

Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia

Maria Celeste MORITA^a, Lucimar Aparecida Britto CODATO^a, Maura Sassahara HIGASI^a,
Maria Luiza Hiromi Iwakura KASAI^a

^aDepartamento de Medicina Oral Odontologia Infantil, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, UEL – Universidade Estadual de Londrina, 86051-980 Londrina - PR, Brasil

Morita MC, Codato LAB, Higasi MS, Kasai MLHI. Home visits: learning opportunities in dental education. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(2): 75-79.

Resumo

Estudo de natureza qualitativa, que objetivou identificar as percepções de acadêmicos de Odontologia sobre visitas domiciliares realizadas a usuários por eles atendidos na universidade. Os dados foram obtidos através de depoimentos individuais escritos dos alunos e interpretados por meio de análise de conteúdo temática. Concluiu-se que, entre os pesquisados, a visita domiciliar mostrou-se efetiva para o aprendizado baseado na realidade, oportunizou a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença, possibilitou o reconhecimento da importância do vínculo e do acolhimento na atenção à saúde, e favoreceu a participação dos alunos como sujeitos ativos na construção do conhecimento.

Palavras-chave: Educação em Odontologia; visita domiciliar; programa saúde da família.

Abstract

This qualitative study aimed to identify the perceptions of dental students on home visits to families of patients treated by them. The visits were accompanied by Community Health Workers belonging to the Family Health Program. Data were obtained on the basis of individual written reports of students and interpreted through thematic content analysis. It was concluded that for this group of students surveyed home visits proved to be an effective tool for learning based on reality and also an opportunity to expand their vision of the health-disease process, enabling the recognition of the importance of bonding and host in health care and encouraging participation of students as active subjects on knowledge construction.

Keywords: Dental education; home visits; family health program.

INTRODUÇÃO

A Educação Superior deve estar atrelada à realidade da população. A sua relevância está diretamente ligada às ações das Instituições de Ensino frente às necessidades da sociedade. Sabe-se que a responsabilidade pela promoção de saúde deve ser compartilhada por indivíduos, comunidades, profissionais de saúde e instituições que prestam serviços de saúde.¹

Assim, a Educação Superior tem como meta alcançar uma maior cobertura e compromissos sociais com indução de inovações nas propostas educativas, produções e transferências de aprendizagem por meio de alianças com diferentes atores sociais, como o governo e as organizações da sociedade; todo esse conjunto facilita o cumprimento de sua missão com qualidade, pertinência, eficiência e transparência frente às demandas e desafios da sociedade.^{2,3}

Neste sentido, é essencial a formação em sintonia com os serviços para o desenvolvimento de habilidades, para trabalhar em uma democracia, para o desenvolvimento de pensamento crítico, competências culturais e engajamento cívico.⁴

O aprendizado baseado no serviço à comunidade tem sido comum na educação odontológica. Nele, escola e comunidade são parceiras, o que favorece a aprendizagem e a responsabilidade social durante a formação do aluno.⁵ Esse aprendizado possibilita também despertar nos alunos a apropriação de conteúdos, padrões de desempenho, colaboração e atitudes reflexivas sobre saúde pública, e de produzir efeitos positivos na comunidade.^{6,7}

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Odontologia apontam a necessidade de a formação

acadêmica estar atrelada a referenciais epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais de seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação dessa realidade em benefício da sociedade. Busca-se a formação de futuros profissionais com perfil generalista, humanista, críticos e reflexivos, capazes de cuidar de indivíduos e não somente da assistência a doentes, aptos a trabalhar em equipes multiprofissionais, em espaços de trabalhos variados, não restritos apenas ao consultório odontológico.⁸ Os locais de prática devem ser diversificados e a interação ativa do aluno com a população deve acontecer desde o início do processo de formação, o que possibilita ao estudante a atuação sobre problemas reais.⁹

Para adequar-se às orientações das diretrizes curriculares, tem-se buscado a inserção efetiva dos alunos no mundo do trabalho, visando à construção de conhecimentos práticos, reais, em sintonia com as necessidades da população; objetiva-se também o desenvolvimento nos alunos de habilidades de comunicação, de trabalho em equipe, considerando-se os contextos históricos, culturais e econômicos específicos.

Entre as estratégias utilizadas, a visita domiciliar, dentro do Programa Saúde da Família (PSF), foi eleita como espaço privilegiado de aprendizagem.

O objetivo deste artigo é discutir as percepções de alunos relacionadas às visitas domiciliares realizadas durante a formação acadêmica.

METODOLOGIA

A pesquisa é parte do conjunto de avaliações do processo de implantação de modificações curriculares derivadas da implementação das DCN. Neste contexto, grupos focais foram realizados com alunos da 4ª série do curso, nos quais a visita domiciliar foi apontada como elemento essencial para sua formação. A partir desta pré-análise, delimitou-se este estudo de natureza qualitativa, cujos dados foram obtidos em depoimentos escritos dos sujeitos de pesquisa que foram analisados por meio de análise de conteúdo temática.^{10,11} A opção metodológica baseou-se no fato de que a análise de conteúdo favorece o entendimento do que está por trás dos conteúdos manifestos. A unidade de registro tema foi escolhida por ser uma unidade maior e por acreditar-se que facilitaria a análise dos dados obtidos.

Foi realizada leitura exaustiva de cada um dos depoimentos e do conjunto deles, ou seja, do corpus da pesquisa. O próximo passo executado foi o agrupamento dos fragmentos dos textos por temas que emergiram a partir dos depoimentos.

1. A Coleta de Dados Seguiu as Seguintes Etapas

1.1. Primeira etapa

Dentro dos muros da Universidade, há uma Clínica Odontológica de Programa de Saúde da Família (CO-PSF), cujos usuários são referenciados de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. No ano de 2009, antes do início do atendimento, houve reunião inicial entre docentes, discentes, equipe de saúde da UBS, comunidade e representantes do Conselho Local de Saúde (CLS) para a construção e os ajustes do projeto; nesta

reunião, foram estabelecidos os contratos de convivência, sendo acordado que:

- Ao CLS caberia o registro do acordo e o acompanhamento do desenvolvimento da proposta.
- Os profissionais de saúde da UBS ficariam responsáveis pela gestão do agendamento e do preenchimento dos documentos de referência, e da interlocução para o trabalho em equipe. Assim, os pacientes mais complexos teriam atenção à saúde bucal integrada na cadeia do cuidado.
- A comunidade seria responsável pelo comparecimento aos horários agendados e pela adoção de condutas de corresponsabilização para a resolução de suas necessidades bucais, com instituição de comportamentos de autocuidado.
- Alunos e professores ficariam comprometidos com a resolução de necessidades odontológicas possíveis dentro da graduação e tentar encaminhar os casos mais complexos para a pós-graduação. Além disso, outras necessidades identificadas seriam referenciadas à UBS visando à integralidade da atenção. Todo atendimento prestado seria pautado na humanização, no vínculo e no acolhimento do usuário.

1.2. Segunda etapa

Alunos e professores visitaram a UBS e participaram de reunião com alguns dos profissionais que nela atuam: enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que se encontravam na UBS (reduzidor de danos, educador físico). Esse encontro possibilitou trocas e interações entre os envolvidos que foram importantes para que os alunos conhecessem parte da realidade local.

1.3. Terceira etapa

No mês de março de 2009, vinte alunos do 4º ano que atuavam na CO-PSF, distribuídos em pequenos grupos, acompanhados por três ACS, realizaram visitas domiciliares a 12 famílias de usuários que iriam receber atendimento odontológico na Clínica de PSF. As visitas foram realizadas a pé, o que possibilitou compreensão ambiental do território. Somente participaram do estudo os alunos, ACS e usuários que concordaram, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido em conformidade com a resolução 196/96¹² para pesquisas com seres humanos.

Após as visitas, foi pedido a cada aluno um depoimento escrito sobre as percepções individuais relacionadas à visita domiciliar, tendo como perguntas norteadoras: 'O que vocês acharam da visita domiciliar?' e 'Como você percebeu o PSF?'. Os depoimentos foram numerados aleatoriamente de 1 a 20. Assim, DA1 significa 'depoimento do aluno 1'.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Bioscal, parecer CEP 325/09 – CAAE: 0012.0.083.000-09.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os temas que emergiram dos depoimentos serão analisados a seguir:

1. *Aprendizado com Base na Realidade*

Entre os sujeitos de pesquisa, foi percebida a importância do conhecimento da realidade socioeconômica, cultural e sanitária.

“Foi uma experiência chocante e produtiva pelo fato de estar no meio, na casa com a família da pessoa, vendo a situação que enfrentam no dia a dia” (DA2).

“Com essas visitas pode-se ver a real necessidade dessas famílias” (DA1).

Esse resultado apontou que a visita domiciliar foi importante para o aluno enxergar a realidade e a interferência dos fatores socioeconômicos e culturais, condições essas que a sala de aula e a clínica convencional têm limitações para despertar no aluno, porque normalmente possibilitam a visualização de imagens e a escuta sobre determinado tema, enquanto que, nos espaços extraclasses, o aluno está vivenciando os fatos, o que lhe favorece o aprendizado integral. Tais conhecimentos auxiliam o diagnóstico clínico e a elaboração de opções de planos de tratamentos mais adequados e condizentes com a realidade dos usuários.

A formação tradicional baseada na organização disciplinar, nas especialidades e na valorização do conteúdo conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde da sociedade, que não consegue lidar com totalidades ou realidades complexas,¹³ somado ao fato de que o currículo estruturado está se tornando ultrapassado, muito caro e deficiente para prover a educação necessária no futuro.¹⁴

Por outro lado, o currículo modular, baseado no profissionalismo e na comunidade, expõe os futuros profissionais a variadas experiências sobre as necessidades da população.¹⁵ Além disso, oportuniza o entendimento da relação entre família e saúde da comunidade, o que favorece a identificação e a resolução dos problemas de saúde.¹⁶

Espaços alternativos de aprendizagem foram valorizados pelos alunos pesquisados, relacionando-os a conteúdos vistos em outros momentos da graduação. Parece que tal associação favoreceu a confirmação, a absorção e a sedimentação do conhecimento.

“Um fato curioso é que a ACS realmente tem conhecimento da maioria senão de todas as pessoas das áreas onde passamos, de suas enfermidades, dificuldades e problemas” (DA1).

“Essas visitas foram de grande importância para entendermos um pouco mais de como funciona o PSF e qual o papel de cada integrante da equipe” (DA4).

Ações extramurais são ferramentas importantes para a transformação de imagens e conceitos,¹⁷ muitas vezes negativos, sobre o sistema de saúde. Assim, a visita domiciliar é importante porque os alunos presenciam a realidade da população e dos profissionais que atuam neste sistema. Somado ao fato de que os discentes participam das ações rotineiras da equipe multiprofissional, o que favorece a apropriação do conhecimento e o rompimento de preconceitos em relação ao SUS, porque o aluno passa a entender concretamente as virtudes e limitações do SUS, uma vez que ele atua em uma equipe multiprofissional.

2. Visão Ampliada do Processo Saúde-Doença

O contato com as famílias foi percebido como importante para o reconhecimento dos determinantes de saúde, a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença e o reconhecimento das barreiras ao acesso.

“A visita domiciliar foi uma experiência valiosa. A partir de agora não trataremos apenas de uma boca, mas de um ser humano, pois sabemos a realidade em que vivem, sua necessidade e a sua condição de vida” (DA1).

“Os ACS não focam apenas as doenças, mas todos os aspectos biopsicossociais que envolvem as doenças. Na prática significa escutar os problemas, não só os relacionados às enfermidades, mas os de aspectos familiar, domésticos, habitacional e emocional” (DA6).

Esse achado sugere o entendimento de que as condições sociais são barreiras e que o processo saúde-doença é altamente influenciado pelo social e não somente pelo biológico. Por meio desses depoimentos, os alunos parecem ter ampliado o foco de observação e enxergado na prática a influência da intersetorialidade na saúde. Sabe-se que muitas das queixas trazidas ao sistema de saúde não têm uma causa orgânica e são relacionadas ao modo de viver em todas as suas dimensões.¹³

Outro resultado interessante foi o entendimento do processo saúde-doença.

“A paciente mostrou-se bastante saudável e dentro dos seus limites até mesmo forte” (DA18).

A expressão até mesmo forte sugere apropriação do conceito ampliado de saúde, reconhecimento que saúde e doença não são processos estáticos e isolados, e que é possível ter saúde mesmo apresentando algumas limitações. É fato que a formação de recursos humanos deve reconhecer a determinação social da doença e não apenas a sua causa biológica,¹³ além de que as experiências de alunos de Odontologia baseadas na comunidade podem levar a mudanças de atitudes e a um melhor entendimento dos determinantes de saúde bucal.¹⁸

3. Importância do Vínculo e do Acolhimento

Os sujeitos de pesquisa reconheceram nas visitas domiciliares ações relacionadas à humanização da atenção.

“O que mais me chamou a atenção (nas visitas) foi a felicidade que essas pessoas sentiram de serem acolhidas por um cuidado carinhoso, afetivo, de serem ouvidas, assim sentindo-se valorizadas” (DA16).

“Notei que algumas pessoas esperavam por essas visitas muitas vezes por carência de ter com quem falar e de saber que alguém se preocupa com elas” (DA2).

Esse resultado foi importante porque o atendimento humanizado é previsto pelas DCN. O fato do vínculo e do acolhimento terem sido reconhecidos pelos alunos mostrou que a visita domiciliar favorece o desenvolvimento dessas habilidades. Estas se mostram difíceis de serem obtidas por meio do aprendizado intramuro, porque este é limitado, muitas vezes, apenas ao procedimento técnico que está sendo realizado naquela sessão, não possibilitando o contato e o entendimento da realidade do usuário e dos serviços de saúde.

Tal fato pode estar relacionado ao fato de os alunos terem sido inseridos em uma equipe multiprofissional, cujas ações são rotineiramente permeadas pela humanização da atenção. Evidencia-se, dessa forma, a importância dos locais onde se produz saúde para a formação integral, porque o aluno participa do trabalho em equipe, entende a realidade na qual está inserido,

possibilitando-lhe a sensibilização, o comprometimento e o desenvolvimento de atitudes e valores relacionados ao compromisso social do futuro profissional.

Nas equipes de saúde, o acolhimento é tido como postura e prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança, compromisso e alianças entre usuários, equipes de saúde e serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade para a legitimação do sistema público de saúde.¹⁹

Essa dinâmica ocorre porque se almeja um modelo de atenção voltado para as necessidades da população, pautado em princípios de promoção e comprometimento com a humanização, o que requer mudança de postura de seus profissionais. Esse caminho só poderá ser trilhado de forma compartilhada, com fortalecimento da articulação entre ensino-serviço¹³ porque está relacionado ao estabelecimento de vínculos solidários, ao aumento do grau de corresponsabilização na produção do cuidado e à identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde.²⁰

4. Alunos Sujeitos Ativos na Construção do Conhecimento

Entre os alunos, a prática da visita domiciliar foi percebida como importante para a formação profissional.

“Posso dizer que foi uma experiência única, de grande aprendizado e amadurecimento profissional. Proporcionou-me um conhecimento mais amplo e crítico do PSF” (DA7).

“Nesta visita mudou bastante o meu conceito sobre o PSF, hoje eu vi o que faz e o quanto vale uma pessoa que trabalha nesse programa” (DA5).

Esse achado sugere que a visita domiciliar favoreceu nos sujeitos de pesquisa a capacidade de pensar criticamente, de participar e de entender o trabalho multiprofissional, importantes não só para a formação profissional como também para a de cidadania, porque oportunizou a atuação por meio de contato direto com a realidade. O aprendizado é favorecido quando o sujeito participa ativamente do processo, pois ele vivencia o conhecimento porque está inserido no contexto.

Sabe-se que Educar não se restringe à transmissão de conteúdos. Relaciona-se à formação de pessoas com senso crítico e formas de pensamento capazes de transformar a informação em conhecimento; daí, a necessidade de se abordarem os problemas dentro de seus contextos.²

Assim, o profissional de Odontologia deve ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática; deve ser, portanto, capaz de aprender a aprender e ter compromisso e responsabilidade com a sua educação.⁸ Desta forma, a responsabilidade social do dentista e os aspectos relacionados ao profissionalismo podem ser obtidos por meio de programas de aprendizado no serviço, além de esta forma favorecer o conhecimento das necessidades da sociedade e o melhoramento do acesso público ao cuidado de saúde bucal por meio de parcerias entre instituições formadoras, serviços de saúde e comunidade.⁵

Para isso, estudantes de saúde devem assumir postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção de conhecimento, pois a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, muitas vezes com valorização de conteúdos distantes da realidade e da necessidade da população, gradua profissionais que não conseguem lidar com a subjetividade das pessoas e com questões complexas.¹³

CONCLUSÃO

Apesar de este estudo apresentar limitações pelo fato de ter sido um recorte transversal de uma realidade específica, foi possível perceber que, entre os sujeitos pesquisados, a visita domiciliar mostrou-se um instrumento efetivo para o processo ensino-aprendizagem, porque aproximou os alunos da realidade socioeconômica, cultural e sanitária da população e oportunizou a construção do conhecimento em locais onde efetivamente acontecem as ações de saúde. A visita domiciliar foi vista também como oportunidade para compreensão ampliada do processo saúde-doença por meio da vivência com outros atores, o que favoreceu o reconhecimento das necessidades percebidas pelo usuário. Além disso, possibilitou a valorização e o reconhecimento do trabalho realizado pelos ACS, principalmente a humanização da atenção que foi vivenciada pelos alunos durante a visita domiciliar.

Assim, a visita domiciliar mostrou-se efetiva não só para a formação profissional, mas também para a de cidadania, porque favoreceu o reconhecimento de atitudes e valores relacionados ao compromisso social dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Ottawa charter for health promotion: first International Conference on Health Promotion. Geneva; 1986 [cited 2009 Apr]. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Tendências da educação superior para o século XXI. In: Conferência Mundial sobre Ensino Superior; 1998 out 5-9; Paris, FR. Brasília: UNESCO; 1999.
3. Brasil. Lei 10.172 de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 10 jan de 2001.
4. Nokes K, Nickitas DM, Keida R, Nevilles S. Does service-learning increase cultural competency, critical thinking and civic engagement? *J Nurs Educ*. 2005; 44: 65-70.
5. Grobe JC. Service-learning in dental education: meetind needs and challenges. *J Dent Educ*. 2009; 73: 454-63.
6. Gregorio DI, DeChello LM, Segal J. Service Learning within the university of Connecticut Master of Public Health Program. *Public Health Rep*. 2008; 123: (Suppl 2): 44-52.

7. Morita MC, Kriger L. A relação ensino e serviços de odontologia In: Perri de Carvalho AC, Krieger L. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
8. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1300/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 7 dez. 2001; Seção 1: 25.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- Pró-saúde Brasília; 2005 [citado em 2009 Jan]. Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
11. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [citado em 2009 Abr 7]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional [Internet]. Brasília; 2002 [citado em 2009 Jan 15]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/8587943278_por.pdf.
14. Bean C, Rowland ML, Soller H, Paul C, Van Sickle R, Levings K, Agunga R. Comparing fourth-year dental student productivity and experiences in a dental school with community-based clinical education. J Dent Educ. 2007; 71: 1020-6.
15. Brondani MA, Clark C, Rossoff L, Aleksejunüniene J. An evolving community-based dental course on professionalism and community service. J Dent Educ. 2008; 72: 1160-8.
16. Leung KK, Liu WJ, Wang WD, Chen CY. Factors affecting students evaluation in a Community Service-learning program. Adv Health Sci Educ. 2007; 12: 475-90.
17. Brown JD, Bone L, Gillis L. Service Learning to impact homelessness: The result of academic and community collaboration. Public Health Rep. 2006; 121: 343-8.
18. Holtzman JS, Seirawam H. Impacto f community-based oral health experiences on Dental Students attitudes towards caring for the underserved. J Dent Educ. 2009; 73: 303-10.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento das práticas de produção de saúde. 2.ª edição 2.ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS 3.ª edição 1.ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2006.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Dra. Maria Celeste Morita

Departamento de Medicina Oral Odontologia Infantil, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia,
UEL – Universidade Estadual de Londrina, 86051-980 Londrina - PR, Brasil

e-mail: moritamc@sercomtel.com.br

Recebido: 03/12/2009

Aceito: 01/04/2010

