

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401255

DOI: 10.1590/1413-81232015204.00812014

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2015 by Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde

Undergraduate dental students' perspectives about experiences in primary care for their education in the field of health

Pedro Augusto Thiene Leme ¹
Antônio Carlos Pereira ¹
Marcelo de Castro Meneghim ¹
Fábio Luiz Mialhe ¹

Abstract Supervised training periods in primary care have been used as spaces for teaching and extension in the area of health, making it feasible to include undergraduates in concrete teaching-learning scenarios. The aim of this study was to analyze the perceptions of dental students about the importance of supervised training periods in Family Health Units to their professional education. The sample consisted of 185 students who answered the question: What is your opinion about the importance of this training period in SUS to your professional education? Comment on this experience and its positive and negative aspects. The responses were analyzed by the quali-quantitative Collective Subject Discourse (CSD) technique. The students appreciated learning through practice in the service; contact with professionals from other areas; opportunity for technical-operative improvement and demonstrated sensitivity in the face of social reality, although they appeared to be concerned about being absent from the faculty, arguing that they were being prejudiced as regards their intramural clinical productivity, exhaustively demanded of them. It was concluded that students placed value on the extramural experience, however, it was perceived that there was still a predominant influence of focus on intramural clinical training.

Key words Education, Staff development, National Health Programs, Family Health

Resumo Os estágios supervisionados na atenção básica vêm sendo utilizados como espaços de ensino e extensão nas áreas da saúde, viabilizando a inserção dos graduandos em cenários concretos de ensino-aprendizagem. O objetivo deste estudo foi analisar as percepções de acadêmicos de odontologia sobre a importância do estágio supervisionado em Unidades de Saúde da Família, para sua formação profissional. A amostra foi constituída por 184 acadêmicos que responderam à questão: Qual a sua opinião em relação à importância deste estágio no SUS para a sua formação profissional? Comente esta experiência e seus aspectos positivos e negativos. As respostas foram analisadas através da técnica qualiquantitativa do discurso do sujeito coletivo. Os alunos valorizaram o aprendizado através da prática no serviço, do contato com profissionais de outras áreas, da oportunidade de aperfeiçoamento técnico-operatório e demonstraram sensibilização frente à realidade social, embora tenham aparentado incômodo por se ausentarem da faculdade, sob o argumento de serem prejudicados quanto à produtividade da clínica intramuros, exaustivamente cobrada. Concluiu-se que os alunos valorizaram a experiência extramural, entretanto, percebeu-se que ainda há uma hegemonia do foco no treinamento clínico intramuros.

Palavras-chave Educação em odontologia, Desenvolvimento de pessoal, Sistema único de saúde, Saúde da família

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira 901, Areião. 13414-903 Piracicaba SP Brasil. pedroleme3@gmail.com

Introdução

A preocupação com a formação profissional na área da saúde vem sendo alvo de discussões no meio acadêmico mundial, desde o início do século passado¹⁻⁵. Apesar de haver diferenças regionais onde os cursos estão inseridos, as quais refletem distintas estruturas dos serviços de saúde e de organizações acadêmicas, é universal o reconhecimento da necessidade de uma renovação na formação profissional que compreenda a incorporação do entendimento biopsicossocial do processo saúde-doença, e que produza mudanças significativas nos níveis de saúde em âmbito coletivo⁶.

No Brasil, a preocupação com a educação na saúde foi objeto da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1986, sendo, desde então, estabelecida a importância da relação entre formação profissional e o sistema público de saúde do nosso país⁶. Determinou-se, na oportunidade, a necessidade da reorganização das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, por meio da integração ensino-serviço e de modelos assistenciais localizados em espaços -populações concretos.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, gerou uma demanda por profissionais nas distintas áreas da saúde que conseguissem atuar dentro da filosofia da estratégia, a partir de um processo de trabalho ampliado que rompesse com o modelo biomédico. Entretanto, como consequência indireta, este fato acabou por evidenciar falhas na formação profissional de médicos e enfermeiros⁷. O mesmo ocorreu quando da incorporação do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família (ESF), no ano de 2000, por meio da Portaria 1.444/GM⁸, que trouxe à tona questionamentos acerca da qualidade da formação deste profissional para este novo mercado.

Desde então, suscitaram-se uma série de eventos em âmbito federal, como a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), em 2005, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em 2008, dentre outros, que acabaram por induzir mudanças nos currículos dos cursos da área da saúde de todo o país, inclusive a odontologia^{6,9,10}.

Uma das abordagens mais difundidas desse movimento generalizado de reformulação da formação profissional em saúde foi a integração ensino-serviço, por meio de estágios supervisionados em ambientes extramuros, com a inserção

precoce dos graduandos durante sua formação em locais reais de atendimento à população, que extrapolassem os limites físicos das faculdades, e onde potencialmente pudessem desempenhar habilidades extraclínicas, considerando as demandas biopsicossociais para sua atuação^{1,11-15}.

Segundo a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), o estágio supervisionado é um instrumento de integração do aluno com a realidade social e econômica e do trabalho, e deve colocar o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais, é caracterizado pela atenção integral ao paciente, sendo o foco de trabalho por parte dos alunos a educação e promoção da saúde até a reversão do dano¹⁶.

O estágio supervisionado engloba atividades que podem ser realizadas em clínicas intra ou extramuros e em serviços públicos ou privados, sob presença ou ausência de preceptoria externa^{16,17}, ficando sua organização sob responsabilidade de cada faculdade.

Esse tipo de experiência, dependendo do formato de implantação, é apontado como capaz de despertar no aluno a reflexão sobre questões sociais que permeiam a odontologia, de incentivar à consciência relacionada a aspectos políticos e cidadãos, de ampliar sua visão e melhor prepará-lo para o trabalho no setor público¹⁸.

Apesar de terem reaparecido com mais força nos anos 2000, considera-se que a noção de ensino extramuros originou-se nos seminários de Viña del Mar (Chile) e de Tehuacán (México), em 1955 e 1956, respectivamente, ambos organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde¹⁹.

Recentemente, a retomada do interesse pelos estágios esteve relacionada com o surgimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as áreas da saúde, viabilizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996. As DCN para os cursos de odontologia, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2002, descrevem, em seu artigo sétimo, que⁹:

“A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação”.

As DCN dos cursos de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição possuem, cada

uma, um parágrafo bastante semelhante que apresenta basicamente os mesmos requisitos, enquanto as diretrizes do curso de medicina apontam para o mínimo de 35% da carga horária total da graduação destinada aos estágios²⁰.

Embora as DCN indiquem tais proporções de carga horária para os estágios, elas não trazem com clareza os critérios que qualificam tais atividades. Ou seja, como já problematizado por Werneck et al.¹⁷, o termo estágio curricular geralmente engloba atividades qualitativamente distintas nos diversos cursos.

Este fato parece repetir-se no contexto do ensino odontológico, sendo que a ideia de que “qualquer estágio é válido” é tão consolidada, que a própria ABENO legitimou tal discurso nas “Diretrizes da ABENO para a definição do estágio supervisionado nos cursos de Odontologia”¹⁶. Paradoxalmente, em meio a um discurso progressista sobre os estágios - “[...] é o instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área. [...] entendido como o atendimento integral ao paciente [...] deve fomentar a relação ensino-serviços e ampliar as relações da universidade com a sociedade”. – o documento sinaliza, sem ponderação, uma série de locais que poderiam compor a carga horária mínima dos estágios supervisionados, englobando atividades bastante distintas entre si: “[...] entendido como o atendimento [...] intra e extramuros [...] multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados [...] O plantão de férias, a clínica de urgência e a triagem podem ser considerados como estágio supervisionado. Na atividade extramural, o aluno desempenhará todas as atividades pertinentes a um profissional de saúde, com supervisão docente direta ou indireta, podendo haver preceptoria externa”¹⁵. Como problematiza Werneck et al.¹⁷, a indistinção do papel de cada cenário de ensino-aprendizagem acaba respaldando a continuidade de práticas tradicionais, tecnicistas e biologicistas dentro dos currículos.

Como resultado, coloca-se em cheque as principais mudanças propostas pelas DCN, sobretudo aquelas contidas no parágrafo único: “A formação [...] deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” – e no artigo 6º: “Os conteúdos essenciais [...] devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional [...]”¹⁹. Não é difícil constatar a

distância entre tais proposições e a potencialidade limitada das experiências proporcionadas por um currículo com predominância de experiências intramuros.

Assim, parece haver ainda uma representação compartilhada por muitos gestores e formadores da área odontológica de que a presença concomitante de um consultório odontológico, dentes e/ou gengivas, um dentista em formação e alguém que supervisione (a saber, um dentista-professor, outrora treinado sob o mesmo modelo), operando saberes estruturados, seriam ainda hoje os elementos suficientes para a realização dos “estágios”, não havendo diferenciação se tal atividade seria realizada, por exemplo, dentro das faculdades, sob o peso institucional e fechada para o mundo real, ou dentro de uma Unidade de Saúde da Família, inserida num contexto comunitário, com sua equipe de trabalhadores e particularidades.

Por outro lado, existem vários estudos nacionais e internacionais que verificaram aspectos positivos oriundos de experiências extramuros, sendo destacada a importância dos alunos entrarem em contato com atividades que lhes proporcionaram a percepção dos tipos de problemas e demandas da população não frequentadora das clínicas intramuros, o entendimento das condições de acesso aos serviços, a vivência da estratégia das visitas domiciliares, desvelamento das relações entre condições de vida e condições de saúde, o aumento da importância dada aos procedimentos preventivos e promotores da saúde, o incentivo à pesquisa, a interdisciplinaridade, a motivação à realização de práticas comunitárias e educação em saúde, dentre outros^{14,21-23}.

A despeito da existência dos relatos, verifica-se, até o momento, uma escassez de estudos qualitativos na área odontológica que avaliem a percepção dos acadêmicos sobre as experiências vividas nestes cenários reais de práticas²⁴. Este tipo de avaliação é importante, pois permite identificar o ponto de vista dos alunos sobre as experiências vivenciadas e sua respectiva argumentação, com o potencial de revelar aspectos que não foram presumidos na construção de instrumentos do tipo questionários fechados, além de proporcionarem uma riqueza de detalhes ao preservar a natureza narrativa dos depoimentos.

Considerando o exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar as percepções de graduandos de um curso de odontologia em relação à importância atribuída ao estágio realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) para sua formação profissional.

Metodologia

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp. Deste estudo de natureza quali-quantitativa participaram 184 acadêmicos de odontologia de uma faculdade pública do estado de São Paulo, compreendendo 86,8% do universo de 212 alunos que haviam participado das atividades do estágio realizadas em USF, durante os dois últimos semestres do curso, nos anos de 2008, 2009 e 2010.

A disciplina extramuro ocorre nos dois últimos semestres do curso de graduação analisado e é vinculada à disciplina de clínica integrada. As atividades extramurais são compostas por dois contextos distintos, ambos viabilizados por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piracicaba/SP e a faculdade. O primeiro refere-se ao atendimento clínico a escolares, realizado nas clínicas do antigo prédio da Faculdade, localizado no centro da cidade, que abriga também um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal. Os graduandos realizam o atendimento de crianças, com idade entre 6 a 12 anos, de escolas públicas do município, sob a supervisão de profissionais da SMS e de membros da faculdade, num contexto que se aproxima do trabalho real na atenção secundária especializada em odontopediatria. O segundo contexto do desenvolvimento das atividades extramurais é realizado nas USF, objeto de análise deste estudo.

Embora o estágio nas USF estivesse situado dentro de uma disciplina clínica comum às áreas tradicionais (como periodontia e dentística, por exemplo), houve participação exclusiva dos professores e pós-graduandos da área de odontologia preventiva e saúde pública, não havendo envolvimento dos demais departamentos. A supervisão, o acompanhamento e a avaliação dos alunos foram realizados direta (presencial) e indiretamente (à distância) pelos docentes e alunos de pós-graduação da referida área, além dos membros das Equipes de Saúde da Família e gestores municipais do setor saúde.

Antes do início de cada semestre letivo, o departamento responsável pelo estágio sorteou para cada aluno, as USF (6, dentre as 34 existentes até então no município de Piracicaba/SP, parceiras na formação profissional) e as semanas nas quais os acadêmicos cumpriram a atividade. Dessa forma, as seis unidades receberam um graduando diferente a cada semana. No semestre seguinte, os alunos cumpriram a mesma carga horária (40 h), na mesma unidade, totalizando 80 h durante o quarto e, até então, último ano do curso de graduação.

No primeiro dia de contato dos alunos com a USF, os alunos se reuniram com a equipe a fim de conhecerem seu trabalho, sanarem dúvidas sobre a logística empregada, sobre o cronograma de trabalho da USF, as atividades que deveriam participar e identificarem o trabalho dos profissionais dentro do seu campo de atuação específico. Neste momento, foi apresentado o cronograma de atividades do aluno dentro da USF, que poderia ser discutido e mudado conforme as demandas de cada momento.

Assim, sob a supervisão de profissionais de saúde preceptores, alunos de pós-graduação e professores, os graduandos planejaram e realizaram grupos de discussão sobre saúde bucal com a população, visitas domiciliares com os agentes comunitários de saúde, reuniões semanais de equipe, atendimento clínico, atenção em saúde bucal a escolares, territorialização e levantamentos epidemiológicos. Os preceptores nos serviços acompanharam todas as atividades semanais, inclusive dando notas em relação ao interesse e iniciativa dos graduandos, sua pontualidade e frequência, integração e participação com a equipe, aspectos técnicos, acolhimento dos usuários, conhecimento sobre aspectos ligados ao SUS e ao PSF, vestimenta e aparência, postura ética, entre outros, que influenciaram a nota atribuída ao desempenho dos acadêmicos^{22,25}.

Diariamente, os acadêmicos preencheram o 'diário de bordo', uma plataforma digital na qual eram inseridas informações do que eles fizeram na unidade naquela semana, a fim de proporcionar continuidade ao trabalho desenvolvido anteriormente pelo próximo acadêmico a trabalhar na Unidade^{22,25}.

Ao final do estágio, os acadêmicos preencheram uma ficha de avaliação da experiência composta pela questão: "Qual a sua opinião em relação à importância desse estágio no SUS para a sua formação profissional? Comente esta experiência e seus aspectos positivos e negativos".

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica quali-quantitativa de processamento de dados do discurso do sujeito coletivo²⁶, embasado pela Teoria das Representações Sociais²⁷. O método considera o objeto de estudo (a opinião de um grupo) uma variável ao mesmo tempo qualitativa e quantitativa. Qualitativa porque, segundo Lefèvre²⁸, o que as pessoas têm a dizer deve ser tratado como uma incógnita, e quantitativo, pois as opiniões possuem diferentes graus de compartilhamento dentro do grupo estudado, o que é passível de mensuração.

O discurso do sujeito coletivo (DSC) é um método de análise de respostas abertas, que resul-

ta, ao final do processo, em depoimentos coletivos, escritos na primeira pessoa do singular, feitos através de diferentes depoimentos individuais, com vistas a produzir o efeito do coletivo expressando-se diretamente²⁸. Além dos DSC, o resultado final de uma pesquisa desta natureza compreende também o grau de compartilhamento (GC), que representa, numericamente, a proporção de pessoas que compartilham ideia semelhante e as ideias centrais (IC) identificadas. A IC é uma expressão linguística que o pesquisador designa para descrever de forma mais sintética e direta possível o sentido dos discursos individuais (ou trechos dos discursos), o que possibilita organizar ideias semelhantes em um DSC. Tais resultados são obtidos através de uma série de operações de organização de dados sob a forma de texto, auxiliadas pelo software Qualiquantisoft.

Em pesquisas de natureza qualitativa, é oportuno realizar a etapa de validação junto aos emissores das informações, que pode ser feita através da devolutiva dos discursos do sujeito coletivo, obtidos junto aos alunos participantes, para que se reconheçam, confirmem e comentem os achados²⁶. No entanto, tal procedimento não pôde ser realizado na presente pesquisa, pois a análise foi iniciada e concluída quando todos os alunos já haviam se formado há mais de dois anos, fato que tornou inviável o contato pelo pesquisador, aliado a possibilidade de viés de memória pelos entrevistados.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentados os dados quantitativos, a partir da síntese das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações, obtidas das respostas dos graduandos. Em seguida, estão dispostos os respectivos DSC.

A seguir são apresentados os discursos do sujeito coletivo referente às ideias centrais:

Discurso do sujeito coletivo da ideia central A (Foi positivo vivenciar o serviço na prática)

Foi interessante para aprender na prática como funciona o SUS, pude ver o dia a dia da unidade, conhecer melhor o Bolsa Família, a hierarquização, os sistemas de referência e contrarreferência, a rede de apoio que é espetacular, foi essencial. Aqui eu fiz de tudo, ajudei na enfermagem, no consultório, na pesagem das crianças, no atendimento à população, fiz visitas com as ACS, ajudei nas consultas de pós-natais e idosos, participei de reuniões para dis-

Tabela 1. Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão “Qual a sua opinião em relação à importância desse estágio no SUS para a sua formação profissional? Comente esta experiência e seus aspectos positivos e negativos”.

Ideias centrais	n	%
A. Foi positivo vivenciar o serviço na prática	118	64,1
B. Foi positivo conhecer a realidade social	90	48,9
C. Foi positivo o contato com profissionais de outras áreas	52	28,3
D. Foi negativo por interferir na produção da clínica	29	15,8
E. Foi positivo sob o aspecto odontológico técnico	27	14,7

Obs. a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 184 respostas e a porcentagem de 100% pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

cutir os problemas de saúde local e possibilidades de melhoria no serviço prestado. Tudo isso foi bom para amadurecer e ver um pouco como é a vida fora da faculdade. Pude fazer a ponte de ligação entre o que aprendi em sala de aula sobre o funcionamento e diretrizes de uma USF! Indo lá, vivenciando, você aprende bem mais que só na teoria da faculdade, pude entender completamente várias das siglas as quais nunca consegui nem guardar. Aprender a trabalhar no serviço público não é ensinado na faculdade e muitos de nós provavelmente teremos nossos empregos sustentados por ele. Temos que ter odontologia social prática para termos certeza se gostamos ou não. Considero importante, toda e qualquer vivência que deixe de ser papel para se tornar realidade, possibilitou despertar em nós a iniciativa de trabalhar por esse grupo de pessoas, essa vivência mudou a minha concepção a respeito do serviço público. Foi maravilhoso, apesar de no início estar um pouco receoso, minutos após chegar lá, já vi que havia algum propósito naquilo e me abri para todas as experiências. Foi, está sendo e ainda será muito importante esta vivência, agradeço a todos que contribuíram para isto.

Discurso do sujeito coletivo da ideia central B (Foi positivo conhecer a realidade social)

Foi uma experiência muito chocante, achei importante, pois vi uma dura realidade, diferente da qual estou acostumado. É uma experiência de conscientização dos alunos porque a realidade que essas pessoas vivem não é a que nós vivenciamos

na clínica da faculdade. No posto, eles são tratados não só como doentes, ou seja, além dos funcionários tratarem a doença, eles recebem tratamento especializado e humanitário de uma forma completa e adequada, e são acolhidos. Muitos apenas querem conversar e desabafar. Esta experiência nos revela o lado social e de relacionamentos no nosso trabalho, a área de saúde requer uma vasta experiência no quesito relações humanas. Passei a ter mais vontade de ajudar as pessoas e ver um paciente não só pela boca que precisa de tratamento, mas também pela vida, condições socioeconômicas e culturais, como um todo, inserido numa situação global, sendo influenciado pelo âmbito social, familiar e pessoal. Um profissional da saúde deve ter noção do meio em que vive seu paciente para promover saúde, pude ver qual é a origem do 'problema' que chega na clínica, no consultório. Tenho certeza que isso tudo será de grande valia, a fim de saber conviver com as diferenças, invocando em nós um sentimento não só de humildade, mas de poder fazer algo para tentar minimizar os sofrimentos dessa população tão excluída socialmente. É maravilhoso poder ajudar as pessoas carentes e ser retribuída com carinho e afeto.

Discurso do sujeito coletivo da ideia central C (Foi positivo o contato com profissionais de outras áreas)

Somou para mim como profissional ter a oportunidade de ver a integração de uma equipe, percebi que é muito importante para solução dos problemas de saúde da população. Foi positivo aprimorar a capacidade de trabalhar em grupo, praticar a interdisciplinaridade, deixando um pouco de lado o aspecto 'individualista' do ambiente clínico. Aprendi a trabalhar em equipe, pois o paciente é de todos os profissionais da unidade. Na reunião semanal, pude perceber como os assuntos e dúvidas/sugestões são expostos e discutidos com todos os funcionários, achei muito importante sentir o quanto é fundamental a interação de todos eles em relação aos pacientes. A equipe é maravilhosa, gostei muito da companhia, das risadas. Percebi que o PSF não funcionaria sem a ação das agentes comunitárias e que são elas que trazem a população para a unidade.

Discurso do sujeito coletivo da ideia central D (Foi negativo por interferir na produção da clínica)

Foi um aspecto negativo termos que perder horas de clínica em trabalho extramuro. Na clínica

odontológica integrada da faculdade a produção mínima cobrada é excessiva, poderiam manter o estágio de forma que não nos prejudicasse quanto a isso, faltar na clínica a semana toda é bem complicado. A forma como é o sistema de ensino de nossa faculdade não nos deixa aproveitar psicologicamente, porque estamos lá, com a cabeça na clínica que estamos perdendo, se não prejudicasse tanto os alunos o estágio seria muito mais reconhecido. Deveria existir uma melhor conciliação de horários. Os aspectos negativos são causados mais pela pressão que a clínica impõe sobre os alunos, que pelo próprio estágio. Para as pessoas que não pretendem seguir no meio da saúde pública, acaba sendo inútil passar tanto tempo nas unidades com tanto conteúdo se passando pela faculdade! Perdi clínica, atrasei prótese e talvez isso me cause um exame.

Discurso do sujeito coletivo da ideia central E (Foi positivo sob o aspecto odontológico técnico)

Foi positivo acompanhar o dia a dia de todos na unidade por nos fazer enriquecer em conhecimentos odontológicos específicos, aprendendo novas técnicas, conhecendo um ambiente de trabalho distinto daquele que é vivido dentro da faculdade, o que torna o aluno capaz de atender em diferentes condições. Realizei procedimentos que na faculdade não tinha realizado, como restaurações em amálgama, e aprendi algumas coisas com a dentista, foram positivas a agilidade e rapidez com que fazemos os procedimentos, os contatos com profissionais já atuantes na área acabam por nos passar um pouco de experiência. Fiz muitas aplicações de flúor nas escolas! Mesmo sem muitos recursos, como por exemplo, não contar com material para isolamento absoluto, é possível realizar os procedimentos e com eficiência.

Discussão

O presente estudo objetivou avaliar as percepções dos acadêmicos sobre a importância do estágio supervisionado em Unidades de Saúde da Família para sua formação profissional, por meio de uma pesquisa qualitativa.

Nos discursos foi possível identificar elementos que valorizam o potencial do estágio em promover reflexões e experiências importantes para os alunos sobre a vivência prática no SUS, sobre a realidade social, o trabalho em equipe, os benefícios da incorporação de um cenário externo à

faculdade, e sobre o processo de ensino-aprendizagem. Tais achados são estímulos para que haja a incorporação de atividades semelhantes nos diversos cursos de graduação na área da saúde.

Existe um consenso na literatura sobre a importância da incorporação de atividades práticas de ensino em cenários reais de ensino-aprendizagem²⁹⁻³³. A receptividade dos alunos à experiência, associada às suas argumentações sobre a superação do teorismo acadêmico, expressados no DSC A, confirmam a necessidade da incorporação de experiências de aprendizagem pautadas nas situações concretas dos serviços de saúde. A valorização da vivência pelos alunos vai ao encontro do que é preconizado pelo programa Pró-Saúde, em seu eixo que trata dos cenários de prática, que prevê a exposição dos alunos ao trabalho sobre problemas reais⁶. No discurso, nota-se também a percepção da importância da prática em significar o aprendizado teórico visto em sala de aula, clarificando conceitos de saúde coletiva, o que também foi constatado por Moimaz et al.³⁴ em trabalho que avaliou a importância do estágio extramuro realizado na cidade de Araçatuba, para formação profissional. Em outro estudo, Sanchez et al.¹⁸ avaliaram os desejos, percepções e preparo de acadêmicos de odontologia em relação aos princípios do PSE, constatando que a maioria dos alunos afirmou que a aquisição de características desejáveis para um bom trabalho no programa se daria através da vivência da realidade, o que também corrobora com nossos achados. Por outro lado, Daher et al.²⁴ constataram que o interesse dos alunos em atividades práticas extramuros parece diminuir quando realizadas repetidas visitas, fomentando a hipótese de que é necessário pensar em atividades inovadoras e estimulantes nos sucessivos contatos com o serviço.

A ideia central B e seu respectivo DSC mostram que a experiência no estágio proporciona aos acadêmicos o desvelamento da realidade social e parecem colaborar com a construção de uma visão humanista e compreensiva dos problemas de saúde, questões diretamente associadas às características desejadas como parte do perfil do egresso, apontadas nas DCN⁹. Faz-se necessário ressaltar, no entanto, ao final do discurso, o desdobramento de uma ideia que pode ser interpretada como indício de caridade. Isso pode estar relacionado com uma deficiência no entendimento, por parte de alguns alunos, de que a assistência em saúde no Brasil é um direito, e não uma benevolência. Essa constatação corrobora a afirmação de Lemos³⁵ que a atenção odontológica à população de baixa renda é considerada por

muitos acadêmicos e profissionais da Odontologia como caridade e filantropismo.

No estudo de Sanchez et al.¹⁸, os autores constataram que a experiência dos acadêmicos junto a realidade extramuros e cenários sociais chocantes proporcionaram-lhes maior compreensão sobre os determinantes que impactavam no contexto de vida dos pacientes, colaborando assim para a sua formação profissional. Moimaz et al.³⁶, em estudo que avaliou o serviço extramuro odontológico (Semo), sob a óptica dos egressos, constataram que os alunos consideraram o contato com a realidade social como um dos fatores relacionados à contribuição do estágio para a formação profissional.

Na mesma linha, em avaliação sobre as percepções de acadêmicos de odontologia sobre as visitas domiciliares, Morita et al.³⁷ constataram a aquisição de atributos como a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença, o reconhecimento da importância do vínculo e acolhimento na atenção à saúde, semelhantemente ao encontrado neste estudo. Rubin³⁸ também constatou a aquisição de competências como a valorização do espírito comunitário e compreensão cultural ampliada, após realização de atividades em serviços públicos de saúde. Tais achados militam a favor da importância desse tipo de atividade em promover a aquisição destes atributos-chave nos esforços de reorientação profissional.

A experiência positiva de trabalho multiprofissional, observada no DSC C, confirma os achados de outros estudos que indicam que o trabalho em equipe tem sua importância compreendida e é valorizado pelos estudantes^{31,34,39-42}. Tal valorização é surpreendente, uma vez que nos ambientes de prática clínica da faculdade, prevalece a atuação isolada do profissional, assim como na prática privada, para a qual ainda é hegemonicamente direcionada a formação. No Brasil, a inserção do cirurgião-dentista nas equipes de saúde da família demanda uma postura que quebra desse paradigma sob o qual o profissional atua de forma isolada dos outros profissionais da saúde, afinal o trabalho em equipe não deve ser compreendido como uma simples ação concomitante dos diversos profissionais, devendo existir comunicação e uma integração de fato⁴².

Diversos pontos nas DCN indicam a necessidade de uma formação voltada para a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, habilidades de comunicação com a equipe, dentre outros⁸. Pontos semelhantes estão presentes nas recomendações da Association for Dental Education in Europe (ADEE), indicando

que o dentista europeu deve ser preparado na graduação para trabalhar em equipe com seus pares e com os demais profissionais do sistema de saúde vigente⁴³. O comprometimento da equipe reportado pelos alunos neste estudo difere do encontrado por Daher et al.²⁴, que identificaram o relato de falta de comprometimento da equipe em estágio extramuro no PSF, com enfoque em odontopediatria, realizado no estado de Goiás, sendo este um fator associado às experiências negativas vivenciadas pelos estudantes.

Apesar dos avanços, verifica-se que algumas barreiras institucionais podem prejudicar a avaliação da experiência vivenciada pelos alunos, fato observado pelo DSC D, referente à percepção dos alunos de que o estágio atrapalha o desempenho das atividades na clínica da faculdade. Este fato parece estar relacionado à ideia de que o estágio é uma atividade paralela, menos importante e não integrante do ciclo de formação. Isso pode estar associado ao fato de sua implementação se dar pelo esforço prioritário, senão isolado, das disciplinas de saúde coletiva, além de uma visão fragmentada dos alunos entre a prática privada e a pública, reforçada pela extensa carga horária da clínica intramuros. Segundo Lefèvre e Lefèvre²⁶, as representações sociais são influenciadas por condições relativas ao contexto histórico e de infraestrutura, e, citando Bauman⁴⁴, colocam que o contexto histórico vigente é o do mundo globalizado, onde estão presentes formações sociais caracterizadas no plano da infraestrutura pelo princípio do consumo individualizado. Esse contexto encontra eco dentro do processo de formação, fomentando a tendência do preparo para a prática de mercado, descontextualizada das necessidades epidemiológicas da população.

Embora a clínica intramuros seja um equipamento fundamental inserido em disciplinas no currículo, a capacidade e habilidade técnica de tratamento de doenças, foco prioritário deste cenário, não pode ser o único objetivo final na formação dos profissionais de saúde⁴². A priorização da clínica intramuros reflete a visão *flexneriana* de formação, que valoriza a centralidade do conhecimento técnico compartimentalizado, pouco integrador e marcado pela visão biologicista e unicausal da doença, em detrimento aos determinantes contextuais⁴⁵.

Por fim, o DSC E revela a valorização dos alunos pela oportunidade de conhecer e aperfeiçoar habilidades técnicas em um cenário externo à faculdade, em contato com profissionais experientes, além de desmistificarem a necessidade de disporem de recursos muito sofisticados para efetuar

um bom trabalho. Tal achado está de acordo com diversos estudos que comprovam o aumento de motivação, confiança e eficiência nas habilidades clínicas em práticas extramurais^{30,46,47}. Embora o aprendizado de técnicas clínicas não seja o único, tampouco o mais importante objetivo desse tipo de estágio, talvez o descobrimento de que é possível aprender e aplicar intervenções clínicas em outros contextos de práticas, e também obtendo um bom resultado clínico, possa atrair o gosto dos alunos pelo trabalho no SUS. No estudo de Santa-Rosa et al.⁴⁸, os alunos participantes de estágio rural demonstraram-se surpresos ao encontrar uma infraestrutura adequada para a realização da prática clínica. Aqui, os alunos também valorizam a oportunidade de atuarem nas USF, em casos que são incomuns nas clínicas intramuros da faculdade, achados parecidos com os de outros estudos, em que os graduandos avaliaram a experiência extramuros como uma oportunidade que os expõe a uma diversidade maior de demandas clínicas, as quais não seriam oportunizadas no ambiente interno da faculdade^{46,47,49,50}.

O currículo da faculdade em questão apresenta um ciclo de estágios composto pelas atividades extramurais (nas USF e junto ao CEO) e também pelo estágio na clínica intramuros, inicialmente composta pelas disciplinas isoladas de cirurgia, periodontia, prótese e, posteriormente, pela clínica integrada, além do plantão de urgências e do serviço de triagem, com ampla predominância de carga horária dedicada para estas atividades realizadas dentro dos limites físicos da faculdade. Tomando-se como referencial teórico a problematização proposta por Werneck et al.¹⁷, afirmamos que a composição das atividades de estágio é marcada sobretudo por práticas conservadoras e o estágio nas USF permanece isolado como atividade de vivência real do mundo do trabalho no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, frente aos resultados obtidos, embora sejamos otimistas com relação à profundidade de reflexão demonstrada nos discursos dos alunos e à formação de um olhar ampliado, acreditamos que mudanças de paradigma sobre o perfil dos profissionais demandariam debates institucionais e reformulações curriculares muito mais amplas, o que seria um enorme desafio considerando o contexto político das academias e a própria identidade profissional da odontologia, marcada, dentre outras características, segundo Warmling et al.³¹, pela autonomia da boca e predileção pela prática privada liberal.

Assim como o currículo da formação odontológica nasceu sem menção à inclusão de uma

clínica bucal (apenas à cirurgia e à prótese), hoje o currículo de certa forma reafirma tal autonomia ao isolar o ensino odontológico das outras áreas da saúde e, sobretudo, da sociedade e do mundo real do trabalho, o que vem ao encontro de uma tradição de mais de 130 anos⁵¹.

Através da análise dos discursos dos graduandos, consideramos que a experiência desenvolvida nas USF apresenta pontos fortes, como a inserção do graduando no mundo real do trabalho em saúde coletiva, a interação com populações concretas que apresentam demanda por sua atuação, participação em atividades multiprofissionais diversificadas e efetivação da integração docente-assistencial no município, com a participação dos profissionais da rede tanto na supervisão/avaliação dos alunos, quanto em cursos de pós-graduação junto à faculdade. Por outro lado, os pontos frágeis residem no fato da pequena carga horária dedicada a tal, a convivência em paralelo com a hegemonia da formação intramuros, isolamento curricular e desinteresse em participar desta atividade, por parte do corpo docente não pertencente à área de saúde coletiva.

Embora o estágio nas USF esteja inserido num contexto curricular tradicional marcado pela ênfase nas práticas clínicas intramuros, destituído de qualquer tipo de integração junto aos demais departamentos, os achados indicam a importância do mesmo em viabilizar aos estudantes experiências, reflexões e desenvolvimento de habilidades que não teriam possibilidade de se desenvolverem nas atividades intramuros. Permanecer durante uma semana em uma USF, embora por si só não represente uma revolução na formação profissional, proporcionou aos estudantes uma oportunidade importante para conhecer o trabalho no setor público, a ampliação da consciência sobre a realidade social, e a experiência com o trabalho multiprofissional, inexistente nas clínicas intramuros.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é decorrente do fato de as fichas de avaliação terem sido aplicadas pelo departamento responsável pelo estágio, o que, em hipótese, poderia gerar algum tipo de receio nos alunos em expressarem aspectos negativos do estágio. No entanto, tal fato não desqualifica os importantes achados positivos, uma vez que, através da metodologia utilizada, foi possível preservar aspectos argumentativos, inclusive negativos, o que colaborou para legitimar os discursos.

Outra limitação que merece ser apontada é decorrente do uso do termo “importância” na questão feita aos estudantes (“Qual a sua opinião em relação à importância deste estágio no SUS para a sua formação profissional? Comente esta experiência e seus aspectos positivos e negativos”). Embora houvesse intencionalidade dos autores em utilizar tal termo no sentido de valor, mérito ou interesse⁵², consideramos que seu emprego pode ter sido interpretado pelos estudantes de forma a induzi-los a privilegiar os aspectos positivos do estágio, sendo um potencial viés²⁶.

O fato de alguns alunos participarem do estágio nos últimos meses do curso dificultou a realização da análise em tempo hábil para proporcionar a devolutiva e validação dos discursos obtidos com os alunos. No entanto, considerando a tendência recente das faculdades de inserirem os graduandos já nos primeiros semestres do curso em atividades na atenção primária à saúde, o que vem sendo preconizado em âmbito nacional^{6,9,10}, sugere-se que futuros estudos contemplem tal etapa, o que colaborará para a ampliação da compreensão dos presentes achados. Além disso, avaliações desenvolvidas a partir de membros externos ao departamento poderão contribuir para a maior fidedignidade dos dados.

Conclusão

Observou-se neste estudo que os graduandos atribuíram importância positiva ao estágio nas USF, para a sua formação profissional. A análise quali-quantitativa apontou que os graduandos foram capazes de valorizar a vivência prática no serviço, o conhecimento da realidade social, o contato com profissionais de outras áreas e o treinamento técnico em condições distintas daquelas encontradas na faculdade, embora tenham demonstrado preocupação em relação à interferência na produção da clínica intramuros.

Colaboradores

PAT Leme, AC Pereira, MC Meneghim e FL Mialhe participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Zilbovicius C, De Araujo ME, Botazzo C, Frias AC, Junqueira SR, Junqueira CR. A Paradigm Shift in Predoc-toral Dental Curricula in Brazil: Evaluating the Process of Change. *J Dent Educ* 2011; 75(4):557-564.
2. Hobson RS. A view of European challenges in dental education. *Br Dent J* 2009; 206(2):65-66.
3. McHarg J, Kay EJ. The anatomy of a new dental curric-ulum. *Br Dent J* 2008; 204(11):635-638.
4. Bailit HL, Formicola AJ, D'Abreu KC, Bau I, Zamora G, Stavisky JS. The Dental Pipeline Program: The Na-tional Program Office Perspective. *J Dent Educ* 2009; 73(Supl. 2):S15-S22.
5. Kassebaum DK, Hendricson WD, Taft T, Haden NK. The Dental Curriculum at North American Dental In-stitutions in 2002-03: A Survey of Current Structure, Recent Innovations, and Planned Changes. *J Dent Educ* 2004; 68(9):914-931.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Edu-cação (MEC). *Prograna Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: MS; 2007.
7. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Es-tratégia Saúde da Família diante de demandas médi-co-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc* 2012; 21(4):884-894.
8. Brasil. Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Es-tabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
9. Brasil. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacio-nais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União* 2002; 4 mar.
10. Brasil. Portaria Interministerial nº1802, de 26 de Ago-sto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Tra-balho para a Saúde: PET-Saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 27 ago.
11. Schönwetter DJ, Law D, Mazurat R, Sileikyte R, Nazarko O. Assessing graduating dental students' competencies: the impact of classroom, clinic and externships learn-ing experiences. *Eur J Dent Educ* 2011; 15(3):142-152.
12. Mascarenhas AK. Community-Based Dental Educa-tion at Boston University. *J Dent Educ* 2011; 75(Supl. 10):S21-S24.
13. Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL, Herbert RA, Cowpe JG. Developing the continuum of dental education: including dental foundation trainers in the delivery of a community-based clinical teaching programme. *Brit Dent J* 2012; 213(10):517-521.
14. Okayama M, Kajii E. Does community-based educa-tion increase students' motivation to practice commu-nity health care? - a cross sectional study. *BMC Med Educ* 2011; 11:19.
15. Piskorowski WA, Fitzgerald M, Mastey J, Krell RE. De-velopment of a Sustainable Community-Based Dental Education Program. *J Dent Educ* 2011; 75(8):1038-1043.
16. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Dire-trizes da ABENO para a definição do estágio supervi-sionado nos cursos de Odontologia. *Rev ABENO* 2002; 2(1):39.
17. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):221-231.
18. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação dos recursos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):523-531.
19. Casotti E. *Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
20. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação*. [aces-sado 2014 jun 21]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:di-retrizes-curriculares-cursos-de-graduacao
21. Lucas SD, Palmier AC, Amaral JHL, Werneck MAF, Senna MIB. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. *Rev ABENO* 2012; 11(1):29-34.
22. Mialhe FL, Meneghim MDC, Souza MLR, Pereira AC. *Integração ensino-serviço para a reorientação da forma-ção profissional em saúde: a experiência da FOP/Uni-camp*. Rio de Janeiro: Usina de Letras; 2011.
23. Souza Neto AC, Almeida AL, Santos Junior PR, Novaes IM. Vivência da odontologia no PET-Saúde da Famí-lia da UFAL. Aprendizado de ações coletivas baseado no ensino-pesquisa-extensão acadêmicos. *Rev ABENO* 2012; 11(1):16-18.
24. Daher A, Costa LR, Machado GCM. Dental Students' Perceptions of Community-Based Education: A Re-trospective Study at a Dental School in Brazil. *J Dent Educ* 2012; 76(9):1218-1225.
25. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Silva C, Rosário L. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Fa-mília em Piracicaba, SP. *Arq Odontol* 2010; 46(3):144-151.
26. Lefèvre F, Lefevre AM. *Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discur-so do Sujeito Coletivo*. Brasília: Liber Livr; 2010.
27. Jodelet D. *Representations sociales: un domaine en ex-pansion*. Paris: PUF; 1989.
28. Lefèvre F. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botuca-tu)* 2006; 10(20):517-524.

29. Brondani MA, Clark C, Rossoff L, Alekseju J. An Evolving Community-Based Dental Course on Professionalism and Community Service. *J Dent Educ* 2008; 72(10):1160-1168.
30. Brondani MA, Chen A, Chiu A, Gooch S, Ko K, Lee K, Maskan A, Steed B. Undergraduate geriatric education through community service learning. *Gerodontology* 2012; 29(2):E1222-E1229.
31. Craddock HL. An evaluation of student, patient and practitioner experience of general dental practice placements. *Brit Dent J* 2011; 211(6):279-282.
32. Eriksen HM, Bergdahl M, Byrkjeflot L-I, Crossner C-G, Widstrom E, Tillberg A. Evaluation of a dental outreach teaching programme. *Eur J Dent Educ* 2011; 15(1):3-7.
33. Elkind A, Watts C, Qualtrough A, Blinkhorn AS, Potter C, Duxbury J, Blinkhorn F, Taylor I, Turner R. The use of outreach clinics for teaching undergraduate restorative dentistry. *Br Dent J* 2007; 203(3):127-132.
34. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Zina LG, Furtado JF, Amorin JA. Serviço extramuro odontológico: impacto na formação profissional. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006; 8(41):53-57.
35. Lemos CLS. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. *Rev ABENO* 2005; 5(1):80-85.
36. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Zina LG. Atividades extramuros na ótica de egressos do curso de graduação em odontologia. *Rev ABENO* 2008; 8(1):23-29.
37. Morita MC, Codato LAB, Higasi MS, Kasai MLHI. Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia. *Rev Odontol* 2010; 39(2):75-79.
38. Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. *J Dent Educ* 2004; 68(4):460-467.
39. Maguire A, Hind V, Waterhouse PJ, Tabari D, Steen IN, Lloyd J. Developing a primary dental care outreach (PDCO) course - part 2: perceptions of dental students. *Eur J Dent Educ* 2009; 13(4):210-217.
40. Evans JL, Henderson A, Johnson NW. Interprofessional learning enhances knowledge of roles but is less able to shift attitudes: a case study from dental education. *Eur J Dent Educ* 2012; 16(4):239-245.
41. Evans CA, Bolden AJ, Hryhorczuk C, Noorullah K. Management of Experiences in Community-Based Dental Education. *J Dent Educ* 2010; 74(Supl. 10):25-32.
42. Morita MC, Haddad AE. Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 268-276.
43. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ* 2010; 14(4):193-202.
44. Bauman Z. *O mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
45. Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-290.
46. Atchison KA, Thind A, Carreon DC, Nakazono TT, Gutierrez JJ, Afifi AA, et al. Comparison of Extramural Clinical Rotation Days: Did the Pipeline Program Make a Difference? *J Dent Educ* 2011; 75(1):52-61.
47. Mascarenhas AK, Freilich SR, Henshaw MM, Jones JA, Mann ML, Frankl SN. Evaluating Externship Programs: Impact of Program Length on Clinical Productivity. *J Dent Educ* 2007; 71(4):516-523.
48. Santa-Rosa TTA, Vargas AMD, Ferreira EF. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):451-466.
49. Ratzmann A, Wiesmann U, Gedrange T, Korda B. Early patient contact in undergraduate dental education in Germany - "The Greifswald Model". *Eur J Dent Educ* 2007; 11(2):93-98.
50. Smith M, Lennon MA, Brook AH, Ritucci L, Robinson PG. Student perspectives on their recent dental outreach placement experiences. *Eur J Dent Educ* 2006; 10(2):80-86.
51. Warmling CM, Marzola NR, Botazzo C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 2012; 19(1):181-195.
52. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

Apresentado em 10/07/2014

Aprovado em 02/09/2014

Versão final apresentada em 23/09/2014

