auxiliando-me a transformar dificuldades em lições, permitindo-me viver.

Aos meus pais, Nelson e Iria, por tudo o que me ensinaram.

Aos meus irmãos, agradeço a Deus todos os dias por ter me permitido compartilhar essa existência com vocês.

Ao Frederico, por toda cumplicidade.

À minha orientadora, Karina Tonini dos Santos Pacheco, por todos os ensinamentos, tolerância, respeito, comprometimento, dedicação e acompanhamento durante todo o processo metodológico e condução desta pesquisa.

À professora Carolina Dutra Degli Esposti, pela dedicação e doação em ensinar sobre a metodologia da pesquisa qualitativa, compartilhando o conhecimento e facilitando os caminhos até aqui.

À professora, Raquel Baroni de Carvalho, por conduzir e acreditar no papel da integração ensino-serviço na contribuição da formação profissional e aprimoramento do serviço público.

Ao professor Roberto Sarcinelli, por todo o incentivo ao mestrado.

Ao Manoelito, agradecer é muito pouco... meu eterno reconhecimento por todos os momentos de troca, estudos e parceria.

Aos colegas de turma, por dividirem seus saberes, suas alegrias, expectativas e, principalmente, sua juventude. Vou sentir saudades.

À Nathalia, amiga inseparável, meu reconhecimento e admiração. Sempre disponível a ajudar com sua competência. Obrigada por você fazer parte da minha vida.

Ao Georje, que sempre compartilhou seus conhecimentos, contribuindo para que o meu sonho se tornasse realidade.

À Amanda, amiga querida, por todo o carinho dedicado a mim nessa trajetória.

À SEMUS, pela concessão a autorização para a realização dessa pesquisa.

A Todos os meus amigos que direta ou indiretamente contribuíram para que isso fosse possível.

A todos os funcionários que, carinhosamente, nos acolheram nessa jornada.

Epígrafe

*Ninguém ignora tudo.
Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso, aprendemos sempre.*

(Paulo Freire)

FAÉ, J. M. A integração ensino/serviço público em Odontologia e a percepção de profissionais atuantes no município de Vitória/ES [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo: 2014.

RESUMO GERAL

A integração ensino-serviço, na perspectiva de um processo de reflexão das práticas curriculares, possibilita melhor atender e aproximar a Universidade e a realidade do serviço de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas preceptores e gestores do serviço público sobre a integração ensino-serviço no município de Vitória, ES. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e LILACS, utilizando-se as palavras-chaves: Integração ensino/serviço; Estágio curricular; Odontologia; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; PET-Saúde; Atenção primária à saúde; Práticas profissionais, entre os anos de 1970-2014. Também foi realizada uma pesquisa documental, contemplando as legislações existentes. Além disso, utilizaram-se roteiros-guia para entrevistas com quatro gestores e todos os sete cirurgiões-dentistas preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (PET – Saúde) (2010-2012) e do Estágio Extramuro em Promoção de Saúde II (2012) do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. As entrevistas versaram sobre os temas: Organização do estágio, dificuldades encontradas, Relação entre aluno e preceptor e contribuições do estágio para o processo de trabalho. Para a análise de dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta Bardin. A análise permitiu identificar quatro categorias: ensino-aprendizagem, contribuições para o ensino, relação interpessoal e formação profissional. **Resultados:** Os profissionais perceberam como satisfatória a integração ensino-serviço e destacaram a troca de experiências entre profissionais e acadêmicos como aspecto relevante. Também relataram que há enriquecimento da formação acadêmica dos futuros cirurgiões-dentistas, pela vivência prática da realidade no campo de estágio, estímulo à produtividade em áreas carentes, como atividades educativas, e boa aceitabilidade por parte dos usuários. Declararam, no entanto, que existem limitações, como as relacionadas à infraestrutura e sobrecarga do profissional. **Conclusão:** O estudo possibilitou, a partir da percepção dos profissionais participantes bem como da literatura, que a integração ensino-serviço é vista como propulsora para os processos de mudança na formação, e que o SUS é um espaço privilegiado e fundamental na troca de saberes.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Serviços de Integração Docente-Assistencial; Odontologia.

FAÉ, J. M. The teaching / public service integration in Dentistry and the perception of working professionals integration in Vitória / ES [dissertation]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

ABSTRACT

The teaching/service integration in terms of a process of reorientation of practices in service, allows better serve the bring the University of reality of the health service. **Objective:** The aim of this study was to discuss aspects of the teaching/service integration Dentistry in Brazil and analyze the perceptions of managers and preceptors dentists about the teaching/service integration. **Methods:** This is a qualitative study in which was conducted a literature review from literature survey in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and LILACS, using keywords: Teaching/Service integration; Curricular training; Dentistry; Education Program for Health at Work; PET-Health; Primary health care; Professional practices. In addition, was used a guide script for four managers and another for seven preceptors of Work Health Education Program (2010-2012) and of Extramuro Internship in Health Promotion II (2012) in the course of Dentistry of the Federal University of Espírito Santo. For data analysis, was used The Thematic Content Analysis proposed by Bardin that revealed four categories: teaching and learning, contributions to the service, interpersonal relation and professional formation. **Results:** Professionals noticed as satisfactory teaching-service integration and highlighted the exchange of experiences between professionals and academics as an important aspect. Also reported that there is enrichment of the academic training of future dentists, practice experience of reality in the training field, stimulate productivity in underserved areas, such as educational activities, and good acceptance by users. Stated, however, that there are limitations, such as those related to infrastructure and overhead professional. **Conclusions:** The study allowed from the perception of professional participants and the literature, the teaching-service integration is seen as a driver for change processes in the formation, and that the UHS is a privileged and fundamental space for such training and knowledge exchange.

Keywords Unified Health System; Public Health; Teaching Care Integration Services; Dentistry.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	10
2. OBJETIVO GERAL.....	13
3. ARTIGO 1.....	14
4. ARTIGO 2.....	33
5. CONCLUSÕES GERAIS.....	59
6. REFERÊNCIAS GERAIS.....	61
ANEXOS.....	64
Anexo A – Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.....	64
Anexo B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	65
Anexo C – Normas da Revista Saúde e Sociedade.....	68
Anexo D – Normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.....	74
APÊNDICES.....	82
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
Apêndice B – Roteiro guia da entrevista com os cirurgiões-dentistas preceptores.....	83
Apêndice C - Roteiro guia da entrevista com os gestores.....	84

1. INTRODUÇÃO GERAL

A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado a garantia da saúde a toda população brasileira (BRASIL, 1988). Para tanto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu como resultado da necessidade de ampliação da organização popular, da universalização do acesso e do reconhecimento da saúde como direito universal do ser humano. Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas. Partindo do pressuposto legal e ético, o SUS deve satisfazer as diferentes necessidades das populações de distintas regiões e reconhecer a formação profissional como fator relevante, como destacado na Constituição, que determina que ao SUS seja delegada a competência para ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde. E ainda recomenda um controle mais efetivo por parte do poder público, através de profundas transformações no sistema de formação de recursos humanos, legitimado por organizações competentes, como a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH), respaldando seu argumento na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 1990, que em seu título IV, no artigo 27, define que a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação e também a elaboração de programas de aperfeiçoamento permanente de pessoal (BRASIL, 1990; SILVEIRA, 2004).

O grande entrave na implementação de mudanças no modelo de ensino odontológico deveu-se ao modelo biomédico de sua prática, baseado no relatório flexneriano, publicado em 1910 nos Estados Unidos, que versava sobre a situação de diversas escolas médicas naquele país. Neste modelo, havia uma base na qualidade técnica, e ênfase na formação de uma elite profissional, implantando no ensino médico as exigências do paradigma científico, o qual resolveria qualquer problema, embora exigindo soluções técnicas de caráter individual. Os problemas de origem social que exigiam soluções políticas foram transformados em problemas da ciência e negou-se a ideia de causalidade da doença, tendo sido os aspectos preventivos e de promoção de saúde relegados a segundo plano, desvalorizando as atividades coletivas e o contexto social em que a sociedade se inseria (PELLISSARI, BASTING, FLÓRIO, 2004).

No Brasil, a Odontologia e o ensino odontológico absorveram também o paradigma flexineriano com a atenção centrada sobre o indivíduo e sobre práticas curativas, havendo exclusão de práticas alternativas, além do desinteresse pelas ações de promoção e prevenção das doenças. Com esses pressupostos, os cursos de Odontologia no país assumiram as características do referido modelo que se caracteriza pela separação entre a docência, prestação de serviços e pesquisa com estruturação por especialidades odontológicas. O ensino foi centrado na difusão de tecnologia sofisticada; ambiente de ensino exclusivo nos serviços das faculdades, desconhecendo os serviços externos (públicos); corpo docente especializado por microdisciplinas; relação professor/aluno autoritária e paternalista; e ênfase na pesquisa biológica (PELISSARI, BASTING, FLÓRIO, 2004).

Assim observou-se, por muito tempo, um descompasso entre o sistema de saúde vigente e o ensino. As principais causas desse descompasso eram: a formação, predominantemente, centrada nos ambulatórios universitários; a dissociação entre a formação odontológica e os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades reais da população; o enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos e, principalmente, a não inserção dos acadêmicos dos cursos de Odontologia em cenários reais de práticas dos serviços de saúde, ou seja, a não integração do ensino com o serviço por meio de estágios extramuros (GIL et al., 2008).

Com esse pressuposto, a partir de 1995, a questão de mudança nos currículos dos cursos de graduação em Odontologia tornou-se essencial. Em 1996, houve a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394/96, que delegou mudanças no currículo, destituindo o currículo mínimo. Posteriormente, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Odontologia, aprovadas em 2002, através da Resolução CNE/CES nº 03 de 19/02/2002, permitiu que os currículos propostos pudessem construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS. Isso foi pensado a partir de um processo histórico e não uma decisão autoritária do

governo. Foi proposto também levando em conta os interesses e necessidades sociais da população brasileira e do profissional (CARVALHO, 2006; SENNA, LIMA, 2009).

Uma estratégia para se conseguir tal perfil é a implantação dos estágios extramuros, o qual possibilita ao estudante o conhecimento das estruturas: organizacional, administrativa, gerencial e funcional dos serviços públicos de saúde; a participação no atendimento à população; a compreensão das políticas de saúde bucal e do seu papel social; fazendo com que o mesmo participe de sua dinâmica cultural, política e democrática identificando as necessidades sociais e potencializando sua criatividade e autonomia nas propostas de soluções (SALIBA et al., 2009; MELO et al., 2009).

Um dos problemas na implantação do estágio extramuros nas universidades tem sido a adesão dos professores, pois a sustentabilidade dessa ideia depende da voluntariedade, do apoio institucional e da participação do quadro docente como um todo (MORITA, KRIGER, 2004). O professor não é mais o centro do processo pedagógico e a doença é substituída pela saúde como estrutura fundamental do processo de aprendizagem (CAMPOS et al., 2009). Outro problema refere-se ao perfil profissional desejado pelos alunos de Odontologia e, reforçado pela maioria dos professores, pois há uma evidente valorização dos aspectos técnicos da profissão, e caráter secundário as disciplinas cujos conteúdos são relacionados às ciências sociais. Fato agravado quando estas disciplinas são ofertadas no final do curso, pois a ansiedade dos alunos em aprender coisas novas dá ao Estágio Supervisionado um caráter de “perda de tempo” (WERNECK, LUCAS, 1996).

Embora recente, a integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil está sendo consolidada através das DCNs e de política de incentivos. Sendo assim, estudos sobre a temática devem ser mais bem abordados, principalmente pela atual tendência da literatura em verificar apenas por meio da visão do aluno os aspectos relacionados exclusivamente à formação profissional. Vê-se então, a necessidade de uma abordagem mais ampla que contemple também a visão dos profissionais do serviço, e dos benefícios reais que a integração pode trazer também ao serviço e aos usuários.

Esta dissertação de mestrado será apresentada no formato de dois artigos.

2. OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas preceptores e dos gestores sobre a integração ensino-serviço em Odontologia no município de Vitória – ES.

3. ARTIGO 1 ¹

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM ODONTOLOGIA NO BRASIL

DENTISTRY'S TEACHING-SERVICE INTEGRATION IN BRAZIL

RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde ficou evidente o descompasso entre a formação profissional em Odontologia, dada segundo o modelo biomédico, e a necessidade de reorientação das práticas no serviço. Assim, a integração ensino/serviço, na perspectiva de um processo de reflexão das práticas curriculares, possibilita melhor atender e aproximar a Universidade da realidade do serviço de saúde. O objetivo deste artigo é discutir os aspectos da integração ensino/serviço em Odontologia no Brasil. Foi realizada uma revisão de literatura a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e LILACS, utilizando as palavras-chaves: Integração ensino/serviço; Estágio curricular; Odontologia; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; PET-Saúde; Atenção primária à saúde; Práticas profissionais, entre os anos de 1970-2014. Também foi realizada uma pesquisa documental, contemplando as legislações existentes. A análise evidenciou que a integração ensino-serviço no Brasil, por muitas décadas, se deu de forma lenta, embora atualmente haja uma política de incentivos reais para favorecer esta integração. A partir dos anos 2000, ocorreram, de fato, incentivos que favoreceram essa integração. Foram identificadas experiências exitosas a partir da integração ensino-serviço em Odontologia, embora se destaque que ainda existam dificuldades e fragilidades, principalmente porque o sistema de saúde vigente no Brasil está em construção. Considera-se que os incentivos para a consolidação da parceria entre universidade e serviços de saúde devem ser mantidos e ampliados, com o objetivo de favorecer a formação profissional em Odontologia no aspecto mais amplo de saúde e trazer benefícios reais para os serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública; Serviços de Integração Docente-Assistencial; Odontologia.

¹ Este artigo está redigido de acordo com as normas da Revista Saúde e Sociedade.

ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System became apparent the mismatch between vocational training in dentistry, according to the biomedical model, and the need for reorientation of practices in service. Thus, the teaching/service integration in terms of a process of reflection of curricular practices, allows better serve and bring the University of reality of the health service. The aim of this study is to discuss aspects of the teaching/service integration Dentistry in Brazil. Was conducted a literature review from literature survey in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and LILACS, using the keywords: teaching / service integration; Curricular training; Dentistry; Education Program for Health at Work; PET-Health; Primary health care; Professional practices. Were also included legislation related to the subject. The analysis showed that the integration of teaching and service in Brazil for many decades, was given slowly, although currently there is a policy of real incentives to encourage this integration. Have been found successful experiences from the teaching-service integration in dentistry, although there are still difficulties and weaknesses, mostly because the current healthcare system in Brazil is still under construction. It is considered that the incentives for the consolidation of the partnership between the university and health services should be maintained and expanded with the aim of promoting professional training in dentistry in the broadest aspect of health and bring real benefits to health services.

Keywords: Public Health; Teaching Care Integration Services; Dentistry.

INTRODUÇÃO

A integração ensino-serviço em saúde é entendida como um trabalho coletivo, pactuado e integrado pela Universidade, através dos estudantes e dos docentes dos cursos desse campo, com os serviços de saúde, incluindo seus trabalhadores e gestores. Visa à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, bem como à qualidade da formação profissional e à satisfação dos trabalhadores dos serviços (Albuquerque e col., 2008; Ellery e col., 2013). Cujo objetivo principal é tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho.

As estratégias de promoção da integração ensino-serviço na área da saúde ocorreram, inicialmente, para os cursos de Enfermagem e de Medicina, proporcionando avanços significativos em suas áreas, o que justificou sua ampliação para outros cursos. A Odontologia, neste contexto, inseriu-se tardiamente (Marsiglia, 1995). Embora seja realizada há algum tempo, essa articulação vem sendo alvo de reflexão em diferentes países (Feuerwerker e Almeida, 2002).

Uma das atribuições do SUS é a formação de recursos humanos para a saúde, e, para tanto, foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para os cursos da saúde, numa parceria entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde. Além disso, como forma de incentivo, o governo federal vem desenvolvendo importantes estratégias para qualificar a formação no campo da saúde, tais como: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (Brasil, 2002; Brasil, 2005; Brasil, 2009; Morita, 2010).

Considerando a importância da integração ensino-serviço em saúde no processo de formação profissional acadêmica, de educação permanente dos profissionais da saúde e o processo de consolidação de todos os eixos envolvidos nesta articulação, é necessário conhecer e analisar seus antecedentes, estratégias e iniciativas, o que permitirá a reflexão sobre a necessidade de sua qualificação e expansão. Nesta perspectiva, o escopo deste artigo trata da análise da integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para fundamentar a análise e o contexto geral dos aspectos da integração ensino-serviço no Brasil, foi realizada uma revisão de literatura a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e LILACS, utilizando as seguintes palavras-chaves: Integração ensino/serviço; Estágio curricular; Odontologia; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; PET-Saúde; Atenção primária à saúde; Práticas profissionais, entre os anos de 1970-2014. Também foi realizada uma pesquisa documental, contemplando as legislações referentes à integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil.

Formação profissional em Odontologia

A formação na área da saúde no Brasil, por muito tempo, foi influenciada pelo modelo flexneriano, publicado em 1910 nos Estados Unidos, que versava sobre escolas médicas com base na qualidade técnica, dando ênfase à formação de uma elite profissional. Esse modelo transformava problemas de origem social, que exigiam soluções políticas, em problemas de ciência, cujas soluções eram eminentemente técnicas. O ensino odontológico brasileiro assumiu características desse modelo, caracterizado pela separação entre a docência, a prestação de serviços e a pesquisa; estruturação de disciplinas por especialidades odontológicas, centrado na difusão de tecnologia sofisticada; ensino exclusivo nos serviços das escolas, desconhecendo os serviços públicos externos; relação professor-aluno autoritária e paternalista; e ênfase na pesquisa biológica (Pelissari e col., 2004).

Esse modelo de formação influenciou os modos de assistência à saúde bucal, considerados excludentes e incapazes de atender às reais necessidades da população brasileira (Saliba e col., 2009). Entre as décadas de 1920 e 1940, o sistema vigente era o de livre demanda, no qual os serviços odontológicos eram ofertados pelo Estado em centros urbanos, com prática pouco resolutiva. Nos anos 1950, foi implantado, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), o sistema incremental, cujos serviços eram curativos e ofertados somente aos escolares de 6 a 14 anos de idade. Nesta mesma época, surgiram, também, outras propostas como a Odontologia Sanitária Social, a Simplificada e a Integral, com ações que se restringiam à fluoretação das águas de abastecimento público. Na década de 1970, a Odontologia simplificada ganhou notoriedade por ter menor custo e maior cobertura. Já no final da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção surgiu em decorrência das críticas ao sistema incremental. Esse modelo contrariou as ações curativas e buscou estabilizar o meio bucal pela eficácia dos meios preventivos (Nickel e col., 2008). Desta forma, ficou clara a falha do modelo flexneriano em atender às necessidades da população e em atuar sobre os determinantes sociais, apesar dos evidentes avanços técnicos.

Os péssimos indicadores de saúde no Brasil, no final da década de 1970, estimularam o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que buscou sintonizar a política nacional de saúde às discussões internacionais da época, sobre as condições de saúde e as formas de organização do cuidado. Os conceitos trazidos pela Conferência de Alma Ata (Organização Mundial da Saúde,

1978) e pela Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986), contribuíram para a definição constitucional de que a saúde é resultante das condições de vida e que é parte das tarefas do Estado identificar e minimizar os riscos por meio de ações de saúde pública.

A partir daí foi criado o SUS, em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 1990, que detalhou o funcionamento do sistema e trouxe elementos que avançaram no debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho. Dessa forma, o SUS também passou a ser considerado ordenador da formação profissional (Brasil, 1990).

Visando reorganizar a Atenção Básica no Brasil, foi proposto, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que buscava a inversão do modelo assistencial que, até então, era biomédico e restrito à clientela reduzida, para uma abordagem com ênfase na atenção primária e partindo do núcleo familiar, portanto do coletivo. Apesar da Odontologia não ter sido inserida na lista de profissões que prioritariamente contribuiriam com a mudança no modelo, a partir de 1995 importantes mudanças foram realizadas nos currículos de graduação em Odontologia com a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96 (Brasil, 1996).

A referida lei trouxe modificações significativas para a educação brasileira, envolvendo a reforma universitária em curso e nela o estabelecimento de novas condições concernentes à organização institucional, à autonomia acadêmica, ao compromisso social do ensino, à flexibilidade curricular e à avaliação das condições dos cursos de graduação (Brasil, 1996). Outra importante alternativa de inovação no ensino, orientada pela LDB, foi a substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (Parecer do CNE/CES nº 776 de 31/12/1997) para a organização dos cursos de graduação de profissões da área de saúde (Costa e col., 2009).

Somente em 2001 a Odontologia foi inserida na lógica do PSF, num contexto de dívida assistencial expressiva. No entanto, a implantação da equipe de saúde bucal (ESB), como projeto de reorientação e organização dos serviços e das práticas odontológicas, evidenciou o descompasso entre o ensino da Odontologia e a necessidade de saúde bucal da população brasileira. Foi constatado que o perfil de formação das faculdades odontológicas ainda não estava suficientemente adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como um produto social e,

tampouco, para o cuidado integral e equânime, princípios fundamentais do SUS (Morita, Kriger, 2006; Saliba e col., 2009).

Com o objetivo de modificar essa realidade, foram implantadas as novas DCNs para os cursos de graduação em Odontologia, aprovadas em 2002, através da Resolução CNE/CES nº 03 de 19/02/2002. Propôs que os currículos construíssem um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais (Brasil, 2002). Isso foi pensado a partir de um processo histórico e não uma decisão autoritária do governo, levando em consideração também os interesses e necessidades sociais da população brasileira e do profissional (Carvalho, 2006; Senna, Lima, 2009).

Atualmente, a prática educativa humanizada na área da saúde coloca os estudantes como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada: à realidade social e epidemiológica; às políticas sociais e de saúde; e oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora. Assim, as importantes mudanças curriculares após a implantação das DCNs vêm ao encontro dessa prática ética, política e social da Odontologia (Pelissari e col., 2004).

Para atender às DCNs, as instituições de ensino superior da área da saúde têm desenvolvido atividades extramurais como parte integrante de seus projetos pedagógicos. Diversos estudos têm mostrado a efetividade dessas atividades, trazendo grandes perspectivas de inovação e concretização no que se refere à integração ensino-serviço (Moimaz e col., 2004; Werneck, 2008; Pinheiros e col., 2009).

Moimaz e colaboradores (2004) avaliaram o Serviço Extramuros Odontológico (SEMO) e suas atividades sob a ótica de 76 egressos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Dos entrevistados, 63,6% listaram deficiências na infraestrutura. Entretanto, foi unânime a avaliação da participação no SEMO como satisfatória, contribuindo na capacitação para atuação eficiente e resolutiva no SUS.

Werneck (2008) relatou sobre a experiência do Estágio Supervisionado em Odontologia/Internato em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFG), ofertado desde o ano 2000. A adoção de diários de campo pelos alunos proporcionou um acompanhamento reflexivo do primeiro ao último dia do seu estágio, e a

análise do instrumento evidenciou a valorização, por parte dos alunos, do novo processo participativo de ensinar e aprender. Destacou que esse estágio representou muito mais que uma parceria, conferindo um formato pedagógico diferente do oferecido na faculdade, através da problematização e vivências mais próximas da realidade, favorecendo uma formação profissional mais consciente e com melhor preparo para esses enfrentamentos.

Pinheiro e colaboradores (2009), através de uma revisão da literatura sobre a produção acadêmica sobre a formação profissional em Odontologia entre os anos de 1992 a 2005 no Brasil, revelaram que a maioria dos estudos originou-se das regiões Sul e Sudeste do país, onde sabidamente concentra-se o maior número de faculdade de Odontologia. Discutiram, também, que a formação é predominantemente elitista, com pouca preocupação com as questões sociais e a promoção da saúde. Mostraram, então, a necessidade de alterações na formação do cirurgião-dentista, através das mudanças curriculares e com o ensino voltado para as necessidades sociais. Concluíram que a integração ensino-serviço é importante para o aluno, pois dentro do seu contexto social, ajuda-o a compreender o seu papel enquanto profissional de saúde.

A integração ensino-serviço em Odontologia

Marcos histórico nortearam as discussões referentes à integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. Entre as décadas de 1950 e 1960, as faculdades da área de saúde no Brasil começaram a criar serviços em que a função assistencial era menos importante do que o suporte que eles ofereceriam às atividades de ensino. Durante a década de 1960, começou-se a questionar sobre a organização e os princípios sobre os quais ela estava assentada. Dentre esses princípios, pode-se citar a cátedra, o isolamento das faculdades, a multiplicidade das disciplinas, a hierarquização rígida, as formas de relação com a sociedade, e o papel social que desempenhava, dentre outros. No ano de 1968, houve uma reforma universitária, extinguindo a cátedra e criando departamentos e institutos. Já na década de 1970, no intuito de prestar serviços à comunidade, junto com o ensino e a pesquisa, surgiram os serviços de extensão da universidade. A partir dessa década, muitas mudanças políticas, institucionais e legais ocorreram nos cenários da educação e da saúde (Marsiglia, 1995; Brehmer, Ramos, 2014).

Entre os anos de 1985 e 1997, um dos projetos importantes promovidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, foi o Projeto

Integração Docente-Assistencial (IDA) (Ellery e col., 2013). Esse foi um projeto para a formação de todas as categorias profissionais da área da saúde, mediante um novo processo de ensino-aprendizagem, com vivências práticas na realidade concreta para o atendimento das necessidades da população, integração interinstitucional e mudanças no currículo das faculdades (Marsiglia, 1995). Em 1996, foi criado o Projeto “Uma Nova Iniciativa” (UNI) para a formação profissional em saúde, o qual incorporou as dimensões da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da participação popular. Mais tarde, juntos, esses projetos constituíram a Rede UNI IDA, ampliando a relação com o sistema de saúde (Ellery e col., 2013).

Em 2002, com a reestruturação das DCNs em Odontologia, vislumbrou-se que a integração ensino-serviço seria uma alternativa para a formação de um profissional com um perfil mais adequado ao SUS (Brasil, 2002). Possibilitaria o conhecimento das estruturas organizacional, administrativa, gerencial e funcional dos serviços públicos de saúde; a participação no atendimento à população; a compreensão das políticas de saúde bucal e do seu papel social; a participação dos alunos na dinâmica cultural, política e democrática da comunidade, e a identificação das necessidades sociais, potencializando a criatividade e a autonomia nas propostas de soluções (Saliba e col., 2009; Melo e col., 2009).

Nesse contexto, surgiu a definição de estágio supervisionado para a Odontologia pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), que vai ao encontro das DCNs: “[...] o estágio supervisionado é o instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área [...]. O aluno pode cumpri-lo em atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados [...]” (ABENO, 2003 apud Carvalho, 2006, p. 10).

Para ampliar a experiência de estágio e vivência na área da saúde de forma interdisciplinar, foram criadas iniciativas políticas como a Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), em 2002, e o Programa de Interiorização do Trabalho (PIT’s), que fazem parte de uma estratégia do Ministério da Saúde junto com o Movimento Estudantil da área da saúde, para aproximar os estudantes universitários dos desafios inerentes à consolidação do SUS, agregando diferentes cursos, incluindo a Odontologia (Oliveira, 2008; Mendes e col., 2012).

Para fomentar a integração entre ensino e serviços de saúde, no ano de 2003, o Ministério da Saúde procurou articular educação e regulação da força de trabalho nos serviços de saúde. O diálogo entre o MEC e outros órgãos, possibilitou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Essa secretaria passou a responder pela gestão federal da formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde no SUS (Brasil, 2012).

Em 2005, a SGTES, em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do MEC e apoio da OPAS, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 (Brasil, 2005). Teve como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, através de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Contemplou, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF): Enfermagem, Medicina e Odontologia. O programa foi ampliado através da portaria Interministerial MS/MEC nº 3019, de 27 de novembro de 2007, na qual os 14 cursos de graduação da área da saúde foram contemplados (Brasil, 2007).

Nesse sentido, também foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET) (Brasil, 2008). A Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010, estabeleceu orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa. O programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho, oportunizando aos acadêmicos dos cursos de graduação em saúde, inclusive da Odontologia, a vivência do trabalho multidisciplinar nos serviços do SUS (Brasil, 2010a).

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, tendo como uma de suas estratégias ampliar o Pró-Saúde e o PET-Saúde para todas as instituições de ensino superior, visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população (Brasil, 2010b).

Algumas experiências exitosas dessas políticas têm sido relatadas na literatura (Batista e col., 2010; Oliveira-Sobrinho e col., 2011; Gonçalves e col., 2011; Rodrigues e col., 2012; Stanga e col., 2013). Por exemplo, a Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP (FOP-UNICAMP) com auxílio do Pró-Saúde, no ano de 2008, possibilitou a inserção do aluno de graduação no contexto da ESF, através de um estágio extramuro nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Piracicaba-SP. Depois de passarem dois anos no serviço, os alunos confirmaram ter compreendido o funcionamento do SUS e a comunidade se beneficiou com os projetos implementados pela FOP-UNICAMP em parceria com a USF. A experiência de integração de graduandos, pós-graduandos, docentes e serviço foi positiva e enriquecedora para todas as partes envolvidas (Batista e col., 2010).

Stanga e colaboradores (2013) relataram a experiência do projeto de Vivências Interdisciplinares e Multidisciplinares (VIM) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), um esforço dos cursos de Ciências da Saúde da universidade em parceria com a Secretaria da Saúde de Chapecó-SC, que teve suas atividades aprovadas no Pró-Saúde. De acordo com a vivência realizada, destacou-se o relato das expectativas dos estudantes: o interesse pela ampliação do conhecimento a respeito da realidade do SUS, o qual foi citado como principal área/espço de atuação dos estudantes enquanto futuros profissionais e pela possibilidade de representar uma realidade diferente da que os estudantes vivenciam; a possibilidade de associação entre a teoria e a prática; o estímulo à participação; a oportunidade de interagir com outras áreas do conhecimento, com os profissionais da rede de atenção e com a comunidade. Considerando os diversos atores, grupo multiprofissional de acadêmicos, profissionais da saúde, gestão intersetorial e comunidade, foi possível o compartilhamento dos saberes através do reconhecimento da realidade, e no incentivo da escuta das formas de enfrentamento das possíveis situações do cotidiano. Dessa forma, através do processo de socialização, as práticas ganham sentido e significado quando estão integradas ao conhecimento.

Oliveira-Sobrinho e colaboradores (2011) descreveram a experiência da equipe de trabalho do PET-Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Minas Gerais. As atividades foram desenvolvidas pelos acadêmicos e preceptores dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Odontologia. Dentre as ações destacaram-se: realização interdisciplinar de grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e

atendimento clínico. A maior dificuldade apresentada foi à falta de um projeto político-pedagógico consistente que favorecesse a atuação multiprofissional.

Rodrigues e colaboradores (2012) relataram a experiência de um grupo PET-Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, implantado em 2009, com participação dos cursos de Ciências Farmacêuticas, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Odontologia. A experiência exigiu a articulação da instituição de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais e da comunidade. Os resultados apontaram um processo de intenso aprendizado no que se referia à realização de ações interdisciplinares no âmbito da atenção básica, com o objetivo de contemplar o ténue equilíbrio entre as demandas de saúde da população e as possibilidades do atendimento.

Em 2011, Gonçalves e colaboradores descreveram a experiência do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) no Programa PET-Saúde, implantado em 2010. Através do processo de reorientação do ensino, foi observado que os acadêmicos que vivenciaram atividades extramuros estão mais bem preparados para atuar na comunidade, sobretudo em serviços de saúde, por terem tido a oportunidade do convívio em diferentes realidades econômicas e culturais da população. Além disso, o espírito de equipe e a capacidade de troca de experiências entre os acadêmicos e os profissionais do serviço proporcionavam uma atenção integral e mais humanizada do paciente.

DISCUSSÃO

A integração ensino-serviço de saúde, especialmente em Odontologia, tem sido buscada e aprimorada há várias décadas, visando à qualificação da formação profissional de acordo com as necessidades comunitárias. Até a década de 1990, as mudanças ocorreram lentamente e só tiveram maior destaque a partir das DCNs de 2002 e da reestruturação dos projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia. Ainda no sentido de fomentar a integração ensino-serviço, foram desenvolvidos programas em conjunto pelo Ministério da Saúde e pelo MEC, primeiramente através do Pró-Saúde, e seguido do PET-Saúde. Essas estratégias têm sido fortalecidas por diversos editais, tais como o incentivo para o PET-Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção em 2010, o edital conjunto Pró-Saúde e PET-Saúde em 2011, e o PET-Redes de Atenção, em 2013, contemplando propostas de políticas e prioridades do Ministério da Saúde.

As referidas estratégias já vêm apresentando avanços consideráveis para o campo da Odontologia, tais como: articulação entre o sistema de ensino e os serviços de saúde; melhoria da qualidade da atenção à saúde e da formação profissional; qualificação dos trabalhadores no serviço; melhoria da gestão; e contribuição para o fortalecimento e consolidação das políticas públicas de saúde (Marsiglia, 1995; Moimaz e col., 2004; Werneck, 2008; Pinheiros e col., 2009; Batista e col., 2010; Moimaz e col., 2010; Oliveira-Sobrinho e col., 2011; Gonçalves e col., 2011; Rodrigues e col., 2012; Stanga e col., 2013).

Desta forma, a utilização da rede de serviços públicos como espaço de ensino-aprendizagem é imprescindível para a formação profissional, sendo necessário assumir que para aprender saúde é preciso participar dos espaços onde se faz saúde (Morita e Kriger, 2004). Werneck et al. (2010) discute que as disciplinas de clínica integrada no final do curso, visando à realização de todos os procedimentos aprendidos, são fundamentais para a formação de um cirurgião-dentista generalista, mas limita o conhecimento da realidade social. Assim, deve-se estabelecer uma melhor definição do que se considera estágio supervisionado, para que não se torne a mudança de cenário, sem haver uma real mudança das práticas e inserção dos alunos no contexto social da comunidade assistida.

Nesta perspectiva, os estudos apontam dificuldades e limitações para a consolidação da articulação ensino-serviço, dentre elas: formação acadêmica da maioria dos docentes e profissionais em atuação no serviço com ênfase no biologicismo; baixa adesão de docentes para a função de tutoria acadêmica; falta de valorização pelos gestores dos serviços de saúde do papel dos preceptores na formação; desigualdade na distribuição dos alunos nos serviços de saúde das diversas regiões brasileiras, devido a uma concentração dos cursos de Odontologia na Região Sudeste; e dificuldade para avaliar os benefícios para o ensino e para os serviços de saúde (Carvalho e col., 2010; Werneck, Lucas, 1996; Moysés, 2003; Silveira, 2004; Fernandes-Neto e col., 2006).

Como discutido, tem havido incentivos para a formação profissional odontológica direcionada ao sistema de saúde vigente no Brasil. Entretanto, esses incentivos ainda não foram capazes de produzir as transformações para mudar o paradigma flexneriano, observado, por exemplo, na intencionalidade da maioria dos acadêmicos em atuar no setor privado. Esse fato pode estar relacionado ao perfil profissional reforçado pela maioria dos professores, cujo ensino

apresenta excelente qualidade científica, pautado, tradicionalmente, por privilegiar aspectos técnicos da profissão. Observa-se, ainda, que, muitas vezes, os estudantes chegam ao serviço com a expectativa de melhorar suas habilidades clínicas.

Por outro lado, o serviço e a universidade gostariam de trabalhar com o estudante em uma visão mais abrangente, possibilitando o conhecimento de todo o funcionamento da rede de serviços de saúde, integrando o estudante não apenas ao contexto da saúde bucal, mas a toda área de saúde. Isso se faz necessário, uma vez que esse estudante poderá ser o profissional a atuar futuramente na rede pública. E essa escolha pela atuação no setor público, muitas vezes, só ocorre a partir da sua inserção no mercado de trabalho, que evidencia o SUS como o maior empregador para a área da Odontologia no Brasil.

Como possíveis soluções para minimizar o descompasso ainda existente na formação profissional e a necessidade real de saúde da população, sugere-se uma maior conscientização e compreensão sobre a importância dessa integração por parte do serviço, por meio de capacitações para o processo de preceptoria. Há a necessidade de se reduzir a resistência dos profissionais e gestores envolvidos, muitas vezes justificada pela falta de infraestrutura, ambientes inapropriados, falta de tempo, prejuízo no serviço pelas mudanças no processo de trabalho e identificação de suas fragilidades pelos alunos. Também deve haver uma melhor apropriação da temática pelos usuários, foco de todos esses esforços. Além disso, é preciso garantir incentivos e valorização dos profissionais envolvidos através de políticas públicas mais consistentes e sistemáticas que articulem a integração ensino-serviço em um olhar ampliado da saúde, e possibilitar meios de avaliação dos seus ganhos e benefícios.

Nesta perspectiva a formação docente deve ser repensada, uma vez que há a necessidade da formação de professores críticos e reflexivos, sintonizados não só na técnica, mas também na didática e na política em que a Odontologia está inserida (Carvalho e col., 2010). Para Henriques (2005), mais espaços precisam ser criados para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente usuários.

É oportuno destacar que o cenário de atuação dos estudantes não pode limitar-se às unidades de saúde, que possuem ação restrita à demanda da população, uma vez que o estudante necessita ter uma visão ampla da realidade local. Sendo assim, outros cenários são importantes no processo ensino-aprendizagem, tais como: espaços comunitários, escolas, domicílios e conselhos

de saúde (Morita, 2004). Mas Fernandes-Neto e colaboradores (2006) ressaltam que, na prática, observa-se uma dificuldade para a efetiva utilização desses espaços como cenários de aprendizagem.

A integração ensino-serviço configura-se como um caminho sem volta, pois além de necessária à formação profissional acadêmica em Odontologia, mudando o foco do modelo biomédico, se efetiva hoje como uma articulação que contribui e fortalece os cenários das práticas de saúde, modificando os processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços foram alcançados com processo de articulação entre o ensino-serviço em Odontologia no Brasil no que diz respeito à melhor preparação dos acadêmicos para o serviço no SUS, principalmente a partir das mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia preconizadas pelas DCNs de 2002 e da política de incentivos a essa integração. Entretanto, considera-se que ela ainda é frágil e, portanto, há muito que se construir para se obter uma política consolidada, aperfeiçoando as preceptorias, o processo de formação e valorização profissional, além de melhor estruturação dos serviços de saúde. O desafio é transpor os obstáculos para qualificar o ensino no contexto das necessidades de saúde da população, fortalecendo o SUS em todos os níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.16, n.1, p.228-37, jan./mar. 2014.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p.187-198, abr./jun. 2013.

BATISTA, M. J.; GIBILINI, C.; KOBAYASHI, H. M.; FERREIRA, L. L.; GONÇALO, C. S.; SOUSA, M. L. R. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arquivos em Odontologia.*, Belo Horizonte, v. 46, n. 3, p. 144-151, jul./set. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 de dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3, de 19/02/2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Portaria interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 out 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 jan. 2008; Seção 1. p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 mar. 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 88p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CARVALHO A. C. P. O Ensino de Odontologia no Brasil. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. (Org.). *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CARVALHO, R. B.; COSTA, T. B. C.; GOMES, M. J.; SANTOS, K. T.; GUERRA, S. M. G. Formação docente em odontologia no Brasil: sugestões de mudanças após as diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 12, n. 4, p. 39-44, out./dez. 2010.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 300-304, mar./abr. 2009.

FERNANDES NETO, A. J.; CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L.; MORITA, M. C.; TOLEDO, O. A. A trajetória dos cursos de odontologia no Brasil. In: HADDAD, A. E. (Org.) *A trajetória dos cursos de graduação na Saúde: 1991-2004*. Brasília: INEP/MEC, p. 381-409, 2006.

FEUERWERKER, L. C.; ALMEIDA, M.J. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/NEPP, 2002. p. 161-186.

GONÇALVES, C. M.; SANTOS, K. T.; CARVALHO, R. B. O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em Odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 27-33, jan./jun. 2011.

MARSIGLIA, R.G. *Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 135 p.

MELO, T. A. F.; KUNERT, G. G.; LIMONGI, O.; MATOS, A. P.; GARDELIN, V. A. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): uma avaliação qualitativa na perspectiva dos alunos participantes. *Stomatos: Revista do curso de Odontologia*, Canoas, v. 15, n. 29, p. 32-37, jul./dez. 2009.

MENDES, F. M. S. M.; FONSECA, K. A. F.; BRASIL, J. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. VER-SUS: Relato de Vivências na Formação de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 174-187, 2012.

MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N. A.; GARBIN C. A. S.; ZINA, L. G.; FURTADO, J. F.; AMORIM, J. A. Serviço extramuro odontológico: impacto na formação do profissional. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 53-57, jan/abr. 2004.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S.; ZINA, L. G. Atividades extramuros na ótica de egressos do curso de graduação em odontologia. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2008.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-21, jan./jun. 2004.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de odontologia. In: CARVALHO, A. C. P. de; KRIGER, L. (Org.). *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 129-139.

MORITA, M. C. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010. 96 p.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 30-37, jan./jun. 2003.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.

OLIVEIRA-SOBRINHO, T. A.; MEDEIROS, C. P. P.; MAIA, M. R.; REIS, T. C.; MIRANDA, L. P. P.; COSTA, P.F. Integração acadêmica e multiprofissional no PET-Saúde: Experiências e desafios. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 11, n. 1, p.39-42. jan./jun., 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata: WHO, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

PELLISSARI, L. D.; BASTING R. T.; FLÓRIO F. M. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 32-39, jan./jun. 2004.

PINHEIRO, F. M. C.; NÓBREGA-TERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M. E. L.; ALMEIDA, M. I. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 99-106, jan./mar., 2009.

RODRIGUES, A. A. A. O.; JULIANO, I. A.; MELO, M. L. C.; BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 184-192, 2012.

SALIBA, N. A.; SALIBA, O.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; ARCIERI, R. M.; LOLLI, L. F.. Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual paulista Júlio de Mesquita Filho. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 459-465, out/dez, 2009.

SENNA, M. I. B.; LIMA, M. L. R. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em odontologia: uma análise dos artigos publicados na revista da ABENO, 2002-2006. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v. 45, n. 1, p. 30-36, jan./mar. 2009.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio/ago., 2004.

STANGA, A.C.; FERRÃO, A. C.; KLEBA, M. E. O VIM como experiência de interdisciplinaridade no processo de formação em saúde. 2013. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO, NA PESQUISA E NA EXTENSÃO – REGIÃO SUL (SIIPE – SUL), 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: EGC/UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.siepe.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/10/E-Stanga.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

WERNECK, M. A. F. Internato em saúde coletiva: a disciplina do estágio supervisionado em odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (Org.). *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

WERNECK, M. A. F.; LUCAS S. D. Estágio supervisionado em odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arquivos do Centro de Estudos da Faculdade de Odontologia de Belo Horizonte*, Belo Horizonte, v. 32, n. 2, p. 95-108, 1996.

WERNECK, M. A. F.; SENNA, M. I. B.; DRUMOND, M. M.; LUCAS, S. D. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-31, 2010.

4. ARTIGO 2²

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO PÚBLICO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM ODONTOLOGIA

*PERCEPTION OF PROFESSIONAL PUBLIC SERVICE ABOUT TEACHING-SERVICE
INTEGRATION IN DENTISTRY*

*PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DEL SERVICIO PÚBLICO ACERCA DE LA
INTEGRACIÓN SERVICIO-APRENDIZAJE EN ODONTOLOGÍA*

RESUMO

Para análise da percepção sobre a integração ensino-serviço dos cirurgiões-dentistas preceptores e gestores, foi realizado um estudo qualitativo utilizando um roteiro-guia para gestores e outro para preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (PET-Saúde) (2010-2012) e do Estágio Extramuro em Promoção de Saúde II (2012) do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. A Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin possibilitou organizar quatro categorias: ensino-aprendizagem, contribuições para o serviço, relação interpessoal e formação profissional. A percepção da integração ensino-serviço é satisfatória para os profissionais, que destacaram a troca de experiências como aspecto relevante. Foi relatado que além da melhoria na formação acadêmica, há boa aceitabilidade dos usuários e benefício para o serviço. Entretanto, existem limitações, como infraestrutura e sobrecarga do preceptor, e existindo ainda desafios a serem superados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Serviços de Integração Docente-Assistencial; Odontologia.

² Este artigo está redigido de acordo com as normas da Revista Interface Comunicação Saúde Educação.

ABSTRACT

To analyze the perceptions of managers and preceptors dentists about the teaching-service integration, was conducted a qualitative study using a guide script for managers and another for preceptors of Work Health Education Program (2010-2012) and of Extramuro Internship in Health Promotion II (2012) in the course of Dentistry of the Federal University of Espírito Santo. The Thematic Content Analysis proposed by Bardin revealed four categories: teaching and learning, contributions to the service, interpersonal relation and professional formation. The perception of teaching-service integration is satisfactory for professionals, who highlighted the exchange of experiences as relevant aspect. It was reported that apart from improving to academic formation, there is good acceptability from users and benefit for the service. However, there are limitations, such as infrastructure and overhead of preceptor, and there yet challenges to be overcome.

Keywords Unified Health System; Public Health; Teaching Care Integration Services; Dentistry.

RESUMEN

Para analizar las percepciones de los dentistas preceptores y directivos sobre la integración docente-asistencial, se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando una guía de escritura para los directivos y otro para preceptores del Programa de Educación en el Trabajo Salud (Salud-PET) (2010-2012) y Etapa Extramuro en Promoción de la Salud II (2010) de Odontología de la Universidad Federal del Espírito Santo. El análisis

de contenido temático propuesto por Bardin reveló cuatro categorías: la enseñanza y el aprendizaje, las contribuciones al servicio, relaciones interpersonales y la formación profesional. La percepción de la integración enseñanza-servicio es satisfactorio para los profesionales, que destacaron el intercambio de experiencias como aspecto pertinente. Se informó de que, además de mejorar la formación académica, hay una buena aceptación de los usuarios y beneficio para el servicio. Sin embargo, hay limitaciones, como la infraestructura y preceptor de arriba, y hay todavía desafíos a ser superados.

Palabras-clave: Sistema Único de Salud; Salud Pública; Servicios de Integración Docente Asistencial; Odontología.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), do ponto de vista ético-legal, deve satisfazer as diferentes necessidades das populações e reconhecer a formação profissional como fator relevante, como destacado na Constituição de 1988¹. Legitimado por organizações competentes, como a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGRH) e respaldado pela Lei nº 8.080/1990, é de competência do SUS a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino e também a elaboração de programas de aperfeiçoamento permanente de pessoal².

Nesse contexto, a ampliação da cobertura dos serviços públicos odontológicos, a partir da criação do SUS, evidenciou a necessidade da formação de profissionais com perfil adequado para atuar com qualidade e sensibilidade. Pois havia um descompasso, inerente a: formação predominantemente centrada nos ambulatórios universitários; dissociação entre a formação odontológica e os princípios e diretrizes do SUS;

desarticulação entre a formação clínica e as necessidades reais da população; enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos e, principalmente, a não inserção dos acadêmicos dos cursos de Odontologia em cenários reais de práticas dos serviços de saúde, ou seja, a não integração do ensino com o serviço por meio de estágios extramuros³.

A partir de 1995, a mudança nos currículos de graduação em Odontologia tornou-se uma questão importante, sendo confirmada inicialmente pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394/96, que delegou mudanças no currículo, destituindo o currículo mínimo⁴, e depois, pela implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Odontologia, aprovadas em 2002⁵.

As DCNs estimularam nos cursos de Odontologia, a criação de currículos que pudessem contribuir na formação de um novo perfil acadêmico e profissional, tornando os Cirurgiões-Dentistas capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS⁵. De acordo com o Senna e Lima⁶, isso foi pensado a partir de um processo histórico e não uma decisão autoritária do governo, levando em conta os interesses e necessidades sociais da população brasileira.

Uma estratégia nessa perspectiva foi à implantação dos estágios extramuros, pois possibilita ao estudante o conhecimento das estruturas organizacionais, administrativas, gerenciais e funcionais dos serviços públicos de saúde, além da participação no atendimento à população, compreensão das políticas de saúde bucal e do seu papel social^{7,8}. Outra estratégia importante foi à criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), tratando-se de incentivo do governo federal para qualificação na formação profissional no campo da saúde⁹.

A visão acadêmica sobre a influência da integração ensino/serviço na formação profissional está bem relatada na literatura^{10,11}. Entretanto, raramente, as pesquisas

abordam a visão do serviço. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas preceptores e dos gestores sobre a integração ensino-serviço em Odontologia na rede municipal de Vitória-ES.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo. Para tanto, foram entrevistados todos os sete cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde de Vitória-ES que atuaram como preceptores do Estágio Extramuro de Promoção de Saúde II do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) (2012) e que também atuaram no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (2010-2012). Também participaram deste estudo dois diretores das Unidades de Saúde, além de um gestor da Escola Técnica do SUS e um da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi realizada uma entrevista utilizando-se dois roteiros-guias: um aplicado aos cirurgiões-dentistas preceptores e outro aos gestores. As questões versaram sobre a organização do estágio, as dificuldades e facilidades encontradas, a relação entre aluno e preceptor e a contribuição do estágio para o processo de trabalho, entre outros aspectos. O roteiro-guia foi previamente testado.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As informações foram analisadas segundo os pressupostos da técnica categorial temática, seguindo metodologia proposta por Bardin¹², perpassando por três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação junto ao referencial teórico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Ufes (325.390) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A análise temática de conteúdo possibilitou a identificação de quatro categorias: processo de ensino-aprendizagem; contribuições para o serviço e para o usuário; relações interpessoais; e formação profissional. As falas foram codificadas, sendo referente às falas dos cirurgiões-dentistas preceptores (P) e gestores (G).

PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

A integração ensino-serviço faz parte de um processo de reflexão de práticas curriculares, planos e conteúdos de ensino. A parceria entre os serviços públicos de saúde e a Universidade foi motivada pelas DCNs e por programas como o Pró-Saúde e o PET-Saúde^{5,13}, no qual o profissional preceptor ocupa papel de destaque, pois oferece ao acadêmico ambientes que o permitem construir e reconstruir conhecimentos¹⁴.

Os preceptores entrevistados relataram se sentir receosos, embora capazes de serem inseridos no processo de preceptoria nos serviços de saúde. No entanto, esse fato foi questionado pela gestão, que considerou os preceptores não preparados didaticamente e que havia maior interesse em atuar nos estágios que ofereciam remuneração. As seguintes falas destacam essas questões:

A gente (...) tá sempre aprendendo (...), vai no momento achar que vai ser difícil [a preceptoria] e é mais fácil (P5).

[O] profissional [preceptor] (...) não foi preparado para a condução didática desse processo (P4).

A gente não tem retorno nenhum por ter esses alunos do curricular. (...) Por que o PET tem a bolsa, não é grande coisa, mas a gente trabalha por dinheiro mesmo, ninguém trabalha aqui por hobbie (...) (P3).

O sentimento de receio quanto à preceptoria e a consideração da gestão sobre o despreparo didático podem ser reflexos da falta de capacitação dos profissionais do serviço para assumirem o papel de preceptoria no processo ensino-aprendizagem, uma vez que apenas um profissional participou da referida formação em nível de pós-graduação em preceptoria. O preceptor aparece na formação em saúde como um profissional experiente, que domina além da prática clínica, os aspectos educacionais relacionados a ela, conseguindo fazer da sua própria prática um ambiente e um momento propícios para a formação. Sendo assim, deve ser entendido como um docente-clínico, devendo estar preparado e capacitado para o processo de ensino-aprendizagem¹⁴.

Um ponto relevante ressaltado por este estudo foi a sobrecarga sentida pelos preceptores, que relataram uma sobrecarga no agendamento, limitando o tempo de dedicação ao aluno, conforme exemplificado:

Acho que eles poderiam ter mais ganho se (...) não tivesse uma agenda tão comprimida (...). A dificuldade (...) é (...) cumprir essa agenda diante do aluno (...) e oferecer conhecimentos (P2).

Esse fato pode ser explicado pela carga-horária de 40 horas semanais cumpridas pelos preceptores, o que causa sentimento de exaustão durante sua atuação profissional em conjunto com o processo de preceptoria. Corroborando os achados desta pesquisa, um estudo realizado com gestores e preceptores do serviço, e

gestores, tutores e estudantes de uma universidade no Sul do país, revelou que a elevada carga horária semanal do profissional limita o seu tempo de dedicação ao estudo e às atividades extras¹⁵. Diferentemente desses achados, Lemos e Fonseca¹⁶ encontraram, em sua pesquisa, que a grande maioria dos preceptores, apesar das dificuldades com carga horária e agendamento, conseguiu trabalhar a preceptoria, sem sobrecarregar a estrutura do serviço. Entretanto, os autores afirmaram que o desempenho melhoraria se houvesse maior tempo para dedicação à preceptoria. Outro aspecto importante é a ausência de formação para preceptoria. O estudo de Jesus e Ribeiro¹⁷ sobre a percepção de preceptores após a realização de um curso de formação pedagógica mostrou que o curso foi capaz de proporcionar conhecimento, ampliação da autoestima, valorização da prática pedagógica e reconhecimento do papel do preceptor.

Nesta pesquisa, verificou-se que o processo de ensino-aprendizagem iniciou-se com a adaptação dos alunos e com avaliação inicial pelos preceptores dos conhecimentos prévios, para verificação da capacidade e habilidades para realização das atividades educativas e/ou clínicas. Normalmente, começava através do acompanhamento das rotinas de outros setores da unidade de saúde, reuniões de equipe, visitas domiciliares, participação em atividades coletivas e em outros espaços sociais (escolas, creches, asilos, etc.).

Esses achados estão de acordo com o estudo de Bulgarelli et al.¹⁸ com alunos do nono e décimo período do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Morita e Kriger¹⁹ relatam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um cenário importante e amplo para a prática de ensino, e deve incluir experiência coletiva, interdisciplinar, humanizada, utilizando outros espaços comunitários, além das unidades de saúde.

Quanto à avaliação dos alunos do estágio curricular e do PET-Saúde, de forma geral, os preceptores acreditavam que a forma utilizada apresentava subsídios adequados para atingir os critérios mínimos necessários. Entretanto, foi abordado por alguns preceptores e gestores que essa avaliação deveria ser realizada ao longo do estágio, dando ao aluno e ao preceptor a oportunidade de reverem e superarem aspectos não alcançados durante o processo em curso. Para a gestão, houve consenso sobre o processo de monitoramento ser insipiente e frágil, pois não apresenta métodos adequados de avaliação. Ainda houve uma divergência sobre o papel do gestor no processo de monitoramento.

A avaliação, (...) tem um check list, (...) que (...) você tem que observar desde a pontualidade, até a apresentação do aluno (...), as competências emocionais, que hoje está sendo bem pedido no currículo, (...) relacionamento interpessoal, (...) trabalho em equipe, iniciativa, essas atitudes, (...) O ideal é que [a avaliação] seja no início (...), não adianta fazer uma avaliação final e não ter como melhorar (P5).

A gente tinha que ver o que o aluno está fazendo lá na unidade, (...) criar uma planilha pra ver o que ele tem feito (...), quais são os ganhos técnicos, de aprendizagem (...) [Não existe nada] que subsidia a gente pra bancar a gestão (G1).

Carvalho e Ceccim²⁰ ressaltaram que a avaliação deve envolver recursos de autoavaliação envolvendo os docentes, os preceptores e os estudantes. É necessário, neste contexto de acordo com, um processo amplo, que provoque reflexão crítica sobre a prática, a fim de captar seus progressos, resistências e dificuldades, além de possibilitar ações futuras²¹.

Com relação ao papel do gestor no processo de monitoramento dos cenários de prática em relação aos alunos, o estudo de Neco et al.²² mostrou através do Discurso do Sujeito Coletivo composto por profissionais, estudantes e gestores de Unidades de Saúde da Família do Recife-PE que muitos associam o gestor ao trabalho

administrativo, e a gestão ao afirmar que o estudante não interfere diretamente em sua prática, se distancia dos princípios que norteiam a formação tanto do futuro profissional como da capacitação continuada dos profissionais do serviço.

Os preceptores também relataram haver diferenças entre os alunos do PET e do estágio curricular, que vão desde as diferentes cargas-horárias semanais, até o período de duração do estágio, perpassando pela obrigatoriedade e pelo interesse do aluno. Em relação ao período de estágio, observou-se que o curricular foi considerado um período curto para inserção do aluno no serviço, pois tem duração apenas de um semestre letivo, o que dificulta a formação de vínculo e a observação do crescimento do acadêmico. No PET, esse período é maior, podendo o aluno ser inserido no serviço durante mais de um ano, favorecendo o vínculo e a continuidade das atividades realizadas no campo de estágio. Essas diferenças podem ser percebidas no seguinte relato:

O PET integra mais (...) ele tem um trabalho com outras disciplinas, e o curricular fica mais dentro do consultório. A carga-horária não tem tanta diferença (...), o PET são 8 horas semanais e o curricular são dois dias por semana. [No] PET ele fica mais tempo com a gente (...). O curricular só são 6 meses, eu acho que é (...) curto, quando eles estão acostumando com a nossa rotina, aí já vem outro. No PET dá tempo de ver o aluno crescer (P1).

Embora este estudo não analise estudantes bolsistas do PET-Saúde e concluintes do Estágio Curricular Obrigatório, verificou-se através das falas dos profissionais do serviço uma diferença no desenvolvimento e interesse nas atividades propostas durante o período do estágio. Isto poderia ser explicado pelo perfil acadêmico do aluno participante, pois o aluno do PET-Saúde é previamente selecionado, por meio de prova, currículo e/ou entrevista, diferentemente da obrigatoriedade conferida ao

estágio curricular e também o estímulo financeiro conferido ao PET em relação ao curricular obrigatório.

Este estudo está de acordo com os achados de Caldas et al.²³, que verificaram uma maior responsabilidade dos alunos bolsistas do PET-Saúde em relação aos voluntários (comparados aqui com os alunos do estágio curricular), revelada pela maior carga-horária de participação e pela maior postura de liderança nas atividades propostas, o que pode determinar graus de atuação diferentes entre os estudantes dentro de uma mesma atividade.

CONTRIBUIÇÕES PARA O SERVIÇO E USUÁRIO

Segundo os entrevistados, existem várias contribuições da integração ensino-serviço, e dentre elas, pode-se destacar o aumento da produtividade de atividades educativas em todas as unidades e clínicas nos casos em que era possível a atuação do aluno num equipamento à parte. Além disso, a presença do aluno pode tirar a equipe da sua zona de conforto, estimulando-a a modificar suas práticas e a se qualificar para o atendimento das necessidades dos usuários. Essa realidade pode ser observada nas seguintes falas:

(...) os alunos (...) trazem uma bagagem teórica, experiências, (...) que a gente (...) já tem tempo que passou pela faculdade (...), é tipo uma reciclagem pra gente. A gente fica mais curioso (...) se interessa, se informa, (...) estuda junto (P2).

(...) ele ajuda (...) não só na clínica, mas também (...) o escovário, orientar o paciente, promoção de saúde, prevenção (P5).

Qualifica bastante a atenção, tanto quando o preceptor faz a revisão das práticas, quando traz algumas iniciativas, quando contribui pra educação em saúde (...). A instituição de saúde vem com outro gás, (...) motiva, faz oficinas (G1).

Neco et al.²² afirmaram que a concretização da integração ensino-serviço é fundamental para a melhoria dos serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, uma vez que o serviço se beneficia das inovações trazidas pelos estudantes e professores. Para Aguiar et al.²⁴, outro aspecto relevante da integração ensino-serviço é a oportunidade do desenvolvimento da capacidade crítica do aluno sobre os riscos do adoecimento, o que mostra ao gestor a importância e a necessidade de um programa contínuo e sistemático de atenção à saúde bucal.

Os entrevistados relataram que o benefício para o serviço depende de: alunos dedicados/interessados; espaço físico adequado; comprometimento do preceptor; planejamento das atividades; compreensão, valorização e participação da população nas atividades propostas.

Neco et al.²² apontaram como positiva a presença dos estudantes nas reuniões da unidade, pois apresentam sugestões inovadoras para as práticas adotadas, conferindo uma visão ampliada do conceito de Gestão. Também é importante nesse processo, a responsabilização do profissional do serviço, pois de nada adianta investir em tecnologia de ponta e insumos estratégicos se o preceptor não se comprometer de fato⁸.

Ficou evidente, também, que existem desafios a serem superados: melhor aproveitamento dos espaços sociais, mudando a lógica de trabalho da equipe; institucionalização da avaliação do processo de trabalho aluno-profissional, para que consiga identificar e mensurar os benefícios para o serviço; estímulo da gestão para a inserção e manutenção das atividades, potencializando a atuação dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB), mesmo na ausência dos alunos e considerando a rotatividade deles a cada período; e cuidado para que o trabalho do aluno não esteja vinculado à

ausência/substituição de recursos humanos. Algumas dessas questões foram destacadas nos seguintes trechos:

Tem mais mão de obra (...) pro serviço, (...) aumenta (...) a promoção de saúde (P5).

Um dos grandes problemas (...) é o rodízio de alunos (...), então as ações não tem muita continuidade, (...) grande rotatividade, induz o (...) retorno ao estágio inicial, falta (...) consolidação das mudanças, não tem incorporação na prática. [Em alguns lugares] educação em saúde está sendo feito pelo pessoal do PET, então quando o PET acabar, a educação em saúde vai acabar? (G1).

Um fato importante a ser avaliado é a percepção de que o aumento de mão-de-obra, em virtude da presença dos alunos, traga melhorias na qualidade e no número de atendimentos, no entanto, é importante a compreensão dos profissionais do serviço de que o aluno está no serviço para aprender e não para suprir carência de profissionais.

Outro ponto relevante levantado pelos preceptores foi a sua incapacidade de perceber as transformações que os estágios proporcionam no seu processo de trabalho. Neco et al.²² verificou através das falas de estudantes, profissionais e gestores das Unidades Básicas de Saúde de Recife-PE, que a descontinuidade conferida pela alta rotatividade nos cenários de prática pelos alunos dificulta a consolidação das mudanças no processo de trabalho, e que a passividade dos estudantes exerce pouca ou nenhuma influência nas rotinas do trabalho, podendo neste caso, a contribuição para a gestão ser nula. Neste estudo, acredita-se que a dificuldade em perceber mudanças no processo de trabalho deva-se, dentre outros aspectos, à associação de mudança do processo de trabalho ao aumento do número de atendimentos diários.

Estes desafios relatados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Cavalheiro e Guimarães²⁵. Pereira e Fracoli²⁶ ainda complementam em seu estudo

com profissionais de saúde, que não têm sido realizadas discussões técnicas ou políticas relativas às mudanças no processo de trabalho a partir da integração ensino-serviço, sendo esta fundamental para a consolidação de práticas inovadoras nos serviços de saúde, fazendo-se coerente o projeto dos serviços e a proposta educativa em suas dimensões políticas, técnicas e metodológicas, de forma que essas iniciativas envolvam instância de gestão dos serviços de saúde, dos trabalhadores, da universidade e da população, sendo preciso compromisso institucional, e não somente dos atores isolados.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

O enriquecimento da formação do estudante através do desenvolvimento de competências para atuar no modelo de atenção do SUS, inclui as habilidades relacionais¹⁸. Um profissional de saúde deve ter conhecimento científico e tecnológico, mas também conhecer e lidar com as naturezas humanística e social relativas ao processo de cuidar, ser capaz de desenvolver projetos terapêuticos singulares, mas também formular, avaliar políticas, coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde, envolvendo contato com o outro e as relações entre as pessoas²⁰.

De forma geral, tanto os preceptores quanto os gestores relataram que a relação aluno-usuário no campo de estágio se estabelece de forma harmoniosa. Entretanto, um gestor relatou ter havido questionamento por parte de um conselheiro local de saúde do município sobre a presença desses estudantes na Unidade de Saúde, tendo atribuído esse fato à falta de entendimento sobre o processo de integração ensino-serviço. Os preceptores afirmaram, ainda, que inicialmente se sentiram receosos quanto à aceitabilidade dos usuários com relação aos alunos, mas que nunca presenciaram

nenhum problema com relação a isto. A grande maioria relatou que, para minimizar os possíveis problemas, fazia previamente à intervenção clínica dos acadêmicos, uma seleção dos pacientes de acordo com a personalidade e a complexidade dos procedimentos, na perspectiva de manter a confiança, o bom relacionamento profissional-paciente e garantir um atendimento de qualidade.

O usuário (...) aceita bem o trabalho do aluno (...), a troca de informações (...) e não são muito de questionar (...). Tem de certa forma que convencer que ele está tendo o mesmo atendimento (...), mesma qualidade, (...) tem que ter muita segurança pra você passar isso para o paciente, e ele tem que sentir que o aluno pode estar fazendo, mas que você está ali do lado (P2).

Houveram poucos questionamentos sobre a presença dos acadêmicos dentro da unidade por parte dos usuários. Essa passividade, possivelmente tenha relação com o modelo biomédico, que durante anos pautou a relação profissional de saúde-paciente, caracterizada por um desequilíbrio em termos epistemológicos e sociais, sendo reservado ao paciente um papel de passividade e sendo pouco expectável a formulação de críticas por parte deste²⁷.

O estudo de Bosquetti e Braga²⁸ sobre a vivência no primeiro estágio em um hospital público com estudantes de Enfermagem verificou um relacionamento proveitoso e terapêutico com os pacientes, que os aceitaram, sem haver nenhum problema. Os alunos também relataram que os funcionários da enfermagem foram receptivos, atenciosos e sempre ajudavam, embora por ser o primeiro contato com a equipe de Enfermagem, o relacionamento foi tímido e tiveram insegurança em se relacionar com os funcionários, ficavam mais observando.

O campo de estágio apresenta diversas possibilidades de relacionamentos, e um dos mais relevantes é o interinstitucional, pois perpassa a instituição de ensino (tutor) e o campo de estágio (preceptor-gestor), cada qual com suas responsabilidades. O

modelo de tutoria, em que o acompanhamento do trabalho é realizado periodicamente pelos tutores, foi apontado como uma fragilidade pelos preceptores deste estudo, pois gerava neles a sensação de distanciamento da universidade. Consideram que seria interessante a participação ativa e sistemática do tutor nos locais de trabalho, a fim de estreitar relações, debater os problemas e sanar dúvidas. Um dos entrevistados destacou bem esse fato:

(...) eu acho que eles [tutores] podiam ouvir da gente, antes de passar pra eles [alunos], eles [tutores] levam o aluno, apresenta, e se tiver algum problema (...) entram em contato (P2).

Esse é um desafio inerente à recente integração ensino-serviço em Odontologia nesse cenário de estudo, e que pode vir a ser superado a partir de um maior entendimento do papel de cada um. Entretanto, a supervisão é de responsabilidade primordial do professor tutor²⁹. Assim, considera-se que deva ser buscada uma aproximação entre tutores e preceptores, com esclarecimento do papel de cada ator, desafio que também poderia ser sanado com a capacitação dos preceptores e docentes.

Este estudo verificou uma maior dificuldade na relação entre os atores do próprio serviço e universidade, do que com o usuário. O estudo corrobora ao estudo de Caldas et al.²³, pois observaram que as maiores dificuldades encontradas para a integração ensino-serviço foram a resistência dos profissionais não participantes do projeto e a comunicação. Diferentemente dos achados nesta pesquisa, Bosquetti e Braga²⁸ relataram que, embora a equipe fosse prestativa, os alunos eram tratados meramente como aprendizes e abusavam dos alunos na realização dos cuidados diários, e muitas vezes, queriam ensinar como se os alunos não tivessem nenhum conhecimento. Outros

estudos ainda apontam dificuldades dos alunos em relação à integração com estagiários de outros cursos e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)^{11,23}.

Quanto à relação aluno-preceptor, esta ocorre inicialmente de forma superficial, mas costuma se estreitar com o tempo. Através das falas apresentadas, percebe-se que o vínculo aluno-preceptor inevitavelmente transpassa as relações meramente profissionais, desenvolvendo também relações afetivas:

No início (...) não tem aquela intimidade, mas vai construindo com o desenvolvimento do estágio. Eles são muito próximos, (...) a gente passa muita vivência (...) profissional pra eles, (...) não só de fazer a parte clínica, (...) mas saber mais (...) a experiência de vida (P5).

Apaixonada mesmo, defendo isso [integração ensino-serviço]. É relação (...) interpessoal, gente jovem pra mim é gratificante. Eu adoto como se fosse meus filhos (P4).

Bulgarelli et al.¹⁸ afirmam que é possível observar uma caminhada conjunta e a evolução permanente entre professores, SUS e estágio. Neco et al.²² sugerem que deve haver a continuidade da integração ensino-serviço para uma maior aproximação dos atores envolvidos, uma vez que se verifica o crescimento de ambos como principal produto dessa união. Assim, considera-se a partir dos dados analisados, que as relações no contexto da integração ensino-serviço são positivas.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As instituições de ensino e da gestão em saúde exercem, muitas vezes, suas atividades com autonomia, predominando um modelo de formação dissociado da prática, gerando um descompasso entre o ensino e as demandas do serviço. Por isso, por muito tempo, foi constatado que o perfil de atuação dos profissionais formados no Brasil, não era adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto

social, para um cuidado integral e equânime³. Nessa perspectiva, o SUS configurou-se como meio de aprendizado, sendo fundamental para a formação de Cirurgiões-Dentistas com boas habilidades técnicas, clínicas e com autonomia para o enfrentamento das dificuldades da profissão¹⁸.

Diante dos relatos dos entrevistados, preceptores e gestores foram unânimes em dizer que a integração ensino-serviço melhora a formação profissional dos acadêmicos, embora ainda não consigam mensurá-la. Os aspectos de notoriedade da formação vão desde o conhecimento da estruturação de uma unidade básica de saúde, até as singularidades de uma microrregião, com o objetivo de atingir os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS.

É fundamental essa (...) articulação [integração ensino-serviço] que é uma (...) orientação constitucional, (...) tem que ordenar a formação para o SUS. A formação do jeito que estava, estava muito aquém das necessidades, (...) então essa proposta de o aluno (...) sair da formação hospitalocêntrica (...) foi fundamental (...) pra tentar ir modificando (...) aquela lógica (...) de formação, que não estava atendendo as necessidades (G1).

É notória a preocupação com relação ao perfil profissional desejado pelo egresso em Odontologia nos últimos anos. Entretanto, verifica-se ainda, nos acadêmicos, uma tendência à especialização precoce, reforçado por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner³⁰. Com o objetivo de formar profissionais com perfil para atuarem no SUS, cada vez mais o governo federal está investindo no setor público de saúde, fazendo com que os cirurgiões-dentistas direcionem sua visão e qualificação também para esse modelo de atenção à saúde¹⁸. Isso porque o grande número de profissionais não vinha causando impacto na melhora da saúde bucal da população brasileira³¹.

A experiência do estágio supervisionado surge como uma atividade de integração ensino-serviço como complementação, troca, e devem, também, contribuir

para encontrar os problemas apresentados pela realidade³². Tendo como participação dos profissionais dos serviços e da comunidade na definição de conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos, essencial para construção de novas práticas³⁰. Neste aspecto, a formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido²⁰, sendo que o aluno não deve servir de recurso humano complementar para o serviço, mas refletir sua formação profissional à luz do sistema de saúde³².

Outras mudanças surgem na formação profissional pelo próprio mercado de trabalho odontológico, devido a aspectos como pequena demanda de pacientes, grande número de profissionais e crise do mercado profissional da prática liberal da Odontologia, na qual o cirurgião-dentista com formação estritamente técnica terá dificuldades de sobreviver³¹.

Embora haja programas estimuladores da integração ensino-serviço por parte do Ministério da Saúde, nota-se que ainda há uma incipiência para verificação do alcance dos seus objetivos, principalmente contemplando fornecer benefícios tanto para os usuários, quanto para o aprimoramento dos conhecimentos aos acadêmicos, pois o processo encontra-se em construção.

Acho importante [estágio] porque (...) a Universidade ficou muito tempo fechada para realidade do que está acontecendo no SUS. Eles formam com [a] realidade de consultório e não de serviço público (P6).

Hoje o currículo está melhor em algumas coisas, mas em outras (...) ele tá mais fechado. O estudante hoje se forma pra ganhar dinheiro. Eu ouvi pouquíssimos alunos (...) que diziam (...) o bichinho da saúde coletiva me picou, (...) não dá dinheiro. O mercado hoje manda. Então assim, aonde foi que se perdeu isso (...)? O quê que se perdeu dentro da universidade. Quando se tem um projeto (...) de integração ensino-serviço, um projeto como o PET. O ministério é estimulador (...) [e] conduziu toda minha formação pra uma outra coisa, num é contraditório isso? (G4).

Neste estudo verificou-se na percepção do gestor um contrassenso entre a visão dos estudantes em relação ao serviço público e o que o Ministério da Saúde planeja. Estes achados também foram encontrados no estudo de Matos e Tomita³³, no qual percebeu pela fala dos estudantes, uma permanência da tendência mercadológica e distanciamento da prática de saúde centrada na perspectiva do SUS.

A vivência do estudante de Odontologia junto ao SUS, o mais próximo possível da realidade, significa a possibilidade de formação de futuros profissionais mais humanos e sensíveis à saúde bucal brasileira¹⁸. O estudante, ao participar dos estágios, passa a conhecer diferentes processos de trabalho e perceber outras oportunidades para direcionar suas escolhas profissionais. Acredita-se que o estágio no SUS são oportunidades que acrescentam experiência profissional e de vida ao estudante de Odontologia¹⁸.

Em relação às ações indutoras para a formação de profissionais, os programas Pró-Saúde e PET-Saúde permitem uma visão multiprofissional e interdisciplinar da atenção à saúde; o trabalho em parceria ensino-serviço, tutores-preceptores dos serviços; a troca de experiências entre os estudantes de diferentes cursos e os docentes-profissionais do serviço; a aprendizagem “*in loco*”; a possibilidade de bolsas para estudantes/preceptores/tutores; a possibilidade de readequação física de algumas unidades; dentre outros²⁵.

Desta maneira, o serviço público aparece como local privilegiado para a expansão do emprego em saúde, para iniciar a carreira profissional e realizar ou concretizar projetos profissionais e oportunidade de intervir sobre as condições de saúde da população²⁰. É preciso destacar que um dos desafios para a efetivação da integração

ensino-serviço, está no caráter de constante evolução do SUS e também do currículo das faculdades de Odontologia¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, a integração ensino-serviço tem sido vista de forma positiva pelo serviço, ainda que os estudos mostrem a melhoria desta integração para a formação profissional, por parte do serviço pode-se perceber que embora entendido que não há mudança do processo de trabalho no que concerne a aumento da demanda de atendimento clínico, há uma melhoria em relação aos aspectos de educação e promoção de saúde bucal, estimulando inclusive as TSBs a realizarem. Além disso, há uma evidente troca de experiências entre os preceptores e os alunos, que auxiliam na atualização dos conhecimentos, que pode se refletir em melhoria no atendimento ao paciente. Em relação às relações interpessoais, é visto que os usuários aceitam bem a presença dos alunos nos cenários de práticas, mas há necessidade de melhor diálogo entre preceptores, tutores, gestores e alunos.

Há evidente descompasso entre a percepção do gestor e preceptor em relação ao papel de monitoramento das atividades realizadas pelos acadêmicos.

Embora na visão dos profissionais do serviço existam algumas dificuldades e fragilidades da integração ensino-serviço, é indiscutível a formação acadêmica de novos profissionais comprometido com a realidade social em que estão inseridos, e no melhor preparo destes, caso queiram trabalhar no serviço público, o que fazem com que queiram permanentemente participar deste processo.

REFERÊNCIAS

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 Set 1990.
3. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Rev Bras Educ Med. 2008; 32 (2): 230-239.
4. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação. Diário Oficial da União, 23 Dez 1996.
5. Resolução Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. CNE/CES nº 3, de 19 de fev. 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, 04 Mar 2002.
6. Senna MIB, Lima MLR. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em odontologia: uma análise dos artigos publicados na revista da ABENO, 2002-2006. Arq Odontol. 2009; 45 (1): 30-6.
7. Melo TAF, Kunert GG, Mattos AP, Gardelin VA, Limongi O. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): uma avaliação qualitativa na perspectiva dos alunos participantes. Stomatos. 2009; 15(29): 32-7.

8. Saliba NA, Saliba O, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM, Lolli LF. Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual paulista Júlio de Mesquita Filho. RGO (Porto Alegre), 2009; 57 (4): 459-65.
9. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 jan. 2008; Seção 1. p. 37.
10. Gonçalves CM, Santos KT, Carvalho RB. O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em Odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. Rev ABENO. 2011; 11 (2): 27-33.
11. Santos KT, Ferreira L, Batista RJ, Bitencourt CTF, Araújo RP, Carvalho RB. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(6): 420-425.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde. 1ª ed. Brasília, DF: Editora MS; 2009.
14. Botti, SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

15. Souza AL, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface Comum Saúde Educ.* 2011; 15 (39): 1071-84.
16. Lemos CLS, Fonseca SG. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface Comum Saúde Educ.* 2009; 13 (28): 57-69.
17. Jesus JCM, Ribeiro VMB. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36 (2): 153-61.
18. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface Comum Saúde Educ.* 2014; 18 (49): 351-62.
19. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Rev ABENO.* 2004; 4 (1): 17-21.
20. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond-Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182.
21. Becker F. *Educação e construção do conhecimento.* Porto Alegre: Artmed; 2001.

22. Neco HVPC, Oliveira FD, Florêncio E, Moreira AR, Valério CONS, Santos PR, Samary EGB, Antunes MBC. A integração ensino-serviço na qualificação da atenção básica. *R Ci Med PE*. 2011; 7 (3): 36-50.
23. Caldas JB, Lopes ACS, Mendonça RD, Figueiredo A, Lonts JGA, Ferreira EF, et al. A Percepção de alunos quanto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2012; 36 (2): 33-1.
24. Aguiar ASW, Guimarães MV, Morais RMP, Saraiva JLA. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em Odontologia. *Extensio*. 2010; 7(9): 100-10.
25. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. *Caderno FNEPAS*, 2011 Dez; 1: 19-27.
26. Pereira JG, Fracolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17 (2): 167-73.
27. Grilo AM. Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-doença. *Psicol Saúde Doenças*. 2012; 13 (2): 283-97.
28. Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42 (4): 690-6.
29. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (1): 221-31.
30. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas

de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13 (suppl. 2): 2133-44.

31. Lemos CLS. A implantação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. Rev ABENO. 2005; 5 (1): 80-5.
32. Werneck, MAF; Lucas SD. Estágio supervisionado em odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. Arq Centro Estud Curso Odontol. 1996; 32 (2): 95-108.
33. Matos PES, Tomita NE. A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saúde Publica. 2004; 20 (6): 1538-44.

5. CONCLUSÕES GERAIS

Embora recente a integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil, há um evidente avanço no processo de articulação, principalmente a partir da criação do SUS e das mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia preconizadas pelas DCNs de 2002 e dos programas de incentivo, como os programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. De fato, para se obter uma política consolidada, ainda muitos desafios e fragilidades devem ser superados, embora a integração ensino-serviço se caracterize como um caminho sem volta. Desta maneira, o seu aprimoramento tende a ser constante, principalmente para transpor os obstáculos e qualificar o ensino no contexto das necessidades de saúde da população, fortalecendo o SUS em todos os níveis de atenção à saúde.

A percepção dos cirurgiões-dentistas preceptores e gestores sobre a integração ensino-serviço em Odontologia no município de Vitória-ES é positiva, e embora a literatura, em sua maioria, aborde apenas a percepção dos acadêmicos e os benefícios para sua formação profissional, este estudo mostrou que embora não vejam mudanças no processo de trabalho dentro das unidades de saúde em relação ao aumento do atendimento clínico, há uma evidente melhoria em relação aos aspectos de educação e promoção de saúde bucal. Além disso, há uma evidente troca de experiências, atualização dos conhecimentos e maior motivação dos profissionais para exercerem suas atividades. Na percepção dos profissionais, as relações interpessoais são mais frágeis entre os preceptores, tutores, gestores e alunos, do que em relação aos usuários, que aceitam bem a presença dos estudantes.

Embora os profissionais do serviço tenham relatado existir algumas dificuldades e fragilidades da integração ensino-serviço, para eles, é indiscutível que haja a formação acadêmica de novos profissionais comprometidos com a realidade social em que estão inseridos, visando o melhor preparo deles, caso optem em trabalhar no serviço público. Essa visão contribui para que queiram, permanentemente, participar do processo.

6. REFERÊNCIAS GERAIS


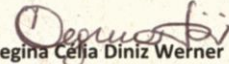
1. BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.
2. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.
3. CARVALHO A. C. P. O Ensino de Odontologia no Brasil. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. (Org.). *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.
4. CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND-JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182.
5. GIL, C. R. R.; TURINI, B.; CABRERA, M. A. S.; KOHATSU, M.; ORQUIZA, S. M. C. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008.
6. GONÇALVES, C. M.; SANTOS, K. T.; CARVALHO, R. B. O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em Odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 27-33, jan./jun. 2011.

7. MELO, T. A. F.; KUNERT, G. G.; LIMONGI, O.; MATOS, A. P.; GARDELIN, V. A. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): uma avaliação qualitativa na perspectiva dos alunos participantes. *Stomatos: Revista do curso de Odontologia*, Canoas, v. 15, n. 29, p. 32-37, jul./dez. 2009.
8. MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-21, jan./jun. 2004.
9. PELISSARI, L. D.; BASTING R. T.; FLÓRIO F. M. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 32-39, jan./jun. 2004.
10. SALIBA, N. A.; SALIBA, O.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; ARCIERI, R. M.; LOLLI, L. F.. Integração ensino-serviço e impacto social em cinqüenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual paulista Júlio de Mesquita Filho. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 459-465, out/dez, 2009.
11. SENNA, M. I. B.; LIMA, M. L. R. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em odontologia: uma análise dos artigos publicados na revista da ABENO, 2002-2006. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v. 45, n. 1, p. 30-36, jan./mar. 2009.
12. SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio/ago., 2004.
13. WERNECK, M. A. F.; LUCAS S. D. Estágio supervisionado em odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arquivos do Centro de*

Estudos da Faculdade de Odontologia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, v. 32,
n. 2, p. 95-108, 1996.

ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUS) DE VITÓRIA-ES

	PREFEITURA DE VITÓRIA	Carta de Apresentação	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS VITÓRIA	SEMUS/ <i>UBS BP, UBS BO, UBSMAR, UBSSM e UBSSC</i>	21/02/2014	SANDRA
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Senhor(a) Gerente (a) ,</p> <p>O projeto de pesquisa de mestrado da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, intitulado “ASPECTOS ATUAIS DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NO BRASIL E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES” de autoria de Jeusa Maria Faé, com orientação da Professora Karina Tonini, foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais Cirurgiões-Dentistas, Diretores das unidades de saúde, Técnico da ETSUS e da Área Técnica de Saúde Bucal sobre a integração ensino-serviço na rede municipal de Vitória-ES”.</p> <p>Para atingir os objetivos da pesquisa será aplicado dois roteiros-guia de entrevista semiestruturada individual para oito cirurgiões-dentistas de rede municipal que atuam como preceptores do estágio supervisionado da UFES e do projeto PET SAUDE; cinco diretores das unidades US Bairro da Penha (Gilson Santos); US Bonfim (Tomaz Tomazzi); US Maruípe; US Santa Martha; US São Cristóvão que atuaram no período de 2010-2012, um profissional da área técnica e um profissional da ETSUS.</p> <p>Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria.</p> <p>Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionados e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;"> Regina Célia Diniz Werner Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			

ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de profissionais do serviço público sobre a integração ensino/serviço em Odontologia no município de Vitória-ES

Pesquisador: Karina Tonini dos Santos Pacheco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17557913.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 325.390

Data da Relatoria: 03/07/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de Iniciação Científica. Será realizado como um estudo qualitativo, utilizando-se análise de conteúdo segundo Bardin (1977), passando por três etapas principais: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O cenário do estudo serão as Unidades Básicas de Saúde do Município de Vitória ; ES na região de Maruipé (UBS Michel Minassa, UBS Benedito Gomes da Silva, UBS Dr. Gilson Santos, UBS São Cristóvão e UBS Luiz Cláudio Passos), além da Escola Técnica do SUS (ETSUS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS). Serão selecionados para este estudo todos os cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde que atuam como preceptores do Estágio Extramuro de Promoção de Saúde II da Universidade Federal do Espírito Santo e que atuaram no PET-SAÚDE, nos anos de 2010-2012, totalizando oito sujeitos. Também participarão deste estudo os diretores das Unidades de Saúde, mencionadas acima, que totalizam quatro sujeitos, além de um representante da Escola Técnica do SUS e da Área Técnica de Saúde bucal Municipal.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos profissionais, dentre eles cirurgiões-dentistas, diretores de unidades de saúde, técnico da Escola Técnica do SUS(ETSUS) e da área técnica saúde bucal sobre a integração

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SN

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.045-001

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Protocolo: 325.390

ensino-serviço na rede municipal de Vitória-ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve, quanto aos riscos, que:

Embora haja necessidade de um tempo para realizar a entrevista, não há risco ao participante, pois todas as informações dadas serão mantidas em sigilo, sem identificação pelo nome do voluntário e utilizadas apenas para fins científicos.

Refere que os benefícios consistem em fortalecer e melhorar a integração entre o serviço público e o ensino em Odontologia, além de contribuir para a comunidade científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Sendo incluída na amostra Cirurgião-dentista, diretores de unidades de saúde ou técnico da Escola Técnica do SUS (ETSUS) e da área técnica saúde bucal da rede municipal de saúde que atuam como preceptores do Estágio Extramuro de Promoção de Saúde II da Universidade Federal do Espírito Santo e atuaram no PET-SAÚDE, nos anos de 2010-2012.

Sendo excluída da amostra todo aquele que não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não consta autorização para a coleta de dados junto a UBS Michel Minassa, UBS Benedito Gomes da Silva, UBS Dr. Gilson Santos, UBS São Cristóvão e UBS Luiz Cláudio Passos, Escola Técnica do SUS (ETSUS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS). Pesquisador apresenta carta explicativa sobre o fato da Prefeitura de Vitória emitir carta de autorização apenas após aprovação da pesquisa por CEP.

TGLE foi modificado, constando que o sujeito pode se retirar da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa e o papel do CEP

Recomendações:

Sem recomendação

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SN

CEP: 39.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 325.390

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITÓRIA, 04 de Julho de 2013

Assinador por:
DANIELLE CABRINI MATTOS
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488
Bairro: SN
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.045-001

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

ANEXO C: NORMAS DA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

ISSN 0104-1290 *versão impressa*ISSN 1984-0470 *versão on-line***INSTRUÇÕES AOS AUTORES****Escopo e política**

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;

d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.

e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados ad-hoc, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente

a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Da seleção de artigos e revisão por pareceristas

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde foi realizada a pesquisa.

Saúde e Sociedade submete todos os originais à apreciação da Comissão Editorial apoiada por consultores *ad hoc*, que recomendam sua aceitação ou rejeição, podendo apresentar aos autores sugestões de alterações. Cada trabalho será apreciado por, no mínimo, dois relatores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) perante os relatores.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo e afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP,

estado, país e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de e "col.". Exemplo: Martins e colaboradores (2014) ou (Martins e col., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

◆ Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

◆ Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

◆ Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

◆ Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

◆ **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. *World malaria report: 2010*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariaireport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

• **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- **Versão impressa**

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- **Versão eletrônica**

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

• **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

• **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- **Versão impressa**

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- **Versão eletrônica**

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso

em: 18 ago.2006.

Envio do material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

ANEXO D: NORMAS DA REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE



ISSN 1414-3283 *versão impressa*

ISSN 1807-5762 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Projeto e política editorial

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts**. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que

problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio de manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center"

e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos .

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."¹

- c) Citação literal de **mais de três linhas:** em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...]encontramos algumas falhas no sistema[...]quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito[...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos - *Estilo Vancouver*².

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do

futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

[Ortega F](#), [Zorzanelli R](#), [Meierhoffer LK](#), [Rosário CA](#), [Almeida CF](#), [Andrada BFCC](#), et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual

Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano;v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a [Lemos M](#), [Pereira-Querol MA](#), [Almeida, IM](#)]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

[Lemos M](#), [Pereira-Querol MA](#), [Almeida, IM](#). A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet],1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas *online* no

endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

APÊNDICES

APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1-TÍTULO DA PESQUISA: Percepção de profissionais do serviço público sobre a integração ensino/serviço em Odontologia no município de Vitória – ES.

2-PESQUISADORES: Manoelito Ferreira Silva Júnior, Jeusa Maria Faé, Karina Tonini dos Santos Pacheco.

3-OBJETIVO: Analisar a percepção dos profissionais, dentre eles cirurgiões-dentistas, diretores de unidades de saúde, técnico da Escola Técnica do SUS (ETSUS) e da área técnica saúde bucal sobre a integração ensino-serviço na rede municipal de Vitória-ES.

4-PROCEDIMENTOS: O voluntário irá participar da pesquisa através de entrevista, onde será necessário responder um roteiro-guia. Todas as opiniões expressas serão gravadas para posterior redação das opiniões sem nenhuma alteração do conteúdo.

5- DESCONFORTOS e/ou RISCOS ESPERADOS: Embora haja necessidade de um tempo para realizar a entrevista, não há risco ao participante, pois todas as informações dadas serão mantidas em sigilo, sem identificação pelo nome do voluntário e utilizadas apenas para fins científicos.

6-BENEFÍCIOS: Fortalecer e melhorar a integração entre o serviço público e o ensino em Odontologia, além de contribuir para a comunidade científica.

7- RESSARCIMENTO FINANCEIRO: Não será concedido auxílio financeiro aos participantes da pesquisa.

8- INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Os participantes têm a garantia de que receberão resposta a qualquer momento e esclarecimento de dúvidas relacionadas com a pesquisa (Manoelito Ferreira Silva Junior (27) 8111-0575 e Karina Tonini dos Santos Pacheco (27) 3335-7225). Se por ventura houver dificuldade em contatar os responsáveis pela pesquisa, deve o pesquisado entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3335-7211 ou no e-mail: cep@ccs.ufes.br.

9-RETIRADA DO CONSENTIMENTO: O voluntário tem a liberdade de não participar da pesquisa, ou de retirar seu consentimento, a qualquer momento.

10-CONSENTIMENTO: Eu, _____, portador do CPF _____ e RG _____ li todo o documento e entendi a importância da pesquisa e estou de acordo com a participação.

Assinatura do sujeito pesquisado

Pesquisador responsável I

Pesquisador responsável II

Pesquisador responsável III

Vitoria, _____ de _____ de 201__.

APÊNDICE B: ROTEIRO-GUIA PARA CIRURGIÃO-DENTISTA PRECEPTOR
Composição e perfil dos entrevistados

Nome	Unidade de atuação	Sexo	Idade	Tempo que acompanha alunos em campo de estágio	Tempo que atua na rede	Tempo de formação

ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO ESTÁGIO CURRICULAR OU NO PET-SAÚDE

- 1- O que você acha da integração ensino-serviço?
- 2- Comente como se dá a relação entre você e o aluno, durante o estágio.
- 3- Fale sobre o processo de trabalho durante o período de estágio, em relação às atividades que são executadas.
- 4- Fale sobre as principais dificuldades e facilidades na orientação dos alunos no campo de estágio.
- 5- Comente sobre a relação entre o usuário e o estagiário.
- 6- Em sua opinião, quais as contribuições que a aproximação ensino-serviço pode trazer para a atenção primária à saúde?
- 7- Ao finalizar um ciclo do estágio você percebe alguma mudança no seu processo de trabalho? Comente sobre isso.
- 8- Quais os benefícios que um estágio pode trazer para a formação profissional? Na sua opinião, qual a relação entre o estágio e a formação profissional?
- 9- Como ocorre o monitoramento do aprendizado do aluno no campo de estágio?
- 10- Como foi o processo de adesão à preceptoría?

APÊNDICE C: ROTEIRO-GUIA PARA GESTOR

Composição e perfil dos entrevistados

Atores da pesquisa/Profissão	Sexo	Idade	Função	Tempo que atua na rede na referida função	Tempo de formação acadêmica

ATIVIDADES DE ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO PARA O CAMPO DE ESTÁGIO

- 1- Qual a sua opinião sobre a integração ensino-serviço?
- 2- Comente sobre a integração do serviço e a instituição de ensino (UFES) no campo da Odontologia neste município.
- 3- Em sua opinião, quais as contribuições que a aproximação do ensino-serviço pode trazer para atenção primária à saúde?
- 4- Quais os benefícios que um estágio pode trazer para a formação profissional?
Em sua opinião, qual a relação entre o estágio e a formação profissional?
- 5- Considerando a sua área de atuação no serviço, como ocorre o monitoramento do estágio?
- 6- Comente sobre as principais dificuldades e facilidades encontradas pelo serviço no campo de estágio.
- 7- Você percebeu alguma mudança no processo de trabalho dos profissionais?
- 8- Como você vê os pacientes em relação aos estagiários?