

# MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

## Capítulo 1: Estágio Supervisionado no curso de odontologia: marcos legais e sua importância na construção do perfil acadêmico e profissional

**Autoras: Caroline Morais Sena, Mônica Moura da Costa e Silva, Patrícia Suguri Cristino e Tatiana Frederico de Almeida**

### **Apresentando o capítulo**

O **Estágio Supervisionado** é uma das principais etapas da graduação em saúde, favorecendo ao estudante um contato maior com a realidade da profissão escolhida, possibilitando a **vivência de situações práticas, técnicas, científicas e socioculturais**, contribuindo assim, com a sua formação integral em saúde. (GOMES, CACHE, HUGO, 2010)

No caso da Odontologia, quando uma Instituição do Ensino Superior (IES) insere o estudante da graduação em um serviço de saúde bucal na esfera pública, pretende-se que o profissional em formação atue juntamente com o cirurgião dentista trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) da atenção básica, em uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, no exercício de práticas com vistas ao alcance da **integralidade de atenção à saúde no SUS**. (TOASSI e LUIZ, 2016)

Atualmente, o desafio das IES é formar profissionais de saúde com perfil humanista e generalista capazes de atuar no SUS. A diferenciação dos cenários de prática é uma das estratégias para a transformação curricular, aproximando os estudantes da vida cotidiana da população, desenvolvendo assim um olhar crítico sobre as situações vivenciadas. (PIMENTEL et al., 2015)

Este capítulo tem como objetivo descrever **os principais marcos legais do Estágio Curricular Supervisionado** no curso de graduação de Odontologia no Brasil, com ênfase na legislação do SUS, nas diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) de Odontologia e na Lei do Estágio. Além disso, discute-se aqui algumas **experiências e desafios do Estágio Supervisionado em Odontologia** no âmbito do serviço público de saúde.

## O Sistema Único de Saúde e as práticas de atenção à saúde

A Constituição Federal de 1988 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) criado e regulamentado posteriormente pela **Lei 8.080/90**. Esta norma dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A criação de um sistema nacional público de saúde, antes não previsto no ordenamento jurídico brasileiro, busca assegurar a universalidade e o acesso de todos os cidadãos brasileiros às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 1990)

No entanto, a previsão jurídica não é suficiente para a mudança do modelo de assistência em saúde no Brasil. (TEXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998) O modelo assistencial hegemônico, e que permanece vigente na formação, e nos serviços de saúde no Brasil, revela um descompasso frente aos princípios e diretrizes do SUS, pois privilegia a organização da atenção voltada para o atendimento clínico dos usuários que buscam os serviços em demanda espontânea. (COLLISILLI, TOMBINI e REIBNITZ, 2009) Entretanto, o reconhecimento jurídico da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado permitiu uma série de avanços no campo da saúde pública brasileira. Nesse contexto, são reconhecidas pelos seus êxitos uma série de iniciativas, dentre elas, o Programa Nacional de Imunizações, o Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo país do mundo em número de transplantes e o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS). (SOUZA e COSTA, 2010)

O fortalecimento do SUS passa pela adoção de um modelo de atenção com base na **concepção ampliada de saúde e no controle social**. Nesse ponto, há que se destacar a evolução da Atenção Básica no Brasil, tendo a **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, como principal entrada do usuário no SUS, assim como as ações previstas na **Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)**, em todos os níveis de complexidade, da primária à terciária, em busca da integralidade do cuidado em saúde. (BRASIL, 2004) Publicada em 2004, a PNSB garante a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população, dando maior visibilidade ao direito de acesso às ações odontológicas no SUS. Ao final de 2012, a população brasileira contava com 22.139 equipes de saúde bucal (ESB), operando em 4.907 municípios contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Importa destacar, que a ESF, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, preconiza o trabalho multidisciplinar orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do

vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A referida norma recomenda que a equipe multiprofissional esteja formada minimamente por médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais da saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe de saúde deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas de uma determinada área. (BRASIL, 2011) Todavia, ressaltamos que a ESF ainda não funciona de forma integral e equitativa por uma série de motivos, tais como: contratação de profissionais sem perfil de atuação, condições de trabalho precárias e ineficiência da administração de gestores. (SOUZA e COSTA, 2010)

Sabe-se que a formação na área da saúde deve estar voltada para a preparação ética, técnica e humanística para atuar em todos os níveis de atenção à saúde cuja atuação busca o enfrentamento de uma realidade complexa em um trabalho coletivo, integrado e interdisciplinar no SUS. Assim, é indispensável a articulação da formação do cirurgião dentista para o “exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”. (BRASIL, 2002)

### **A formação em saúde no Brasil: aspectos legais e a importância do Estágio Supervisionado**

As mudanças incitadas pelo SUS tornam imprescindível a mudança do modelo de ensino das IES em saúde. É fundamental, portanto, a formação de profissionais com perfil adequado para a atuação no SUS. Em consonância ao exposto, a **lei nº 8.080/90** em seu art. 16º diz que o **SUS deve promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.** (BRASIL, 1990)

O relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNBS) realizada no ano de 2004 valoriza a parceria entre as instituições de ensino e os serviços de atenção como o objetivo de aproximar os estudantes do modelo assistencial e da realidade da população. As propostas que foram votadas e descritas no relatório tendem a contribuir com o grande desafio: a reflexão sobre as

condições reais de vida e saúde da nossa população, em que a atenção em saúde bucal deve estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor saúde do governo. (BRASIL, 2004)

Nos últimos anos, as políticas de formação de recursos humanos em saúde sofreram uma série de mudanças com vistas à adequação dos processos formativos ao modelo de atenção. Uma importante iniciativa foi a criação das **Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's)**, enquanto orientação estratégica para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as IES. Morita e Kringer (2009) salientam a importância das DCN's para os cursos de saúde, visto que devem estar em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira.

As DCN's do curso de graduação de Odontologia foram instituídas por meio de uma resolução do Conselho Nacional de Educação em conjunto com a Câmara de Educação Superior (CNE/CES) homologada em 04 de dezembro de 2001. (BRASIL, 2002) Tais diretrizes têm como objetivo definir os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos cirurgiões dentistas, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia das IES. Elas devem ser seguidas por todas as IES do Brasil e enfatizar os princípios do SUS. O art. 3º das DCN's diz que:

“O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com **formação generalista, humanista, crítica e reflexiva**, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”. (BRASIL, 2002)

As diretrizes estão voltadas para a formação do estudante de Odontologia com perfil para intervir prioritariamente na saúde bucal coletiva. Desse modo, a atuação do cirurgião dentista não pode estar descontextualizada das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. A adequação do perfil do egresso de Odontologia passa pela adequação do currículo e organização do curso; o Estágio Supervisionado é parte fundamental da matriz curricular. Segundo as DCN's o Estágio Supervisionado representa o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente; ele deve ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A sua carga horária mínima deve atingir 20% da carga horária total do curso de Odontologia.

Os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), compreendendo a necessidade de atuarem como facilitadores da integração entre ensino e serviços de saúde para a adequada implantação do SUS, têm promovido iniciativas com o intuito de estimular a aproximação das IES dos serviços de saúde, como o **Pró-Saúde** (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde) lançado em 2005, tendo como objetivo geral incentivar a mudança no processo de formação, gerar conhecimento e prestação de serviço de qualidade para a população (PALMIER et al., 2012); o **PET-Saúde** (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), entre outros. O PET-Saúde atua incentivando a interação ensino-serviço-comunidade por meio de inserção de docentes e estudantes de graduação na rede pública de saúde fazendo com que a prática seja fonte de evolução do conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. É um programa dirigido por docentes, preceptores e estudantes de graduação tendo como um dos resultados esperados o desenvolvimento de pesquisa para qualificação e fortalecimento do SUS e estímulo para formação de profissionais de saúde com o perfil adequado para atender as necessidades das políticas públicas do nosso país. (FERREIRA, FERREIRA e FREIRE, 2013)

Cabe aqui destacar ainda que o estágio de estudantes é garantido pela **lei nº 11.788** de 25 de setembro de 2008, que diz que o Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que freqüentam o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. (BRASIL, 2008)

No artigo 9º a lei nº11.788 diz que as pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, tendo algumas obrigações descritas nessa mesma lei. (BRASIL, 2008)

O Estágio Supervisionado, que contempla os objetivos do projeto pedagógico da IES e está inserido nas atividades de integração ensino-serviço, deverá ser acompanhado efetivamente por um professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente. É definido como estágio não-obrigatório aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória. E o estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga

horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma (BRASIL, 2008); ele é atividade de competência única e exclusiva das instituições de ensino de graduação e poderão ser realizadas na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob a responsabilidade e coordenação direta de cirurgião dentista professor da instituição de ensino em que o aluno é matriculado. (BRASIL, 2012)

### **O desafio da inserção do cirurgião dentista no mercado de trabalho**

Nesta etapa deste capítulo importa considerar as **principais modalidades atuais de inserção do cirurgião dentista no mercado de trabalho** (autônomo, assalariado – setor privado e setor público e proprietário), conforme proposto por Bleicher (2016); as dificuldades enfrentadas pelos egressos de Odontologia neste processo e a crescente necessidade de profissionais com perfil adequado para atuar no SUS, principalmente em municípios do interior do país. (VILALBA, MADUREIRA E BARROS, 2009; COSTA et al., 2016) Evidencia-se um confronto entre a formação do cirurgião dentista, caracterizada pelo individualismo com ânsia de lucros, alienação da realidade, tendência curativista e desprezo ao serviço público odontológico e as necessidades sociais em saúde bucal. (COSTA et al., 2016)



#### **\*SAIBA MAIS**

Lana Bleicher em sua tese de Doutorado analisa a inserção do dentista no mercado de trabalho à luz de algumas teorias e dimensões, dentre as quais destaca-se a proposta por Cecília Donnangelo (1975). Indicamos a leitura do artigo a seguir que procura desvendar em que medida a prática dos dentistas em Salvador-BA é atingida pelos diferentes tipos de precarização do trabalho e compreender como estes profissionais percebem este processo.

BLEICHER, L. Precarização do trabalho do cirurgião dentista na cidade de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 3, p. 668-682, 2012.

Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3457.pdf>

## Experiências do Estágio Supervisionado em Odontologia

O ambiente de trabalho é o local onde são desenvolvidas as atividades do Estágio Supervisionado e que podem ter os **cenários intramurais (no interior das IES) e extramurais** nas clínicas integradas da atenção básica, em instituições públicas, locais onde os alunos executam atividades assistenciais, exercitando competências já adquiridas, desenvolvendo intervenções de educação e promoção em saúde, realizando a atenção básica resolutiva, em busca do atendimento integral ao paciente. (SCAVUZZI et al., 2015)

O desenvolvimento de atividades extramuros no SUS deve favorecer o rompimento da perspectiva biologistica, individualista e tecnicista da profissão odontológica, permitindo ao estudante a experiência de um novo modo de cuidar em saúde, mais humanizado e centrado nos pressupostos da Saúde Coletiva. Além disso, deve permitir ao acadêmico conhecer o funcionamento e planejamento dos serviços públicos de saúde, e assim vivenciar a PNSB no cotidiano das práticas em saúde. (ROSA, 2005)

A diferenciação dos cenários de prática é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. (SOUZA et al., 2013) Essa estratégia aproxima os estudantes do dia a dia da população e desenvolve um olhar crítico, possibilitando cuidar dos principais e reais problemas da sociedade. Diferentes cenários das práticas devem estar presentes ao longo de toda a formação, permitindo que os estudantes tenham a oportunidade de aprender e trabalhar em todos os ambientes que realize atenção à saúde. (PIMENTEL et al., 2015) Desta forma, se faz necessário planejar estratégias de ensino para viabilizar o aluno a vivenciar a Atenção Primária: no contato direto com os pacientes do sistema de saúde, com as equipes de Saúde da Família e nos ambientes onde esta prática é realizada. (SOUZA et al., 2013) O Estágio Supervisionado é lócus privilegiado para esta vivência real.

Desde o ano de 2017, os alunos do décimo semestre do curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), IES privada localizada em Salvador-BA, vêm desenvolvendo suas atividades de Estágio em Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) dos distritos sanitários do Cabula-Beiru, Brotas e Pau da Lima do município de Salvador durante dois turnos semanais e são orientados por preceptores cirurgiões dentistas do local. Desse modo, eles têm a oportunidade de ainda na graduação vivenciarem o

funcionamento da Atenção Primária estruturada de maneira integral e humanizada no SUS real. Estes profissionais chegarão ao mercado de trabalho mais preparados na teoria e na prática para enfrentarem os desafios da atuação no setor público. Esta mudança curricular visou uma melhor integração ensino-serviço-comunidade e foi possibilitada pelo trabalho do PET Gradua SUS, programa do Ministério da Saúde que incorporou os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem no período de 2016 a 2017 da EBMSP em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Uma estratégia que deve ser valorizada e estimulada no Estágio Supervisionado é a **interdisciplinaridade**, que se caracteriza pela intensidade das trocas de conhecimento entre as especialidades da área de saúde e pelo grau de integração real entre as disciplinas. Para Pimentel et al. (2015), essa estratégia é um grande desafio para os discentes, que trazem uma experiência de disciplinas fragmentadas, voltadas às especialidades de cada área de atuação, e para os docentes e preceptores, que nem sempre tiveram formação pedagógica interdisciplinar.

Outro importante aspecto a ser considerado no Estágio Supervisionado é a **preceptoria**. O preceptor tem várias funções, sendo sua atuação necessária ao desenvolvimento profissional e pessoal do graduando, somando na formação de atitudes e valores profissionais. Ele deve estimular o pensamento reflexivo e transformador em saúde. Autores apontam que, nesse processo, o estudante e o preceptor adquirem conhecimento técnico, como também trocam experiências, construindo e reconstruindo os seus conhecimentos. São condições que exigem a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes. (FREIRE, 1996)

O processo de formação e educação permanente de preceptores em saúde deve ser incentivado no SUS. A ESBMSP atenta a esta questão promoveu em 2017 um curso de formação de preceptores em saúde bucal, o qual foi oferecido através de momentos formativos presenciais, constituídos por Oficinas e Rodas de Conversa, quando os seguintes temas foram discutidos: “O papel da Preceptoria”, “Acolhimento”, “Planejamento e Programação Local em Saúde”, “Enfoque epidemiológico no SUS”, “Tecnologias preventivas em saúde bucal” e “Bioética”. Uma complementação deste curso ocorreu através da tecnologia da “Educação à Distância” (EAD), possibilitada pelo uso da plataforma *moodle* da EBMSP.

## Finalizando este capítulo

Este capítulo procurou mostrar a necessidade de um **novo modelo de formação em saúde bucal, sob a ótica do Estágio Supervisionado no contexto do SUS.**

Apesar da implantação das DCN's, a formação predominante em Odontologia continua privilegiando a formação clínica, biologista, tecnicista e organicista, centrada no modelo biomédico de atenção, desvinculada, portanto, das necessidades de saúde da população e da formação profissional para o SUS. No entanto, atualmente, a maior parte dos egressos, ao deixarem os cursos de Odontologia, ingressam no setor público para atuar predominantemente na ESF.

Consideramos que o processo formativo em Odontologia para o SUS deve estar voltado para as **necessidades de saúde da população brasileira, deve ser pautado nas DCN's, na interdisciplinaridade e na humanização em saúde, privilegiando o âmbito de práticas do SUS** como espaço de formação e troca de conhecimento e experiências em saúde. O Estágio Supervisionado é lócus privilegiado para esta formação. As IES devem priorizar o desenvolvimento da disciplina de Estágio no âmbito do SUS, em especial na ESF, na intenção de inserir os estudantes em atividades multiprofissionais e interdisciplinares que sejam verdadeiramente transformadoras do ponto de vista educacional, político e social.

## REFERÊNCIAS

1. BLEICHER, L. O dentista e o mercado de trabalho. In: Chaves, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 255-272.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Seção 1, p. 10.
3. BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
4. BRASIL. Lei nº 11.788 - 25 de setembro de 2008. Estágio de estudantes. Brasília: Diário Oficial da União. [Acesso em: 8 de setembro de 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm)

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília, DF, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 27 maio 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. BLEICHER, L. Precarização do trabalho do cirurgião dentista na cidade de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 3, p. 668-682, 2012.
9. COLLISILLI, L.; TOMBINI, LHT.; REIBNITZ, KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p.932-937, nov./dez., 2009.
10. COSTA, ABO.; et al. Inserção de egressos de Odontologia do Tocantins no mercado de trabalho. *Revista da ABENO*, Campinas, v.16, n.2, p.93-104, abr./jun., 2016.
11. FERREIRA, NP.; FERREIRA, AP.; FREIRE, MCM. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. *Rev. Odontol*, São Paulo, n.24, v.4, p.304-309, jul./agos., 2013.
12. FREIRE P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 25ª edição, São Paulo: Paz e Terra, 1996, p. 12-54.
13. GOMES, MS.; ROCHE, R.; HUGO, FN. Análise do impacto do estágio supervisionado sobre o desempenho da Policlínica Odontológica Central da Brigada Milita: enfoque em resultados. *Rev. Fec. Odontol.*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 5-10, jan./abri., 2010.
14. MORITA, CM.; KINGER, L. Mudanças no curso de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, São Paulo, v.4, n.1, p.17-21, jan./dez., 2009.
15. PALMIER, AC.; et al. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuição do Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Belo Horizonte, n.36, v.1, supl. 2, p.152-157, novembro, 2012.

16. PIMENTEL, EC.; et al. Ensino e aprendizagem em Estágio Supervisionado: estágio integrado em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica, Alagoas*, v.16, n. 2, p. 352-358, mai., 2015.
17. ROSA, TTAS. A influência do estágio supervisionado na formação de estudantes do curso de odontologia da UFMG. Dissertação (Mestrado) – faculdade de odontologia da UFMG, Belo Horizonte, p. 1-135, março, 2005.
18. SCAVUZZI, AIF.; et al. Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de Odontologia. *Revista ABENO, Salvador*, n. 15, v.3, p.109-113, jul./set., 2015.
19. SOUZA, CFT; Oliveira DLL; Monteiro GS; Barbosa HMM; Ricardo GT; Neto MCL et al. A atenção primária na formação médica: experiência de uma turma de medicina. *Revista Brasileira de educação médica. Maceió*, n.37, v.3, p.448-454, jul./set, 2013.
20. SOUZA, GCA.; COSTA, ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde soc., São Paulo*, v.19, n.3, p.509-517, julho, 2010.
21. TEIXEIRA, CF.; PAIM, JS.; VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol, Salvador*, v.7, n.2, p.7-28, abr./jun., 1988.
22. TOASSI, RFC.; LUIZ, GW. Percepções sobre preceptor cirurgião – dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. *Revista da ABENO, Porto Alegre*, v.16, n.1, p.2-12, abr./mai., 2016.
23. VILLALBA, JP.; MADUREIRA, PR.; MARROS, NF. Perfil profissional do cirurgião dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Inst Ciênc Saúde, São Paulo*, v.27, n.3, setembro, 2009.

# **MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA**

## **Capítulo 2: O cotidiano da preceptoría em saúde bucal nas unidades atenção primária em saúde de Salvador-BA – Plano de Estágio**

**Autora: Haline Antunes**

### **Apresentando o capítulo**

Este Manual é direcionado tanto para preceptores quanto para estudantes, em atividade de estágio curricular de odontologia nas Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) em Salvador-BA. O objetivo é nortear a condução do estágio com base no cotidiano dos serviços de saúde.

Inicialmente, salientamos que a interação ensino-serviço-comunidade, viabilizada a partir da **Preceptoría**, tem importância fundamental no processo de ensino e aprendizagem, pois possibilita o contato direto do(a) estudante com a prática no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as atividades possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado nos princípios do SUS (integralidade do cuidado e equidade da atenção), supervisionadas pela equipe preceptora da rede de assistência em saúde (LONGHI et al., 2014; RODRIGUES et al., 2012).

O capítulo ora apresentado visa apresentar uma sugestão de um Plano de Estágio em Saúde Bucal elaborado por preceptores cirurgiões-dentistas do serviço público de saúde do município de Salvador-BA durante o Curso de Formação de Preceptoría em Saúde Bucal ocorrido em 2017, promovido pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, uma iniciativa possibilitada pelo PET GRADUASUS (2016-2017).

### **A Rede de Atenção Primária à Saúde de Salvador-Ba e uma proposta de Plano de Estágio Curricular em Saúde Bucal**

As unidades de saúde que participam do processo de integração ensino-serviço recebendo alunos(as) da graduação e pós-graduação em formato de residência são denominadas **unidades de saúde docente-assistenciais** (LONGHI, D. M., et al, 2014).

É importante explicitar que a rede de APS do município de Salvador dispõe de **121** Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que **46** são **Unidades Básicas sem Saúde da Família (UBS)** e **75** são Unidades Básicas com **Estratégia de Saúde da Família** (denominadas de **Unidades de Saúde da Família/ USF**), com 250 equipes de Saúde da Família – EqSF implantadas. Atualmente, 45,7% da população de Salvador está coberta pelos serviços de APS (SALVADOR, 2018a).

As **USF** dispõem de uma equipe multiprofissional, conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, composta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro(a), cirurgião(ã)-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico(a) de enfermagem e médico(a) generalista (SALVADOR, 2018a). Essa equipe presta atenção integral a saúde, desde o recém-nascido até o idoso, com atendimento médico, de enfermagem, odontológico, incluindo a oferta de vacinas, administração de medicamentos, realização de procedimentos de enfermagem (curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, aferição de peso e altura), coleta de exames laboratoriais, sala de espera, visita domiciliar e ações intersetoriais. O atendimento é disponibilizado para as famílias cadastradas, exceto nos casos de urgências que independe de serem cadastradas. O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 08 às 17 horas (SALVADOR, 2018b; BRASIL, 2011).

Nas **UBS sem a Estratégia de Saúde da Família**, a composição do quadro de profissionais está diretamente vinculada à capacidade instalada da unidade de saúde e de acordo com a sua tipologia (Portaria nº147/2015), e poderá ser constituída por médico(a) clínico(a), ginecologista e pediatra, enfermeiro(a), nutricionista, assistente social, psicólogo(a), ACS, cirurgião(ã)-dentista e auxiliar de saúde bucal. Os principais serviços ofertados são consultas médicas, de enfermagem e odontologia, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. O atendimento é aberto a todos, independente de onde residem e funciona de segunda a sexta, das 08 às 17 horas (SALVADOR, 2018b).

As principais unidades de saúde docentes-assistenciais que são campos de estágio dos(as) alunos(as) do curso de odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) estão localizadas nos Distritos de Brotas, Cabula e Pau da Lima.

Os(as) estudantes que realizam estágio nessas unidades vinculam-se de forma longitudinal e estável à população e à equipe, durante o estágio. Os(as) trabalhadores(as),

membros da equipe de saúde, poderão ter função de preceptoria para com os(as) alunos(as), independentemente da categoria. Esta equipe é denominada **equipe preceptora**, responsável por organizar, conduzir e supervisionar as atividades dos estudantes na unidade de saúde, escolas, creches, unidades da gestão, ruas das comunidades, entre outros. E há um(a) trabalhador(a) **preceptor(a) responsável**, que é o(a) profissional-referência, da mesma categoria profissional a qual o(a) estudante se gradua, que tem responsabilidades de orientar o(a) estudante nas atividades diárias, principalmente nos atendimentos clínicos, controlar a frequência e conduzir, juntamente com a equipe de saúde e com os professores da EBMSp, a sua avaliação ao final do período (LONGHI, D. M., et al, 2014).

O estágio para os(as) estudantes de odontologia da EBMSp é realizado a cada semestre por um período de 17 semanas e tem carga horária de oito horas semanais. O **Plano de Estágio** - documento formal, que relata os objetivos, as atividades a serem realizadas pelo(a) estagiário(a) durante vigência do período de estágio - deve contemplar atividades clínicas e ações coletivas, e para isso sugere-se que um turno de estágio seja direcionado para os atendimentos ambulatoriais e outro turno, conforme disponibilidade do serviço e do(a) preceptor(a), seja propiciada vivência de situações concretas em atividades coletivas da unidade de saúde ou na comunidade (grupos, capacitações, reuniões de equipe, ações do Programa Saúde na Escola/ PSE, visita domiciliar, etc).

Os principais objetivos do estágio na APS são:

### **OBJETIVO GERAL**

- Desenvolver habilidades que possibilitem ao(à) estudante de odontologia atuar de acordo com princípios da prática do(a) cirurgião(ã)-dentista generalista no cotidiano do trabalho nas equipes da APS.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Atuar segundo os princípios e diretrizes do SUS e da APS;
- Desenvolver atividades na APS, correlacionando com os conceitos integralidade, coordenação do cuidado, foco no indivíduo, longitudinalidade, territorialidade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação popular e acesso;

- Desenvolver habilidades clínicas para a realização de consultas odontológicas para pessoas em diferentes ciclos de vida (criança, adolescente, adulto, idoso), gestantes e com problemas crônicos de saúde (hipertensão, diabetes, etc);
- Compreender e desenvolver o relacionamento dentista-paciente;
- Atuar segundo os princípios da humanização em saúde;
- Conhecer a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família ao qual está vinculado(a);
- Entender os princípios da territorialização e critérios usados para divisão de áreas.
- Desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde;
- Participar de forma ativa dos grupos educativos;
- Reconhecer a APS/ESF como porta de entrada do sistema de saúde;
- Reconhecer como se organizam os fluxos de acolhimento da demanda espontânea, programática e induzida na unidade de saúde de saúde e de encaminhamento para outros níveis de atenção;
- Compreender e vivenciar os diferentes papéis e atribuições dos membros de uma equipe de saúde da família / equipe de saúde bucal;
- Compreender o que são sistemas de informação em saúde e ter contato com os diferentes sistemas utilizados na atenção básica;
- Conhecer os indicadores que são monitorados pela equipe de saúde da família;
- Realizar a gestão dos insumos, materiais odontológicos, medicações da farmácia básica, gerenciamento de resíduos e supervisão do processo de esterilização.

A seguir, estão elencadas algumas sugestões de atividades que podem e devem ser adaptadas conforme contexto local do estágio em odontologia na APS. Elas foram elaboradas pelo conjunto de preceptores dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e professores da EBMSP que participaram do curso de formação para preceptores em saúde bucal na APS, realizado no primeiro semestre de 2017. Estas ações atuam como diretrizes para nortear a interação ensino-serviço. O(a) preceptor(a) da unidade de saúde docente-assistencial poderá discutir com a equipe e definir os responsáveis para cada ação, incluindo a participação dos alunos. Ressalta-se que as ações propostas podem ser flexibilizadas e adequadas à realidade e disponibilidade local.

## PLANO DE ESTÁGIO EM ODONTOLOGIA NA APS

ATIVIDADES	
<b>CONHECENDO A UNIDADE, A REDE DE ATENÇÃO, O TERRITÓRIO E OS ATORES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação do(a) discente aos servidores e demais integrantes das equipes de saúde da unidade;</li> <li>✓ Reconhecimento das dependências da unidade; formas de acesso; agenda; horário de funcionamento; serviços ofertados; e projetos da Unidade;</li> <li>✓ Apresentação do fluxograma e redes de encaminhamento - especialmente os Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs, seus serviços e protocolos de referências. Conheça mais sobre os CEOs lendo a Portaria Nº 1.570, de 29 de julho de 2004.</li> <li>✓ Reconhecimento da Ficha/prontuário odontológico e médico; fichas de referência; fichas de notificação compulsória; fichas do E-SUS e SIAB; cadernetas da criança, adolescente, gestante e idoso;</li> <li>✓ Conhecimento do território - Visita guiada para conhecer a área responsável e identificar os equipamentos sociais, conhecer as redes de apoio locais, bem como as potencialidades e problemas locais;</li> <li>Apresentação do mapa da área de abrangência da ESF vinculada.</li> </ul>
<b>PLANO DE ESTÁGIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Construção do plano de estágio;</li> <li>✓ Reconhecimento das matrizes de avaliação diária e seus indicadores (ver anexos A, B);</li> <li>✓ Construção conjunta do cronograma de ações (anexo E).</li> <li>✓ Pactuação das estratégias de educação em saúde (oficinas, mesas interativas, palestra, pôster, teatro e etc), gerando produtos que possam ficar na unidade (ex: cartilha, banner, macromodelos, folders, porta-escovas, etc);</li> <li>✓ Revisão de conteúdos (atribuições dos trabalhadores, Leis orgânicas do SUS, territorialização, cadernos da Atenção Básica, Programa Saúde na Escola, Política Nacional de Humanização, Política da Atenção Básica).</li> </ul>
<b>VISITA / ATENDIMENTO DOMICILIAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Visita domiciliar com o ACS/equipe para conhecer uma família e observar como é realizado o cadastramento dos usuários.</li> <li>✓ Planejamento e execução de uma visita domiciliar - Entender o papel do(a) dentista nesse contexto e identificar as ações possíveis de serem desenvolvidas nesse âmbito.</li> <li>✓ Realização de visita domiciliar e atendimento, juntamente com o(a) preceptor(a), para dar orientação, realizar escovação, aplicação de flúor e tratamento odontológico, quando necessário, principalmente para acamados, pacientes com mobilidade reduzida e puérperas;</li> <li>✓ Registro das fichas de atendimento coletivo, individual e de visita/atendimento domiciliar.</li> </ul>

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- / Atendimentos à população da área adscrita e à demanda aberta;
  - / Discussão acerca do caso/usuário com abordagem ampliada (construção de Projeto Terapêutico Singular - PTS, quando possível. Saiba mais sobre PST lendo capítulo 6 desse Manual);
  - / Definição acerca da melhor conduta/tratamento para o usuário em questão;
  - / Gerenciamento do tempo de atendimento de acordo com a demanda;
  - / Realização do procedimento definido de acordo com o preconizado para atenção básica (exemplo: 1º consulta, consulta de urgência, profilaxia, raspagem, alisamento e polimento supragengivais, restauração, extração, sutura, remoção de sutura, acesso a polpa dentária, drenagem de abscesso, aplicação tópica de flúor, escovação assistida, aplicação de selante, pulpotomia, tratamento de alveólite e outras urgências);
  - / Encaminhamentos dos usuários com necessidade de atendimento especializado (tratamento periodontal, extrações cirúrgicas, reabilitação com prótese, tratamento endodôntico, tratamento com odontopediatra ou especialista em pacientes especiais), para CEOs, mediante os critérios estabelecidos no protocolo da rede municipal de saúde;
  - / Preenchimento da ficha de referência;
  - / Solicitação de exames;
  - / Prescrição de medicamentos;
  - / Preenchimento das fichas (ficha de paciente/prontuário, E-SUS, BPA, encaminhamento, dentre outras);
  - / *Observação: ao final do estágio o estudante deve ter realizado pelo menos uma extração de dente permanente; uma restauração de amálgama; uma restauração de resina em dente anterior e posterior; uma raspagem supragengival; e uma urgência.*
  - / Participação nas ações do PSE realizando exame bucal epidemiológico; leitura e análise dos dados epidemiológicos dos escolares; atividades de educação sobre temas de saúde; escovação assistida com creme dental e/ou flúor; atendimento clínico; e Tratamento Restaurador Atraumático (ART).
- AÇÕES INTERSETORIAIS
- / Registro das ações realizadas e preenchimento de formulários;
  - / Visitas às creches e escolas da área de abrangência para realizar educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor nas crianças;
  - / Atividade de saúde coletiva em igrejas, associação de moradores, etc.;
  - / Realização de ações com os cuidadores de instituições assistenciais (Exemplo: Lar Vida) e com os pacientes especiais (escovação supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor, atendimento clínico e ART);
  - / Participação em reunião de conselho local de saúde ou distrital. Para compreender sobre o papel e a importância da participação do profissional de saúde nesses conselhos leia a Lei 8.142 de 28/12/1990).

**PLANEJAMENTO,  
MONITORAMENTO E  
AVALIAÇÃO SAÚDE**

- ✓ Levantamento das necessidades odontológicas da comunidade;
- ✓ Diagnóstico em saúde bucal (territorialização, análise da área de abrangência e perfil epidemiológico);
- ✓ Vigilância em Saúde (sistemas de informações em saúde: E-SUS, SIA-SUS, SIAB, etc);
- ✓ Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- ✓ Importância das fichas de registro de produtividade;
- ✓ Reconhecimento das fichas de notificação compulsória.

**ATIVIDADES COM OS DEMAIS  
PROFISSIONAIS****Acolhimento**

- ✓ Planejamento e realização das diversas ações realizadas no acolhimento coletivo em saúde bucal (ex.: sala de espera, escovação assistida, exame epidemiológico, priorização dos usuários);
- ✓ Realização de escuta dos usuários;
- ✓ Participação no acolhimento com classificação de risco das demandas odontológicas, priorizando as pessoas com maior necessidade de tratamento odontológico;
- ✓ Participação das ações de acolhimento realizadas na unidade.

<p><b>Partilha de experiências</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Observação do atendimento aos usuários de ações programáticas (agenda compartilhada);</li> <li>/ Interação com a sala de curativos, sala de procedimentos, sala de vacina e farmácia (observação da rotina de trabalho nesses espaços);</li> <li>/ Atendimento clínico interdisciplinar;</li> <li>/ Grupo de Gestantes;</li> <li>/ Grupos de educação em saúde de HAS/DM;</li> <li>/ Grupo de escovação;</li> <li>/ Participação no Grupo de Tabagismo abordando o tema lesões bucais associadas ao tabagismo e como ouvinte entendendo como funciona a terapêutica e abordagem ampliada do programa;</li> <li>/ Ações educativas. Visite o capítulo 3 desse Manual e conheça um pouco mais sobre Educação em Saúde.</li> <li>/ Atendimento e acompanhamento da saúde bucal do bebê;</li> <li>/ Sala de espera (temas sugeridos: orientação de higiene bucal, alimentos cariogênicos, tabagismo, câncer bucal, DSTs, pré-natal odontológico, odontologia para Bebês, etc);</li> <li>/ Educação permanente com os profissionais da USF e na comunidade;</li> <li>/ Aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada nos usuários presentes na unidade;</li> <li>/ Reunião geral da unidade;</li> <li>/ Reunião de equipe para planejamento de ações, discussão de casos de forma ampliada e construção de PTS;</li> <li>/ Reunião para apresentação e discussão de casos com NASF;</li> <li>/ Reunião de Equipe e discussão do processo de Acolhimento;</li> <li>/ Participação no Sábado do Homem com atendimento clínico e coletivo;</li> <li>/ Territorialização com a equipe de saúde;</li> <li>/ Projetos de intervenção para melhoria do processo de trabalho na Unidade (arquivamento de prontuário, sinalização da unidade, rotina do acolhimento na unidade, desenvolvimento de aplicativos úteis para o serviço, etc).</li> </ul>
<p><b>GESTÃO EM ODONTOLOGIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organização do Sistema de Referência e Contra-referência;</li> <li>✓ Controle de Insumos e materiais odontológicos e medicações da farmácia básica;</li> <li>✓ Atualização dos códigos para solicitação de material odontológico e medicamentos;</li> <li>✓ Gerenciamento de resíduos e supervisão do processo de esterilização (Aprender a manusear a autoclave e a fazer o teste bacteriológico);</li> <li>✓ Acompanhamento da visita dos técnicos responsáveis pela manutenção do consultório odontológico.</li> </ul>
<p><b>AValiação, AUTO-AVALIAÇÃO E DESPEDIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação ativa no processo avaliativo, reconhecendo suas fragilidades e potencialidades dentro do âmbito do processo de trabalho do dentista na Atenção Primária;</li> <li>✓ Avaliação da atuação do preceptor;</li> <li>✓ Feedback da ficha de avaliação;</li> <li>✓ Sistematização da experiência vivenciada em forma de portfólio;</li> <li>✓ Encerramento do estágio com fechamento da nota de avaliação do estágio pela matriz de avaliação e discussão sobre a experiência vivenciada;</li> <li>✓ Despedida - participação de reunião geral com reflexões, sugestões para todas as equipes da unidade.</li> </ul>

Fonte: Proposta de Plano de Estágio elaborada por preceptores de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA.

### **Relembrando alguns conceitos**

**A Estratégia Saúde da Família (ESF)**, destina-se ao trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Esse modelo visa à reorganização da atenção Primária no País, em novas bases e critérios, em substituição à estrutura tradicional de assistência, centrada no hospital e orientada para a cura de doenças. O foco de atenção está na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (RODRIGUES, A. A. A. O., et al, 2012). Um ponto importante é que atenção em saúde é por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011). Para saber leia a Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 ([HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT2488\\_21\\_10\\_2011.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT2488_21_10_2011.HTML)).

**Sala de espera:** é um dos espaços privilegiados nas Unidades de Saúde para o desenvolvimento de ações educativas com vistas à realização de um cuidado integral, para o desenvolvimento do autocuidado e para a constituição da cidadania. É nesse espaço que a comunidade é inicialmente acolhida, pois é onde permanece enquanto aguarda o atendimento e é onde pode expressar quais as suas necessidades e problemas de saúde. As atividades realizadas nas salas de espera devem contemplar as necessidades trazidas pelos usuários, como por exemplo: orientações sobre higiene bucal/saúde bucal da gestante e do bebê; saúde da criança; hipertensão e diabetes, etc (RODRIGUES, A. A. A. O., et al, 2012).

**Visita domiciliar.** Neste ponto, faremos um parêntese no capítulo para alertamos sobre características básicas desta importante ferramenta do processo de trabalho da equipe de

saúde da família: a visita domiciliar. A atenção domiciliar promove o acesso às políticas públicas e representa um dos instrumentos que garantem a integralidade e equidade da atenção, princípios doutrinários do SUS. No âmbito da saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004) estabelece que as visitas domiciliares devam ser realizadas pelos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (EqSB), com o intuito de aumentar o acesso aos usuários e às famílias impossibilitadas de se deslocarem até as unidades de saúde, por exemplo.

Na nossa prática cotidiana percebemos que os profissionais tendem a reproduzir a prática clínica odontológica na visitas, centrada nos equipamentos e procedimentos curativistas, com mínimo foco nas ações promocionais e preventivas dos agravos bucais. (De Carli et al., 2015)

Cabe lembrarmos aqui que a saúde é socialmente determinada, os processos de viver, adoecer ou morrer são motivados pelas condições de vida e relacionamentos nas famílias, onde se expressam relações de convivência, de saberes, de experiências e de trocas, de lutas, de poder e de cultura que, aliados às condições de habitação, saneamento, educação e lazer são as bases dos processos de saúde e de doença. (Moyses e Silveira Filho, 1999) A visita domiciliar permite que a equipe de saúde conheça o modo de vida das pessoas; identifique as relações familiares; planeje melhor a assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe e estabeleça vínculo. (Takahashi e Oliveira, 2000)



#### **\*ATENÇÃO**

Egry e Fonseca (2000) nos sinalizam que três formas de abordagens podem ser empregadas durante as visitas: **entrevista; observação sistematizada** e a **intervenção orientada/participativa**. Toda visita domiciliar deve ter **objetivos definidos previamente** e as abordagens adotadas durante a visita devem estar em consonância com estes objetivos.

Os mesmos autores também enfatizam que a operacionalização da visita domiciliar engloba quatro etapas principais: **planejamento; execução; registro dos dados e avaliação**.

A leitura deste artigo é super interessante e esclarecedora! Fica a dica.

Egry, E.Y., Fonseca, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 233-9, set 2000.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000300002&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000300002&script=sci_abstract&tIng=pt) Acesso em: 16 de agosto de 2018.

A visita domiciliar configura-se, portanto, como um instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na ESF. Trata-se de uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao INDIVÍDUO E À FAMÍLIA ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde” (CECCIM E MACHADO, s/d, p.1). Ela deve ser caracterizada pela intervenção de uma equipe multiprofissional com métodos interdisciplinares; deve ser programada em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês (BRASIL, 2011). Quando bem executada e planejada a visita permite à EqSB a apreensão do modo de vida familiar, que compreende condições materiais de vida e subjetividades que também determinam a ocorrência de problemas bucais na família. Ao realizar a visita domiciliar, a equipe se aproxima da realidade social de forma humanizada, possibilitando a criação de vínculo e uma atenção à saúde integral.

### **Instrumentos de apoio à Preceptoría**

A matriz de avaliação (anexos A e B) e os indicadores de avaliação (anexo C), devem ser pré-definidos e conhecidos pelo(a) estudante para que o(a) mesmo(a) compreenda de que forma será avaliado(a). A matriz avaliativa deve contemplar:

- O cumprimento das ações pactuadas no plano de estágio, previstas no cronograma de estágio (anexo E);
- O cumprimento de tarefas solicitadas pelo(a) preceptor(a) (leituras de textos, discussões, etc.) e contribuição com a equipe ao longo do semestre;
- O cumprimento do contrato de convivência (anexo D).

## AGRADECIMENTOS

Este capítulo sistematizado e organizado para este Manual por Haline Antunes apresentou um quadro-síntese com sugestões de atividades a serem realizadas por estudantes de Odontologia no cotidiano das unidades de saúde durante o Estágio Supervisionado. Estas atividades foram recomendadas por um grupo de dentistas do serviço municipal de saúde de Salvador-BA durante a realização de um curso de formação de preceptores em saúde bucal. Assim, as organizadoras deste Manual agradecem e parabenizam pela participação e esforço coletivo de todos os dentistas que contribuíram para a elaboração deste quadro-síntese aqui apresentado como Plano de Estágio, cujos nomes serão elencados: Alan César Barros de Jesus, Ana Caroline De Marino, Ana Cristina Rosário Sobreira, Bruno Peixoto, Carolina Ribeiro Pedral Sampaio, Cinara Cícera Salgado Nunes, Delano Peixoto Gonçalves, Érica Brazil da Silva, Gabriela Gottschald Neves, Gabrielle Teles, Glaucia Alencar Ponte, Jorge Andrade, Kairo Silvestre Meneses Damasceno, Larissa Santos Lemos Alves, Leila Monteiro, Leonardo Lordelo Sampaio, Marcel Jhonnata Carvalho, Maria da Conceição Sanches Passidomo, Maria Lizzia Moura Santos, Maria Tereza de Novaes Cardoso, Mario Valença Bove, Mylena Leal, Paula Roberta da Conceição Brasil, Priscilla Lobo, Renata Cardoso de Castro Tourinho, Tamy Fonseca, Thaís Pérez Iglesias, Vanessa Oliveira Pita.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
2. CECCIM RB, MACHADO NM. **Contato domiciliar em saúde coletiva**. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; [19--?]. 7 p.
3. De-Carli, A.D., Santos, M.L.M., Souza, A.S., Kodjaoglanian, V.L., Batiston, A.P. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 441-450, June 2015 .

4. Egry, E.Y., Fonseca, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev da Escola de enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 233-9, set 2000.
5. LONGHI, D. M. ; Oliveira, JC ; GALHARDI, M. P ; Santos, MC ; CAPELETTI, N. M. ; NASCIMENTO, P. T. A. ; Godoi, D. F. **MANUAL DE PRECEPTORIA – Interação Comunitária da Medicina UFSC/SMS**. Setor de Educação em Saúde Assessoria em Gestão de Pessoas Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, julho de 2014.
6. Moyses, S. J., Silveira Filho, A. D. S. Saúde bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: **Os dizeres da boca**. Curitiba. Org.: Silveira Filho A. D. S. et al. Rio de Janeiro: Ed. CEBES, 1999, 193p.
7. RODRIGUES, A. A. A. O., et al. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (1, Supl. 2) : 184-192; 2012.
8. SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Versão Preliminar**. Volume I. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018a.
9. SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. **Mapa da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/mapa-da-saude/>. Acesso em 04 de maio de 2018b.
10. Takahashi R.F., Oliveira, M.A. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. (Org.). **Manual de Enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001, p. 43-46.

## SUGESTÕES DE LEITURA COMPLEMENTAR

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF de 15 de setembro de 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html). Acesso em 29, abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Seção 1, p. 25694 Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 29, abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

**ANEXO A – MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA A(O) PRECEPTORA(OR) AVALIAR A(O) ESTAGIÁRIA(O)**

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_ Semestre letivo: \_\_\_\_\_

Nome da(o) preceptora(or): \_\_\_\_\_

Data	Procedimento ou atividade realizada	Pontualidade	Conhecimento Teórico	Planejamento	Biossegurança e Ergonomia	Domínio da técnica	Proatividade	Relacionamen to	ÉTICA	Deontologia	NOTA	OBSERVACOES

\*\*Os conceitos considerados serão: A-Excelente B-Bom C-Precisa melhorar.

### ANEXO B –MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DA(O) ESTAGIÁRIA(O)

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_

Semestre Letivo: \_\_\_\_\_

Nome da(o) preceptora(or): \_\_\_\_\_

Data	Procedimento ou atividade realizada	Pontualidade	Conhecimento Teórico	Planejamento	Biossegurança e Ergonomia	Domínio da técnica	Proatividade	Relacionamento	ÉTICA	Deontologia	NOTA	OBSERVACOES

\*\*Os conceitos considerados serão: A-Excelente B-Bom C-Precisa melhorar.

## ANEXO C – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

**Pontualidade/ assiduidade** - Estar presente no local nos dias e horários pactuados, conseguindo administrar adequadamente os problemas particulares sem utilizar a carga horária do estágio. Deixar o campo de prática somente após concluídas as atividades planejadas. Em caso de necessidade de faltar, avisar a(o) preceptora(or), atentando para o fato de que a frequência impacta na nota final do estágio. *Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Conhecimento teórico** - embasar suas atividades na melhor evidência científica disponível. *Aprender a Conhecer*

**Planejamento** –saberplanejar as ações no cotidiano do trabalho, considerando a realidade social, cultural e econômica da população assistida, com resolutividade. *Aprender a Conhecer, Aprender a Fazer e Aprender a Viver Juntos*

**Biossegurança e Ergonomia** - conhecer os conceitos da biossegurança e saber aplica-los nas práticas ambulatoriais e de campo (vestimenta e calçado adequados para o trabalho em saúde, lavagem de mãos, uso de EPI's, evitar uso de acessórios, entender e respeitar as normas operacionais de descarte de resíduos e o processo de esterilização). Trabalhar dentro dos princípios ergonômicos de postura de trabalho, organização do campo operatório e planejamento, minimizando riscos e potencializando a produtividade, sem prejuízos à própria saúde e à de terceiros. *Aprender a Ser e Aprender a Fazer*

**Domínio da técnica** - apresentar as capacidades motora e cognitiva para a realização dos procedimentos clínicos, habilidade para falar em público e atuar nas ações educativas de saúde (visita domiciliar, Programa de Saúde na Escola, Ações educativas na comunidade e grupos educativos, ART) com o olhar preventivo e da promoção da saúde. Criatividade no desenvolvimento das metodologias para a educação permanente em saúde. *Aprender a Fazer*

**Proatividade (iniciativa, assertividade, proatividade):** – curiosidade e interesse pela observação direta do dia a dia no estágio. Busca por informações e trazer questionamentos e novas propostas e estratégias. Cumprimento de tarefas pactuadas. Possuir iniciativa para sugerir novas ações para a resolução dos problemas de saúde bucal da comunidade. Ter iniciativa para resolver problemas cotidianos. *Aprender a Ser*

**Relacionamento interpessoal** – agir com responsabilidade, empatia, cordialidade e solidariedade com os profissionais, funcionários e usuários. *Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Habilidades comunicacionais**/trabalho em equipe: capacidade de comunicar-se com os preceptores, equipe e com os usuários e desenvolver um trabalho conjunto

**Ética** –tomar decisões pautadas nos princípios da Bioética (Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça) contribuindo para a cidadania e humanização em saúde. *Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Deontologia** – conhecer e cumprir os deveres da profissão (preencher adequadamente os prontuários, fichas de notificação compulsória, guardar segredo profissional, etc). *Aprender a Ser e Aprender a Fazer*

**Dados da(o) estagiária(o)**

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_

Período em que estuda: ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) integral Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nº da apólice de seguro: \_\_\_\_\_ Vigência do estágio: ...../...../..... a ...../...../.....

Horário do estágio: \_\_\_\_\_ Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ Carga horária total do estágio: \_\_\_\_\_

**ANEXO D – CONTRATO DE CONVIVÊNCIA**

- 1- Levar seus próprios EPIs (usar jaleco e sapato fechado, luvas, gorro, máscara e óculos de proteção);
- 2- Estar no horário estabelecido: manhã de \_\_\_ às \_\_\_; tarde de \_\_\_ às \_\_\_\_, com tolerância de \_\_\_\_\_ minutos;
- 3- Eventualmente, quando não for possível comparecer ao local de estágio, comunicar com antecedência ao preceptor;
- 4- Tratar com respeito os trabalhadores da unidade;
- 5- Atender aos usuários de forma cordial e atenciosa, com postura gentil e educada e utilizando linguagem adequada;
- 6- Cumprir com rigor técnico-científico e ético as atividades pactuadas no Plano de Estágio.
- 7- Preservar o sigilo profissional referente às informações a que tiver acesso;
- 8- Ter conhecimento teórico prévio às atividades a serem realizadas;
- 9- Fazer o uso racional do celular durante as atividades (é vedado o acesso a redes sociais, fotografar o usuário durante o atendimento, etc).
- 10- Não postar nas redes sociais fotografias relativas ao estágio em que possam ser reconhecidos os usuários, especialmente as crianças.

Assinaturas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

### Capítulo 3: Ações educativas na Atenção Primária em Saúde

**Patrícia Suguri Cristino**

*“Sou professor a favor da esperança que me anima  
apesar de tudo.*

*Sou professor contra o desengano  
que me consome e imobiliza.*

*Sou professor a favor da boniteza de minha própria prática...”*

*PAULO FREIRE*

#### **Apresentando esse capítulo**

Olá, pessoal!

Esse capítulo é dedicado a uma das atribuições mais importantes na Atenção Primária em Saúde (APS): a Educação em Saúde! Iniciaremos com alguns conceitos importantes, a fim de iluminar as reflexões sobre a nossa prática.

Em seguida, veremos brevemente sobre as características psicossociais dos ciclos de vida, e sugestões quanto aos recursos pedagógicos. Não como “receitas de bolo”, mas como sugestões, a partir de algumas características mais comuns observáveis nas diferentes fases da vida, do nosso vasto público-alvo!

Terminaremos com a explicação de um roteiro para o planejamento de uma oficina pedagógica, uma vez que ela se constitui em um recurso bastante apropriado para um leque considerável de grupos com os quais trabalhamos.

Desejo que esse nosso caminho seja útil e inspirador!

Vamos lá!

## Iniciando por alguns conceitos

P  
ara  
pensar  
:

“Você já se perguntou se as ações educativas que você tem feito ajudam a **fortalecer a autonomia** das pessoas, das famílias, das instituições e comunidade presentes no seu território? Que **modelo de educação** guia a sua prática?”

A importância dos **conceitos** é que eles **guiam a nossa prática**. Nem sempre temos consciência disso, sendo necessário buscar na teoria alguns elementos que nos ajudem a refletir sobre o que fazemos. Esse movimento entre a **ação-reflexão-ação** é que nos permite **innovar, mudar, evoluir!**

Via de regra, a maioria de nós frequentou escolas reprodutoras de um modelo batizado por Paulo Freire como “**educação bancária**”, no qual o educador (*que tudo sabe, ou que sabe mais*) “deposita” conhecimentos sobre o educando (*que nada sabe, ou sabe pouco*). Não é uma relação entre sujeitos, mas entre sujeito (educador) e objeto (educando). Esse modelo serve como **instrumento de opressão**, exatamente o oposto do que ele defende e do que nós precisamos: **a educação para a libertação**. (FREIRE, 1987). Mundialmente conhecido... afinal... quem é Paulo Freire?

Você sabe quem foi Paulo Freire?

Saiba mais em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3211>

No papel de **educadores no Sistema Único de Saúde (SUS)** devemos transcender a visão biomédica restrita às instruções para o autocuidado. Quando focamos apenas nisso, cumprimos uma tendência de concentrar toda a responsabilidade pelo estado de saúde nas próprias pessoas, como se fosse apenas uma questão individual e de “boa vontade” ou de “estilo de vida”. Chamamos isso de **culpabilização da vítima**, e sua consequência é o enfraquecimento dos vínculos com a população usuária.

A nossa missão vai além da assistência (atendimento individual). Ela passa pela reafirmação constante da **saúde como direito** junto aos usuários, aos nossos companheiros de equipe, aos gestores e até com outros setores e instituições fora da saúde. Ou seja, precisamos estar **implicados na luta pelos direitos humanos e sociais**. Entre esses direitos, está o próprio SUS, alvo de ameaças desde a sua concepção. Logo, precisamos incorporar *um modelo de educação que nos instrumentalize* para **fortalecer a autonomia dos usuários e defender o SUS**, todos juntos! Sim... precisamos participar ativamente no **Controle Social**. E isso também se faz com **Educação Popular em Saúde!** Veremos mais à frente sobre isso.

Em homenagem à Profa. Eliane Souza, que se dedicou ao campo da Educação e representa nosso referencial no estado da Bahia, destacamos o conceito de Educação em Saúde cunhado por ela:

Práticas de educação não-formal, envolvendo um ou mais profissionais de saúde e pessoas sob seu cuidado, com o objetivo de promover a saúde por meio do desenvolvimento habilidades individuais assim como do apoio e fortalecimento político da comunidade, na sua luta cotidiana por uma adequada qualidade de vida. (Souza, 2012)

Trazendo para o contexto da Saúde da Família, Vânia Alves (2005) classificou de forma resumida, para fins didáticos, os diferentes tipos de Pedagogia em dois **modelos** extremos, entre os quais transitamos: **o tradicional e o dialógico**. Precisamos conhecê-los para saber qual deles temos reproduzido e o que isso representa, pois podemos mudar!

## **O Modelo tradicional**

**O público-alvo** das ações educativas nesse modelo é sempre **o outro**, ou seja, o usuário, a família, a comunidade. Pois partimos da premissa de que *nós* somos os detentores do saber, e que o outro não tem nada (ou muito pouco) para contribuir. Nós somos os sujeitos (protagonistas) e os usuários são tratados como objeto, para serem passivos, exatamente como os chamamos: pacientes!

**O objetivo** é sempre o de **modelar condutas**. Como se fosse possível... Apesar de ser uma visão pretenciosa, preconceituosa e ingênua, a maioria de nós acredita nisso, e se coloca numa **postura normativa, prescritiva**, em que nós dizemos **para** o outro o que ele deve fazer, e que muitas vezes (sejamos sinceros) nem nós mesmos fazemos!

Quanto à **forma**, ou seja, quanto aos **recursos pedagógicos**, no modelo tradicional predominam as **campanhas e as palestras**. Precisamos (re)pensar sobre elas...

**As campanhas** são uma prática herdada da polícia médica, lá do final do século XVIII. É um termo de origem militar, e significa o esforço de um grupo para atingir um objetivo. Um objetivo bem delimitado, uma operação planejada para ter começo, meio e fim. Mas, **para a maioria das ações em saúde nós precisamos de continuidade**, não é mesmo? Exemplo: vacinação. É importante ter campanhas para sensibilizar a população? Sim! Mas nós devemos estimular a população a manter as vacinas em dia, continuamente.

Nós ainda fazemos **campanhas**, e não há problemas nisso. Os dias “D” servem para nos lembrar, num determinado momento, de uma determinada causa. Isso tem sua importância, mas não é suficiente. Então, precisamos ter clareza das suas *limitações*: elas **são pontuais** e geralmente utilizam **uma linguagem única para diferentes públicos-alvo**. Como resultado, é comum que se gaste muito recurso e que se tenha **pouco retorno** com elas.

Outro recurso largamente utilizado é a **palestra**. As palestras são encontros em que **o poder da fala é centralizado** em uma ou poucas pessoas (geralmente em nós, profissionais de saúde), cabendo aos usuários a **escuta passiva**. Essa passividade é

fruto de opressão e **não gera autonomia**. As palestras costumam ter algum resultado quando estamos diante de um público adulto e altamente motivado, o que foge quase completamente da nossa realidade.

Quanto aos **espaços**, as atividades educativas nesse modelo limitam-se aos **espaços formais, institucionalizados**, como por exemplo: a sala de espera da unidade, ONGs, as escolas e os demais aparelhos sociais do nosso território.

A **relação profissional/usuários** é notoriamente **assimétrica e verticalizada**. Não abrimos espaço para as trocas e isso nos distancia das pessoas, uma vez que as excluimos “da conversa”, sendo no mínimo antipáticos, para não dizer desrespeitosos mesmo. Cada um precisa ter direito à sua palavra!

No modelo tradicional **ignoramos** os contextos, a subjetividade das pessoas e dos grupos, mantendo-nos muito autorreferenciados, autocentrados, em que **ignoramos, sobretudo, a nossa própria ignorância!**

Essa nossa ignorância serve para nos fazer acreditar e perpetuar o que As Meninas (2000) cantam, sobre uma tal “cadeia hereditária”:

*Analisando essa cadeia hereditária,  
quero me livrar dessa situação precária,  
**onde o rico cada vez fica mais rico  
e o pobre cada vez fica mais pobre.**  
E o motivo todo mundo já conhece:  
é que **o de cima sobe e o de baixo desce.**  
Bom Xibom Bombom Bom Bom...*

Sim...a arte popular é uma linguagem que nos aproxima do povo! Precisamos utilizá-la!

### **O modelo dialógico**

Nesse modelo **nós também fazemos parte do público-alvo!** Ou seja, nós admitimos que também **temos o que aprender**, e não somente a ensinar. Nós quem? Nós das equipes de saúde, da gestão, da universidade, da comunidade, enfim...**todos os atores envolvidos no dia a dia da Saúde da Família!** Quando conseguimos ser assim, estamos incorporando à nossa prática um ensinamento de Paulo Freire: “[...]”

embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado.” (FREIRE 1996, p.12). Não é um jogo de palavras. Releia devagar... isso precisa estar na nossa alma de educadoras e educadores!

**Os objetivos** aqui são **transformar e construir novos saberes a partir da interação com o outro**. Educar para libertar: individualmente e coletivamente.

No que se refere aos **recursos pedagógicos**, implica em *trocas*, na *inclusão do outro*, com tudo que ele é e traz: conhecimentos prévios, desejos, sentimentos, crenças, resistências, etc. É um modelo que dá *voz e lugar* ao outro. Fazemos muito isso nas nossas **rodas de conversa, oficinas pedagógicas, mesas interativas**, entre outros.

Quanto aos **espaços**, as atividades educativas podem acontecer em **qualquer lugar**! Sabe aquela frase do Milton Nascimento: “O artista tem que estar aonde o povo está”? É bem por aí! Nós podemos fazer educação em saúde no bar da esquina, debaixo de uma árvore, numa praça, num clube de idosos, num terreiro de candomblé, no salão de uma igreja evangélica... Ou seja, não precisamos de espaços e momentos formais. O que não quer dizer que possamos lançar mão do improvisado. Não! Educação em saúde exige planejamento.

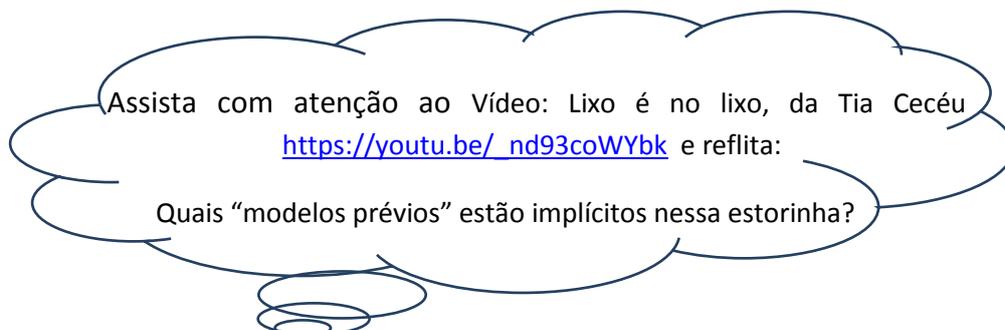
A **relação profissional-usuário** nesse modelo é **horizontalizada, interativa, de trocas...** E quais são os limites do modelo dialógico? A nossa dificuldade para incorporá-lo, tendo recebido uma educação tradicional. E aí, Ricardo Ceccim (2005, p.167) nos lembra que:

**precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos...** precisamos ser produção de subjetividades: todo o tempo *abrindo fronteiras, desterritorializando grades...* deixar de ser o sujeito que vimos sendo, por exemplo, que se encaixa em *modelos prévios* de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente... (grifos nossos)

Não apenas do ponto de vista profissional, mas pessoal também, precisamos olhar para a Educação que “recebemos” e ver o que manter e o que **transcender/transgredir/transformar**.

Geralmente precisamos nos livrar desses tais “modelos prévios” citados por Ceccim. Não raro, eles são os preconceitos que negamos ter e que reproduzimos, mesmo sem ter consciência e/ou intenção. E quando fazemos isso, escorregamos (e bem feio) na Ética. **Educação em saúde precisa ser ética!**

Uma pausa!



“[...] **toda prática educacional** específica (escolar ou não escolar) **é política** porque estabelece relações de poder e de contrapoder.” (BRANDÃO, 2013).

**Precisamos ser muito cuidadosos** ao escolher vídeos, desenhos, na construção de folders, banners...enfim, na utilização e construção de materiais “educativos”. Isso porque eles podem conter **mensagens implícitas** de machismo, racismo, homofobia, gordofobia, intolerância religiosa e outras. Todas elas ferem a subjetividade humana, individualmente e coletivamente. Como profissionais de saúde não temos como estar isentos a essas questões, pois **não existe neutralidade** nas nossas ações. **O exercício ético da nossa profissão implica na defesa dos direitos humanos!** E isso não se dará em eventos específicos (ex: dia da consciência negra) isso acontece (ou não) em todos os momentos no nosso trabalho e na nossa vida.

**Nenhuma ação humana é neutra: todos nós defendemos uma posição.** Precisamos saber: *de que lado estamos? A favor do que/de quem? E contra o que/quem?* Não trabalhamos com conteúdos “puros”, o que a gente pensa, acredita, defende, vão juntos no “pacote”.

Então precisamos voltar a Paulo Freire, com sua Educação Popular: o que é isso? Como ela veio parar na saúde?

## A Educação Popular em Saúde

A **Educação Popular** foi um **movimento iniciado na América Latina** na década de **1950**, em resposta às estruturas opressoras, as **ditaduras**, que assolavam e *que até hoje ameaçam esse nosso continente*. **Paulo Freire** foi o primeiro a sistematizá-la do ponto de vista teórico, com seu livro **“Pedagogia do oprimido”**, em 1966. Com o golpe militar de 1964, ele foi exilado, voltando apenas em 1980. (EMERICH; FAGUNDES, 2016)

Durante esse período houve um grande crescimento do setor privado da saúde, sem que, no entanto, significasse acesso para a extensa maioria da população brasileira, que acumulava pobreza e doenças. Nesse cenário, **mesmo sob a repressão da ditadura, organizavam-se nas periferias urbanas e zonas rurais os grupos em defesa da construção de uma sociedade mais justa**, que teria, entre outros direitos sociais, o direito de acesso aos serviços de saúde públicos, de qualidade e para todos. Crescia, então, o **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**.

Esses grupos, presentes em todo o país, eram formados por **profissionais dos serviços de saúde, lideranças comunitárias, professores e estudantes universitários**, entre outros. Diante do fosso cultural entre esses atores, **a educação problematizadora de Paulo Freire foi a grande mediadora** dessas diferenças e que permitiu o diálogo sobre questões tão complexas entre segmentos tão distintos da sociedade. (EMERICH; FAGUNDES, 2016).

Mas, para bem mais além do diálogo, **a Educação Popular em Saúde foi o substrato para organização e mobilização** desses atores, a tal ponto de conseguirem reunir em 1986, em Brasília, mais de 5.000 pessoas, originárias de vários lugares do Brasil, **para a 8ª Conferência Nacional de Saúde**, de onde saíram as idéias que embasaram o capítulo da saúde na nossa **Constituição Federal de 1988**, formalizando a **criação do SUS**.

Mas, **nunca podemos nos esquecer: a luta por direitos humanos e sociais não pode ter pausas!** Isso porque afronta grupos econômicos poderosos, nacionais e internacionais.

Pelo lado do trabalhador, onde nós também estamos inseridos, há que se ter a consciência da **transformação do mundo do trabalho** nesses tempos de **globalização** que vivemos a partir dos anos 1990. Não vivemos mais o capitalismo industrial, mas o capitalismo financeiro, com **a crescente volatilidade dos empregos**, que **se situam nas mãos de poucos**. (MALVEZZI, 2000).

Uma pausa filosófica com Bauman, que fala sobre uma **“Modernidade líquida”**, que derrete as coisas que julgamos “sólidas”. Às vezes nos julgamos blindados frente às mudanças do mundo, e que **contamos com alguma solidez**, como se as ameaças fossem apenas para os outros. Exemplo: *“somos concursados, não acontecerá nada conosco!” Será?*

**Os sólidos que estão para ser lançados no cadinho e os que estão derretendo neste momento**, o momento da modernidade fluida, **são os elos** que entrelaçam as escolhas individuais em projetos e ações coletivas — os padrões de comunicação e coordenação entre **as políticas de vida conduzidas individualmente, de um lado, e as ações políticas de coletividades humanas, de outro**. (BAUMAN 2001) – grifos nossos.

Para pensar:

Você já parou para pensar o que significa o congelamento dos “gastos” públicos por 20 anos, aprovado pela PEC 55 em 2016? O que ela significa para o SUS? E para você?

E a reforma da Política Nacional de Atenção Básica, de 2017? Viu como ela abre a possibilidade de acabar com a Estratégia de Saúde da Família? E as Equipes de Saúde Bucal? São necessárias?

E a reforma trabalhista, aprovada em 2017? Viu quantos direitos nós (e as futuras gerações) perdemos?

E a Reforma da Previdência?

Tempos líquidos...

Sugestões de livros: Modernidade líquida (2001); Trabalho, Consumismo e Novos Pobres

o, inclusive para nós, precisamos retomar (iniciar, para muitos) a Educação Popular em Saúde.

CECCIM (2007) pontua alguns princípios defendidos por Paulo Freire sobre:

***“Como trabalhar com o povo”***

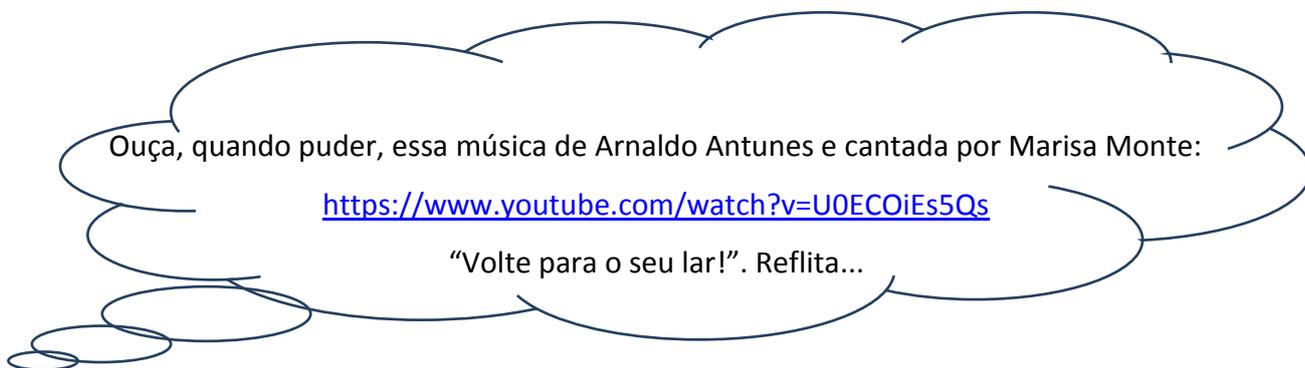
*(os trechos entre aspas, em negrito e itálico são palavras de Paulo Freire)*

1. ***Saber ouvir*** – O fato de não estarmos sós no mundo nos coloca a necessidade de comunicação. É preciso ***“respeitar o direito do outro em dizer a sua palavra”***. E precisamos ***falar com*** no lugar de falar para... ***Falar com... esse é o grande salto!***

Dicas:

1. **conversar sempre em roda** - evitar falar com as pessoas enfileiradas, umas atrás das outras. O homem se comunica nas rodas, desde as cavernas!
2. **cuidado com a linguagem corporal** – a nossa linguagem corporal é mais verdadeira do que as nossas palavras. Eu posso dizer: “então.. falem...” mas olhar para o relógio, desviar o olhar daquele que está falando... Ou seja, nosso corpo está dizendo o contrário! E fazemos isso de forma inconsciente, mas o outro entende perfeitamente! Leia mais sobre a relação entre comunicação e humanização em saúde em:  
[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/215](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215)
2. ***Desmontar a visão mágica*** – trabalhamos com pessoas e grupos que podem ter visões de mundo muito diferentes das nossas. Mas precisamos ***“partir exatamente do nível que a massa está”***. Inicialmente precisamos aceitar e depois dialogar, com muita humildade e cuidado. Exige paciência, criatividade, bom senso... Nunca “bater de frente”, de forma incisiva, com os saberes do outro. Existem razões para que nós tenhamos o conhecimento que temos, e que o outro não tem (ainda). E é sempre bom lembrar que o contrário também acontece: o outro tem saberes que nós não temos! Para alguns assuntos teremos sim, que desmontar a visão mágica, mas com muito cuidado! Caso contrário, só criaremos resistências contra nós, porque será sentido pelo outro como um ato de violência.

Uma pausa:



Em muitos momentos tudo se facilita com um bom exemplo! Então, vamos a um diálogo extraído diretamente do Caderno de Educação Popular e Saúde (BRASIL 2007, p. 38), de uma história contada pelo próprio Paulo Freire:

Eu me lembro, por exemplo - antes do Golpe de Estado, quando eu trabalhava no Nordeste - de um bate-papo que eu tive com um grupo de camponeses em que a coisa foi essa: dentro de poucos minutos os camponeses se calaram e houve um silêncio muito grande e, em certo momento, um deles disse:

- O senhor me desculpe, mas o senhor é que devia falar e não nós.
- Por quê? - eu disse.
- Porque o senhor é que sabe e nós não sabe - respondeu.
- Ok, eu aceito que eu sei e que vocês não sabem. Mas por que é que eu sei e vocês não sabem?

Vejam: eu aceitei a posição deles em lugar de me sobrepor à posição deles. Eu aceitei a posição deles, mas, ao mesmo tempo, indaguei sobre ela, sobre a posição deles. Eles voltaram ao papo e aí me respondeu um camponês:

- O senhor sabe por que o senhor foi à escola, e nós não fomos.
- Eu aceito, eu fui à escola e vocês não foram. Mas por que, que eu fui à escola e vocês não foram?
- Ah, o senhor foi porque os seus pais puderam e os nossos, não!
- Muito bem, eu concordo, mas por que que meus pais puderam e os seus não puderam?
- Ah, o senhor pode porque seu pai tinha trabalho, tinha um emprego e os nossos, não.
- Eu aceito, mas por que, que os meus tinham e os de vocês, não?
- Ah, porque os nossos eram camponeses.

Ai um deles disse:

- O meu avô era camponês, o meu pai era camponês, eu sou camponês, meu filho é camponês e meu neto vai ser camponês!

Temos aí uma concepção fatalista da história, então podemos questionar e questionei:

- O que é ser camponês?
- Ah, camponês é não ter nada, é ser explorado.
- Mas o que é que explica isso tudo?

- Ah, é Deus! É Deus que quis que o senhor tivesse e nós não.
- Eu concordo, Deus é um cara bacana! É um sujeito poderoso. Agora, eu queria fazer uma pergunta: quem aqui é pai?

Todo mundo era. Olhei assim pra um e disse:

- Você, quantos filhos tem?

Ele respondeu:

- Tenho seis.
- Vem cá, você era capaz de botar 5 filhos aqui no trabalho forçado e mandar 1 para Recife, tendo tudo lá? Comida, local para morar e estudar e poder ser doutor? E os outros 5, aqui, morrendo no porrete, no sol?
- Eu não faria isso não.
- Então você acha que Deus, que é poderoso e que é Pai, ia tirar essa oportunidade de vocês? Será que pode?

Aí houve um silêncio e um deles disse:

- É não, não é Deus nada, é o patrão.

Quer dizer, seria uma idiotice minha se eu dissesse que era o patrão imperialista 'yanque' e o cabra iria dizer:

- O que é, onde mora esse home?!

Olhem, a transformação social se faz com ciência, com consciência, com bom senso, com humildade, com criatividade e com coragem. Como se pode ver, é trabalhoso, não é? Não se faz isso na marra, no peito.

### **3. Aprender/estar com o outro** – Não existe sabedoria nem ignorância absolutas.

Precisamos ter cuidado para não cometer dois erros:

**Elitismo** – considerar a ciência um saber superior, revestidos da arrogância de que estamos lá para *“salvar a massa inculta”*. Essa é uma mensagem que fica no ar... Mais uma vez, não precisamos dizer com as palavras, o nosso corpo diz! *“Há uma sabedoria que se constitui na massa popular pela prática”*.

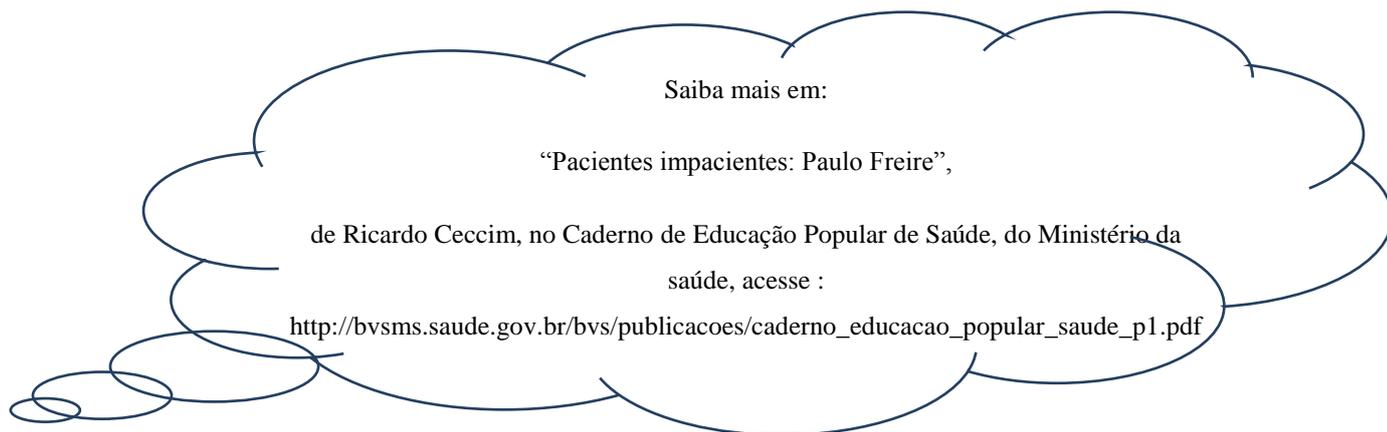
Isso seria desconsiderar que temos sim, a contribuir.

**Basismo** – superestimar o conhecimento popular, como se apenas quem estivesse “na base” pudesse dar os seus palpites.

Nem elitismo, nem basismo: precisamos estar juntos, trocando, aprendendo, transformando. **Todos os tipos de saberes têm valor, sem a supremacia de nenhum deles.** Se não nos despirmos do manto ilusório da ciência como única verdade válida, não conseguiremos aprender/estar com o outro. Mas é preciso reconhecer os limites de um lado e de outro. Não podemos também nos intimidar em levar as informações validadas pela ciência, assumindo assim numa postura basista. **O que precisamos é estar sensibilizados para o contexto e a forma como construiremos esses novos saberes.**

**4. Assumir a ingenuidade dos educandos** – não ironizar perguntas ou afirmações sobre as quais detemos algum conhecimento. O que nos parece óbvio pode não ser para o outro. E vice-versa! Os usuários muitas vezes sabem de coisas que nós não sabemos e aí, nesse caso, os ingênuos somos nós! Mas que mal há nisso? Nenhum, desde que nos tratemos com respeito, de forma acolhedora. Isso não quer dizer o que popularmente dizemos como “fazer cara de paisagem”. É “simplesmente” acolher e dialogar, com amorosidade, sem ares de superioridade (sabemos, não é simples!). Volte ao relato de Paulo Freire, isso acontece todas as vezes em que ele diz: “*eu aceito*”... Mas, como ele mesmo pontua, o acolher não é concordar com tudo. Essa postura funciona como um “amortecimento” para um diálogo que se segue “desmontando” algumas verdades, verdades que guardamos com tanto apego! Rompê-las nos custa caro, costuma ser doloroso. É um terreno delicado, mas não temos como fugir, o que precisamos é aprender como caminhar por ele.

**5. Viver impacientemente impacientes** – as pessoas que lutam precisam equilibrar paciência e impaciência. **Não é aconselhável querermos mudar situações complexas bruscamente**, precisamos da tal paciência histórica. No entanto, **a paciência não pode ser sinônimo** de perda da criticidade e instalação da passividade, **da estagnação**. Saber parar, e em alguns momentos até recuar, mas em outros...avançar! Mudar de rotas, de estratégias...pensar. Tentar outros modos, outras parcerias, criar! **Ação-reflexão-ação!**



### Recursos Pedagógicos e os Ciclos de vida

Faremos aqui um quadro-síntese bastante simplificado, articulando os recursos pedagógicos possivelmente mais apropriados, de acordo com as características predominantes em cada ciclo de vida, e que deve ser visto apenas como um modesto sinalizador. Os contextos social, econômico e cultural sempre deverão ser conhecidos e (re)conhecidos para que façamos as melhores escolhas, que não estão dadas aqui. São apenas algumas sugestões que deverão ser analisadas dentro de cada contexto e momento.

**Quadro 1** - Características psicossociais dos ciclos de vida sistematizadas a partir da leitura de EIZIRIK e BASSOLS (2013), QUADROS (2017) e STEIN (2007), e recursos pedagógicos sugeridos

A criança pré-escolar (3 a 5 anos)	
<b>Características Psicossociais</b>	<b>Recursos Pedagógicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte influência do Pensamento mágico</li> <li>• Animismo (atribui características humanas aos não humanos: a nuvem que chora, o sol que ri...)</li> <li>• Super valorização dos pais, imitando-os</li> <li>• 5 anos: pensamento mais estruturado: consegue entender</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatro de fantoches</li> <li>• Contação de histórias               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brincadeiras</li> </ul> </li> <li>• Desenhos pinturas</li> <li>• Brincar de imitar os</li> </ul>

<p>uma estória com começo, meio e fim.</p> <p>DICA: conversar com as professoras para saber em que fase de aprendizagem estão para escolher atividades compatíveis.</p>	<p>adultos:</p> <p><i>Vamos fazer de conta que...</i></p> <p>Ex: brincar de Master Chef Júnior para aprender sobre alimentação saudável.</p> <p>Precisamos “viajar” com eles e fazer o exercício de voltarmos a ser crianças.</p>
<p><b>A criança em idade escolar (6 a 12 anos)</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Características Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamento mágico em declínio, o mundo real <i>e dos iguais</i> fica mais interessante (não desejam mais imitar os adultos como antes).</li> <li>• Já apresentam curiosidade científica, a busca pela razão.</li> <li>• Medo de não aprender e de ser rechaçado pelo <u>grupo</u></li> <li>• As gerações mais recentes têm vivenciado o excesso de tecnologia e o empobrecimento nas relações humanas, levando à dificuldade com a autoridade, isolamento, aproximação muito precoce com o mundo dos adultos, trazendo a Depressão para cada vez mais cedo.</li> <li>• Gostam de ser desafiados</li> <li>• Início da individuação ética .</li> </ul> <p>DICA: cuidado com os valores implícitos na atividade, não devemos contrariar esse aprendizado, ex: não estimular a competição predatória, não colocar meninos contra meninas, não ser permissivo em situações de bullying, machismo, homofobia, racismo, etc..)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Recursos Pedagógicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “fazer experiências” que ajudem a “comprovar” fenômenos (ex: 1. a desmineralização da casca do ovo de galinha imerso no vinagre: ver as bolhas saindo da casca. 2. A evidenciação do biofilme com corantes) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa interativa (mesa bastante colorida, chamativa, com objetos que possam pegar, brincar, montar..)</li> <li>• Jogos</li> <li>• Gincanas</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>A adolescência</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Características Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inicia com a ruptura da onisciência dos pais</li> <li>• “processo profundo de revisão de seu mundo interno e de suas heranças infantis,” – necessidade do isolamento.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Recursos Pedagógicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gincanas</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupção vulcânica da puberdade – forças internas desconhecidas, temidas, mas renovadoras</li> <li>• Fase dos grandes sonhos da vida, fase muito ávida pelo EMPODERAMENTO!</li> <li>• A literatura é divergente: para uns é uma idade de querer “mudar o mundo”, outros estudos revelam que os nascidos a partir da década de 1990 não pensam nisso: querem apenas ficar ricos e rápido!       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os adultos serão contestados, pois estão buscando saber quem eles querem ser (diferente das crianças pequenas que os imitam)</li> </ul> </li> <li>• evitar situações que os infantilizem.</li> </ul> <p>DICA: é melhor começar pelos assuntos <i>desejados</i> por eles, para criar vínculo; precisam muito da privacidade, devemos ter muito cuidado com a exposição pessoal, pois nessa fase necessitam “pertencer ao grupo”. Uma vez “conquistados”, tudo fica mais fácil! Precisamos ter paciência, é uma fase difícil para eles mesmos, são muitas mudanças!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogos</li> <li>• Mesas interativas</li> <li>• Oficinas</li> <li>• Roda de conversa com caixinha de perguntas (anônimas, sempre!) e mesa interativa</li> </ul>
<b>O adulto jovem (18 aos 35 anos)</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Características Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de luta pela vida, nascimento dos filhos</li> <li>• Aparecimento de algumas doenças crônicas, como diabetes e hipertensão – pelo sedentarismo, má alimentação, stress</li> <li>• Entre 18 e 24 anos: período em que mais acontecem/surgem os transtornos mentais.</li> <li>• Violência urbana e doméstica, adoecimento pelo trabalho: necessitam muito do empoderamento.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Recursos Pedagógicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas interativas       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas</li> </ul> </li> <li>• Roda de conversa com uso de filmes, vídeos, textos</li> <li>• Terapia Comunitária</li> </ul>
<b>A madurecência (40, 50 anos)</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Características Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicanaliticamente é a fase de “Descida ao inferno” – sofrimento pelo questionamento sobre sentido da vida. Os</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Recursos Pedagógicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas interativas</li> </ul>

<p>planos feitos no passado não servem mais para o presente e o futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que foi reprimido ressurge e precisa ser tratado de outra maneira, exigindo imprevisíveis desenvolvimentos psicológicos.</li> <li>• Ninho vazio – a saída dos filhos</li> <li>• Perda dos pais</li> <li>• Convívio com a finitude da vida e o envelhecimento</li> <li>• Desfechos mais comuns na superação da crise da meia idade:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equilíbrio (quando há resignificação), 2. Melancolia (diante da estagnação diante da impossibilidade de investir em novos planos, 3. Mania (fuga ao passado para a impossível recuperação da juventude)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas</li> <li>• Roda de conversa com uso de filmes, vídeos, textos</li> <li>• Terapia Comunitária</li> </ul>
<b>A velhice</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Características Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vários tipos de perda: da saúde, capacidade funcional, cônjuge, amigos, parentes, padrão de vida</li> <li>• Lutos sucessivos sem tempo para recuperação,</li> <li>• Muito passado, muitas histórias (por isso gostam tanto de contar sobre sua vida, isso precisa ser utilizado porque é prazeroso para a maioria deles)</li> <li>• Tempo Cronológico X Segundos de eternidade – momentos breves e carregados de boas emoções, lembranças passam a ter mais valor do que o tempo “real”, cronológico.</li> <li>• A sexualidade é um dos pilares para um envelhecimento ativo, não se devendo restringi-la a disfunções sexuais tratáveis pela indústria farmacêutica. (ex: uso do Viagra). O declínio da frequência pode ser compensado pela ampliação da intensidade. Algumas linhas da gerontologia tiram o foco da sexualidade da genitalidade dos corpos.</li> </ul> <p>DICA: Promover esses “segundos de eternidade” com vivências prazerosas. Mais vida e menos doenças nas nossas atividades!</p>	<p style="text-align: center;"><b>Recursos Pedagógicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas interativas</li> <li>• Rodas de conversa fazendo artesanado</li> <li>• Trocas de receitas             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dança!</li> </ul> </li> <li>• Terapia Comunitária             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar a vida!</li> </ul> </li> </ul>

Apropriada para os ciclos de vida a partir da adolescência, as oficinas se constituem de etapas (momentos) que podem ser adaptadas inclusive quando estamos com um público infantil (para o qual precisamos abreviar o tempo, já que paciência dos pequenos também é bem pequena). Então, diante da sua aplicabilidade, achamos importante dividir com vocês sobre como planejar uma oficina.

Maria Lúcia Afonso (2006) define as oficinas de dinâmica de grupo como:

um **trabalho estruturado** com grupos, focalizado em uma **questão central**, num determinado **contexto social**, e que não se propõe, apenas, a uma reflexão racional, mas que deve **envolver os participantes** de modo integral, convidando-os para **PENSAR, SENTIR e AGIR**. (grifos nossos)

Suas principais referências teórico-metodológicas são os grupos operativos de Pichón-Riviére (Psicanalista) e os círculos culturais de Paulo Freire (Educador).

A autora propõe algumas etapas:

**1. Análise da demanda:** investigar anteriormente para entendermos “**o que o público-alvo deseja saber?**”. Nem sempre coincide com o que *nós* queremos abordar. Convém, sempre que possível, iniciarmos por aqueles temas que mobilizam o nosso público-alvo. Para tudo arrumamos um jeito! Exemplo: para um grupo de adolescentes as infecções sexualmente transmissíveis ou métodos contraceptivos podem despertar um interesse muito maior do que “como e porque escovar os dentes”. Nossa mente “odontológica nos leva a pensar somente em gengivite para este grupo. Mas, **se quisermos formar vínculos, precisamos negociar nossos desejos**. Façamos, então, uma oficina sobre os assuntos inicialmente desejados e... futuramente, teremos “a nossa chance”!

**2. Definição do enquadre:** será aonde? Para qual público-alvo? Idade, perfil socioeconômico, cultural... Para quantas pessoas? Como é o ambiente? Quais recursos

estão disponíveis? São aquelas informações básicas, sem as quais nos sentimos “sem chão” para começar a planejar qualquer atividade.

**3. Planejamento flexível:** com base nessas informações, fazer um planejamento que poderá sofrer as intercorrências imprevisíveis da realidade: aceitar isso como possível e ter sempre “um jogo de cintura”, “uma carta na manga”, e aptos para mudanças! Muitas vezes, ao flexibilizarmos o planejamento na hora da execução, os resultados saem melhores do que o planejado. É estar *com*, fazer *com*, e não *sobre*!

**4. Definição de recursos:** materiais, humanos, instalações...Pessoas que nos apoiarão para a divulgação e realização da atividade, pessoas de referência nas instituições, etc.

**5. Desenvolvimento:** fazer a oficina!

Esse foi um apenas delineamento inicial, segue como anexo desse capítulo um roteiro idealizado pela Profa Eliane Souza, (Profa aposentada da faculdade de odontologia da UFBA). Para fins didáticos, preenchemos esse roteiro com as explicações sobre cada momento, seguidas de exemplo.

**Fechando esse capítulo...**

A **educação** será sempre **um ato político**. Não existe neutralidade, estamos sempre a *favor de* ou *contra*. Teremos sempre um lado, precisamos saber *qual*. Como profissionais de saúde, éticos, precisamos trabalhar pela redução das iniquidades (as desigualdades injustas e evitáveis).

**A educação em saúde** no contexto da APS (e do SUS como um todo) precisa ser utilizada/conduzida/vivenciada como **um instrumento de transformação de realidades e subjetividades**. Se restrita a uma abordagem tradicional, servirá, ao contrário, para a reprodução do *status quo* da sociedade atual: desigual, injusta e, por isso mesmo, tão adoecedora. **Precisamos nos tornar os educadores e as educadoras que a maioria de nós não teve!** Precisamos ler mais, calmamente e reflexivamente a obra/teoria/poesia de Paulo Freire. Esse capítulo foi só para aguçar a vontade, como deve ser a boa educação: instigadora da busca!

**É importante também um certo mergulho** para conhecer o complexo mundo da **subjetividade humana**, sempre mediada, claro, pela **cultura**, pelas **condições materiais e imateriais da vida**, pelas **crenças** herdadas dos nossos antepassados, ou criadas nos contextos bem específicos do aqui e agora: na família, na comunidade, na escola, na mídia... tudo isso nos é estruturante! Saber um pouco mais e sempre **atualizar esse conhecimento** sobre os nossos **comportamentos, medos, expectativas em cada ciclo da vida** pode nos ajudar na **difícil arte da comunicação** e na criação de vínculos, tão essenciais para o cuidado em saúde.

**Existe uma via afetiva no aprender**. Incorporamos mais facilmente na nossa vida **aquilo que nos afeta** (para o bem e para o mal). E no decorrer da vida somos afetados (e afetamos o outro) de diferentes maneiras. É prudente **conhecermos mais** sobre **a mente e o coração** humanos. Nós, educadores e educadoras, andamos no fio da navalha. Nossas práticas precisam tocar (afetar) o outro, mas sem feri-lo!

Por fim, como a vida também é feita de objetividade, concluiremos nosso capítulo aprendendo a planejar uma oficina de educação em saúde, com todas as suas etapas e significados.

Pelo limite de páginas, recomendo que leiam os artigos sugeridos. **Permitam-se “abrir as janelas”...** é isso que nos possibilita ampliar a nossa consciência e enriquecer de sentido a nossa prática e a nossa própria existência.

Desejamos a todas e todos novas formas de *ver*, de *ser* e de *fazer* na Educação em Saúde, concordando com FREIRE (1987), que:

*O radical, comprometido com a libertação dos homens,  
não se deixa prender em “círculos de segurança”,  
nos quais se aprisione também a realidade.  
Tão mais radical quanto mais se inscreve nessa realidade para,  
conhecendo-a melhor, melhor poder transformá-la.  
Não teme enfrentar,  
não teme ouvir,  
não teme o desvelamento do mundo.  
Não teme o encontro com o povo.  
Não teme o diálogo com ele,  
de que resulta o crescente saber de ambos.  
Não se sente dono do tempo,  
nem dono dos homens,  
nem libertador dos oprimidos.  
**Com eles se compromete,**  
dentro do tempo,  
**para com eles lutar.***

*Paulo Freire  
Santiago, Chile,  
Outono de 1968*

#### REFERÊNCIAS

1. AFONSO, Maria Lúcia Miranda. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Casa do psicólogo, 2ed, 2010. 290p.

2. ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005 .
3. BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
4. BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Prefácio: cinquenta e um anos depois. In: STRECK, Danilo R.; ESTEBAN, Maria Teresa (org). **Educação popular**: lugar de construção social coletiva. Petrópolis RJ: Vozes, 2013.
5. CECCIM, RicardoBurg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v.9, n.16, p.161-167, 2005.
6. CECCIM, RicardoBurg.Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
7. EIZIRIK, CláudioLaks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. 2 ed. Prto Alegre, Artmed, 2016.
8. EMMERICH, Adauto Oliveira; FAGUNDES, Daniely Quintão. Paulo Freire e Saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. **Sal.&Transf. Soc.** ISSN2178-7085, Florianópolis, v.6, n.3, p.01-08, 2016.
9. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 17 ed. 1987
10. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura) ISBN 85-219-0243-3
11. MALVEZZI, Sigmar. Psicologia organizacional: da administração científica à globalização: uma história de desafio. In: **Interfaces da psicologia** [S.l: s.n.], 2000.
12. PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43, p.1069-83, out./dez. 2012.
13. SOUZA, Eliane Santos. **Oficina de Educação em Saúde**. Salvador: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Odontologia em Saúde Coletiva I, 2012. 20 diapositivos, color.
14. SILVA, Maria Júlia Paes. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, v.10, n.2, p.73-88.
15. STEIN, Murray. **No meio da vida**: uma perspectiva junguiana. Coleção Amor e Psique. São Paulo: Paulus, 2007.
16. QUADROS, Emérico Arnaldo. **Psicologia e desenvolvimento humano**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

## ANEXO

<b>ROTEIRO DA OFICINA</b> Data: 11/12/2017	Horário: 9:00	Local: USF da Ribeira
--	---------------	-----------------------

**Objetivo:** compartilhar informações sobre a saúde bucal da(o) bebê (começar sempre com um verbo no infinitivo. Cuidado na delimitação do objetivo, pois quando temos assuntos demais pode ser necessário o desdobramento em mais de uma oficina)

**Tema:** Saúde bucal da(o) bebê **Lembre-se da demanda! O ideal é responder a uma necessidade ou desejo do público-alvo, sendo recomendável sondar antes com ACS, outros membros da equipe de saúde, etc..**

**Subtemas:** aleitamento materno (nutrição, imunidade, significado psicológico, desenvolvimento facial, prevenção da respiração bucal, preparo das mamas durante a gestação); higiene bucal de bebês sem e com dentes; transmissibilidade de microrganismos patogênicos dos cuidadores para a(o) bebê; uso de chupetas e mamadeira; uso do açúcar; uso do flúor, cárie de mamadeira, antibióticos X cárie.

**Número e perfil dos participantes:** 15 gestantes da área de abrangência da USF da Ribeira, com idade entre 19 e 42 anos. Todas sabem ler e escrever. A maioria já tem outros filhos. Todas fazem o pré-natal na unidade. O saneamento básico na comunidade é precário. Menos da metade delas conta com o apoio do(a) companheiro(a). **Aqui é importante saber mais sobre o contexto social, econômico, cultural, nível de escolaridade, se há alguma religião predominante, crenças e costumes presentes na comunidade, etc as redes de apoio existentes, etc..**

#### 1. **AQUECIMENTO INESPECÍFICO – 9:00 às 9:15**

Aqui vamos pensar numa estratégia para equilibrar a energia do grupo que está sendo formado nesse momento, “quebrar o gelo”, conhecer um pouco sobre as pessoas. Assentar a cabeça e o coração no aqui e agora. Não esqueça: você também faz parte do público-alvo! Participe! Não é “para”, mas “com” as pessoas! E vamos investir no lúdico, na arte, na subjetividade... Cuide para não reforçar preconceitos (racismo, machismo, homofobia, etc). Ex: “azul para meninos e rosa para meninas...” “peça para o seu marido....” muitas podem não ter marido!

**Estratégia: “o varalzinho das apresentações”**—as cadeiras serão dispostas num semi-círculo, com uma mesa de apoio em sua abertura. Uma das paredes deverá ter um cordão (simulando um varal) com roupinhas de bebês penduradas (feitas de cartolina, de várias cores) Ao som de uma música suave, cada uma deverá escolher uma roupinha e escrever nela: seu nome, nome da(o) bebê (se já tiver) e o tempo de gestação. Na mesa teremos “emoticons” (disquinhos de cartolina amarela desenhados com diferentes expressões). Cada uma deverá escolher um emoticon que represente o sentimento naquele momento. As roupinhas devem ser fixadas nelas mesmas com o prendedor de roupa e o emoticon elas seguram (pois pode ser que não queiram pregar na roupa, muita exposição). Todas e todos devem voltar para os seus lugares e faz-se a apresentação, cada uma, dizendo o nome, a idade, se é a primeira gestação, algo mais que desejar falar (colocar essa possibilidade) e, se quiserem, finalizar explicando o emoticon escolhido...**o sentir**

OBS: todos da equipe que estiverem participando precisam adaptar a estratégia e participar junto!

#### 2. **AQUECIMENTO ESPECÍFICO - 9:15 às 9:30**

Este é o momento para sondarmos o conhecimento prévio (pois ele sempre existe!) e deixar as pessoas curiosas para saber mais sobre o assunto...

**Estratégia: “Mito ou verdade”.** Passará uma caixinha com afirmações sobre os subtemas em tirinhas de papel (Ex: “Devo tomar suplementos de Flúor na gravidez para que o bebê tenha dentes mais fortes”). Usar letras bem grandes. Em dupla, elas conversarão sobre as duas afirmações (3 minutos). Na parede que está de frente para o grupo será colado um papel metro, dividido ao meio, onde estará escrito “MITO” de um lado e “VERDADE” do outro. Cada dupla lerá em voz alta as afirmações e colarão no papel metro a sua afirmativa no lado que julgarem correto: mito ou verdade. **O agir...**

**Cuidado! Lembrem-se de Paulo Freire sobre desmontar a visão mágica e assumir a ingenuidade do educando! Nenhuma expressão irônica deve ser feita! Qualquer deslize nesse sentido pode comprometer todo o restante da oficina.**

### 3. ATUALIZAÇÃO DO TEMA - 09:30 às 10:10

Aqui é o momento para trazer as informações, mas de modo dialógico! Nada de sair falando sozinha(o) ou “para”...é “com”! Muitos de nós precisa ver...tocar...então temos que trabalhar com recursos visuais e táteis, para além da fala! É muito cansativo (e às vezes até improdutivo) ficar só imaginando sobre o que o outro está nos dizendo!

**Estratégia: roda de conversa com mesa de apoio.** Após a colagem de todas as tirinhas, cada afirmação será lida pelo condutor e o grupo vai julgar se a classificação como mito ou verdade foi correta e o porquê. As informações necessárias serão trazidas para a discussão num **diálogo**, que pode trazer novas perguntas pelo condutor, estimulando **o pensar**. A mesa de apoio poderá ter objetos que facilitem a explicação (ex: escova infantil e creme dental, para mostrar na hora a quantidade recomendada para bebês).

OBS: essa mesa de apoio pode estar pronta desde o começo, quando as pessoas estão chegando...pois elas podem mexer..perguntar...bem como ao término, pois muitos de nós tem vergonha de perguntar no coletivo.

### 4. SISTEMATIZAÇÃO - 10:10 às 10:30

**Estratégia: roda de conversa com distribuição dos objetos da mesa.** Cada uma deverá dizer algo que aprendeu ou que já sabia sobre o objeto (pode ser uma imagem também).

**Esse é o momento de investigar se as principais informações foram compreendidas. Pois ainda dá tempo de esclarecer... E ele nos dá pistas sobre outras oficinas pertinentes com esse grupo.**

### 5. AVALIAÇÃO – 10:30 às 10:40

**Estratégia: roda de conversa** – perguntar sobre cada momento da oficina, se elas gostaram, se houve algum incômodo, se o tempo foi bem utilizado, se elas têm sugestões de mudança, como foi a participação delas (se estavam motivadas..)

**Esse é o momento de avaliação e auto-avaliação, de todos! Podemos usar também uma fichinha em branco para elas escreverem, isso pode complementar a fala, já que a maior parte de nós aprendeu a não dizer o que pensa e o que sente, verdadeiramente. Esse momento é muito importante porque nunca estaremos prontos... precisamos dos olhos do outro para ajudar a ver e analisar o nosso trabalho, sem o que, ele não avança! Uma oficina pode “funcionar” para um grupo e para outros não... precisamos investigar para saber onde falhamos, onde acertamos, sabendo que cada oficina é uma, que cada grupo é único e que a cada dia somos diferentes do que fomos ontem! Ou seja: nunca chegaremos a uma “fórmula”! Precisamos estar abertos a aprender sempre!**

## RECURSOS FÍSICOS, MATERIAIS, HUMANOS E FINANCEIROS

**Instalações:** tomada de 110v (levar adaptadores)

### **Materiais de consumo:**

1. Corda de varal ou barbante (5m)
2. Cartolinas coloridas
3. Prendedores de roupa de madeira
4. Canetas hidrocor
5. Tiras de papel impressas com as afirmações sobre o tema
6. Globo de isopor (em cada metade se coloca os espetinhos com figuras sobre o tema)
7. Espetinhos para churrasco
8. Figuras sobre o tema (amamentação, cárie de mamadeira, maxila atrésica e protrusão dental por respiração bucal, etc..)
9. Escovas infantis, dedeiras
10. Cremes dentais (com e sem flúor)
11. Alguns tipos de Chupeta
12. Mamadeira e diferentes bicos
13. Papel metro
14. Fita adesiva

**Em tempo hábil, faça sempre um checklist! Um detalhe pode inviabilizar algum momento da oficina!**

### **Material permanente:**

1. aparelho de som
2. mesa/toalha
3. cadeiras

**Equipe responsável:** nome e função dos integrantes da equipe encarregada da atividade

CD João – condutor – construir, imprimir e recortar as perguntas. Fazer as roupinhas em cartolina, construir o globo com as imagens

ACS Lucimara, Leila e Jaqueline – apoio – fazer orçamento e comprar o material. Fazer os emoticons, providenciar os materiais da mesa de apoio.

**Trabalhe em equipe! Divida tarefas! Uma boa oficina dá trabalho! Mas é bastante prazerosa!**

**Financeiro (orçamento quando for o caso): R\$ 32,00. Vejam se podem pedir materiais de papelaria junto à SMS...**

## MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

### Capítulo 4: O papel do Planejamento em Saúde e da Epidemiologia nas ações de saúde bucal

**Autora: Tatiana Frederico de Almeida**

#### **Apresentando este capítulo**

Olá, colegas dentistas da rede básica de atenção à saúde de Salvador!

Este capítulo do Manual de Preceptoría visa introduzir o campo do Planejamento em Saúde para o(a) dentista que atua na rede de atenção básica do nosso município, desmistificando e apresentando conceitos básicos e estruturantes, assim como a aplicabilidade das suas ferramentas, a exemplo do Planejamento Estratégico Situacional na perspectiva da Vigilância da Saúde, aspectos fundamentais para a organização dos serviços conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste momento, também abordaremos conceitos introdutórios da Epidemiologia, com enfoque no seu uso nos serviços de saúde, exemplificado aqui pela prática dos inquéritos epidemiológicos em saúde bucal no Programa Saúde na Escola (PSE), quando o(a) dentista da rede de atenção básica coleta dados de natureza epidemiológica e necessita analisá-los para que possa programar ações de promoção, prevenção e restauradoras condizentes com o perfil da população que assiste.

Boa leitura a todos(as)!

#### **1. Introduzindo o Planejamento em Saúde nas práticas de saúde bucal:**

Para comentarmos sobre a importância das práticas e conceitos do campo da Saúde Coletiva, conhecido como de **Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde** para as ações de saúde bucal, gostaria de esclarecer que será necessário reconhecermos alguns aspectos da nossa realidade social. Primeiramente, devemos compreender que a saúde das pessoas é resultado da suas condições de vida e que estas condições de vida são fortemente influenciadas pelas ações do **Estado** na **sociedade**. Assim, uma sociedade terá melhores condições de saúde, se possuir acesso ao saneamento básico, moradias dignas, renda e trabalho seguro, educação de qualidade, lazer e também a assistência à saúde.

O Estado intervém na sociedade a partir de **políticas públicas**, definidas da seguinte forma por PAIM e TEIXEIRA (2006):

“Política pública é a ação ou omissão do **Estado**, enquanto **resposta social**, diante dos **problemas de saúde** e seus **determinantes**, bem como da produção, distribuição e regulação de **bens e serviços e ambientes** que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.”

Também é importante considerarmos que o ato de **planejar é inerente ao ser humano**. Por exemplo: planeja-se uma viagem, uma festa, a compra de uma casa, atravessar uma rua movimentada, etc. Planejamos porque queremos alcançar objetivos. Todo processo de trabalho e toda a vida humana é planejada, o ser humano tende a pensar, calcular antes de agir. (GIOVANELLA, 1991)

Do mesmo modo, **planejar também é uma ação coletiva, social e institucional**, pois no âmbito da administração pública não se deve buscar o imprevisto, afinal vidas estão em jogo ao se propor uma política pública, que tem fins institucionais, mas também sociais, humanos e éticos. O planejamento representa um exercício de cidadania. Assim, PAIM (2006) nos diz que o planejamento em saúde é uma **prática social**, que ao mesmo tempo que é técnica, é política, econômica e ideológica. É o processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade, e recorrendo a instrumentos (técnicas, saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito) sob determinadas relações sociais, em uma dada organização.

O mesmo autor nos esclarece quais os principais produtos do Planejamento em Saúde:

- ✓ **Plano:** *que fazer* de uma organização, reúne *objetivos e ações*, expressa uma política;
- ✓ **Programa:** estabelece de modo *articulado objetivos, atividades e recursos* (detalhamento do plano);
- ✓ **Projeto:** *desdobramento específico* do plano ou programa (exequível).

Na área da saúde planejamos políticas, programas e projetos porque lidamos com **problemas de saúde** e estes são de duas naturezas. Existem aqueles problemas que são do **estado de saúde** (doenças, agravos, acidentes, carências, vulnerabilidades e riscos) e dos **serviços de saúde** (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc).



\* SAIBA MAIS

Deixamos aqui a indicação de leitura de um capítulo bastante esclarecedor do Professor Jairnilson Paim sobre Planejamento em Saúde, disponível na internet, busque no Google Acadêmico. Vale a pena a leitura!

**PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G.W. Tratado de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 767-782.**

Disponível em:

<http://brasil.campusvirtuaisp.org/sites/default/files/PLANEJAMENTO%20EM%20SAUDE%20PARA%20NAO%20ESPECIALISTA.pdf>

No Brasil, identificamos algumas correntes teóricas/metodológicas do Planejamento e Gestão na Saúde. Vamos explorar aqui neste espaço uma delas, conhecida como “**Planejamento Estratégico Situacional/PES na perspectiva da Vigilância da Saúde**”, uma proposta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). (TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS, 2010) Tal proposta contribui com o processo de trabalho em saúde na medida que possibilita priorizarmos problemas de saúde e pensarmos coletivamente em estratégias e ações que controlem, diminuam ou erradiquem estes problemas nos serviços e nas comunidades onde atuamos.

Esta proposta do ISC/UFBA, pensada no contexto do início do processo de municipalização dos serviços de saúde, ainda na década de 1990, incorpora o **Planejamento Estratégico Situacional**, pois admite a dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios para a reorganização do processo de trabalho nas unidades.



**\*ATENÇÃO**

A proposta do PES na perspectiva da Vigilância da Saúde tem muito a contribuir enquanto ferramenta para o nosso processo de trabalho, enquanto profissionais da rede básica do município, sobretudo quando atuamos em equipe, com diálogo constante com a comunidade que assistimos. As **oficinas de trabalho são um dos pontos fortes do PES**, permitindo o encontro, o debate e a troca de ideias, experiências e vivências que somam as possibilidades de atuação sobre os problemas que enfrentamos cotidianamente nos serviços de saúde da atenção básica.

Oficinas com a presença de profissionais de saúde, usuários, lideranças comunitárias, gestores e outros atores identificados com algum envolvimento com os problemas são uma importante estratégia do PES. Em muitas situações na rotina dos serviços não aplicaremos esta proposta em sua íntegra, mas não há impedimentos em **utilizarmos alguns dos seus momentos/ etapas e conceitos** para a busca de ações mais resolutivas.

Na metodologia do PES na perspectiva da Vigilância da Saúde, enquanto modelo de atenção para o SUS, o processo de planejamento é constituído de **momentos que se interpenetram**, os quais são denominados de: **momento explicativo** (levantamento e priorização de problemas, assim como de suas causas e conseqüências), **normativo** (definição de objetivos), **estratégico** (definição de facilidades, dificuldades e estratégias de ação), e **tático-operacional** (definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação das ações propostas).

Agora faremos uma breve explicação da utilização desta proposta, tomando um problema fictício/ didático, com o intuito único de apresentar a possibilidade de aplicação de suas distintas etapas no cotidiano das unidades de saúde e outras organizações, com base na leitura do livro “Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências”, cuja organizadora é a Professora Carmen Teixeira.



**\*SAIBA MAIS:**

Para aqueles que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o Planejamento em Saúde, aqui está uma interessante indicação de leitura. Também está disponível na internet, busque no Google Acadêmico.

**TEIXEIRA, C.F. (organizadora). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.**

Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2c%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>

Bem, então vamos lá!

Imaginemos uma situação bastante comum na rotina dos serviços de saúde: nós, dentistas, frequentemente somos parte de equipes que realizam ações de saúde em instituições de ensino nas comunidades onde atuamos, as quais podem ou não fazer parte do PSE.

A proposta do PES inicia-se com uma oficina com **diferentes atores sociais** (profissionais de saúde, professores, pais e mães, estudantes, líderes comunitários, enfim, distintos atores que são convidados a participar deste momento) para a identificação, priorização e explicação dos problemas. Definição do que (problema), do quando, do onde e, principalmente, de quem (quais indivíduos e grupos sociais) encontra-se afetado pelos problemas. De forma coletiva e democrática **listamos problemas** relacionados com o

serviço ou com o estado de saúde das pessoas. O quadro abaixo poderá contribuir para a organização desta etapa.

Número	Problema (o que, quem e onde)
1.	
2.	
3....	

**Figura 1.** Lista de Problemas baseada na Matriz para Sistematização da lista de problemas de TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS (2010).

Em seguida, é importante que **priorizemos os problemas** listados, afinal não temos recursos para enfrentar todos eles ao mesmo tempo. O PES na perspectiva da Vigilância da Saúde preconiza a utilização de alguns critérios para isso. Estes critérios são baseados no método CENDES/ OPS, uma das primeiras propostas do uso do Planejamento em Saúde. Durante a oficina, que deverá ter um participante coordenador e outro relator, cada integrante deverá pontuar os problemas listados anteriormente conforme os critérios apresentados na Figura 2. Ao final, teremos o problema com maior pontuação, o qual será alvo das ações planejadas.

Problema	Magnitude	Tecnologia disponível	Valorização	Custo estimado	Total de pontos
1.					
2.					
3....					

Pontuação dos critérios: Magnitude: Baixa (0); significativa (1); alta (2) e muito alta (3); Valorização: idem; Tecnologia disponível: idem; Custo: Baixo(3); significativo (2); alto (1) e muito alto (0)

**Figura 2.** Matriz de Priorização de problemas baseada na Matriz proposta por TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS (2010).

No caso aqui ilustrado, após as etapas iniciais da oficina, pontuamos e priorizamos o seguinte problema:

*“Alta prevalência de cárie dentária, em escolares de 6 a 12 anos da Escola Municipal José Braz em 2019”.*

Passaremos, então, para o **Momento Explicativo do PES**, quando também de forma democrática, com a participação e votação de todos os presentes na oficina, definiremos quais as principais **conseqüências** (frutos) do problema em questão e as suas **causas** (raízes). O quadro a seguir ajudará para este momento, conhecido como “Construção da Árvore de Problemas”. Na prática, recomendamos que seja desenhada uma árvore, com todas as suas partes, em uma folha de papel grande para facilitar a visualização do grupo, e identifiquemos o problema no centro (tronco da árvore), as causas nas raízes as conseqüências nas folhas/ frutos (copa da árvore).

<p><b>Consequências:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perda dentária precoce</li> <li>2.</li> <li>3....</li> </ol>
<p><b>Problema:</b> Alta prevalência de cárie dentária, em escolares de 6 a 12 anos da Escola Municipal José Braz em 2019</p>
<p><b>Causas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta escovação supervisionada na escola</li> <li>2.</li> <li>3....</li> </ol>

**Figura 3.** Matriz para construção da Árvore de Problemas com base na Matriz de TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS (2010).

Supostamente, na nossa oficina, uma das conseqüências priorizadas do problema foi a perda dentária precoce, e uma das suas causas a não realização da escovação supervisionada na escola. Outras conseqüências e causas devem ser elencadas pelo grupo. Liste apenas uma delas, pois este capítulo visa ilustrar a técnica.

Partiremos para o momento seguinte da oficina, conhecido como **Momento Normativo do PES/ Definição de Políticas**, quando elegeremos os objetivos das ações, ou

seja, o que se pretende fazer para enfrentar os problemas priorizados e explicados. Cada objetivo pode seguir uma das três formas:

a) **Resultados** que se pretende alcançar em termos da situação epidemiológica e social;

b) **Produtos** que se pretende oferecer;

c) **Mudanças** que se pretende introduzir.

Procuramos descrever os objetivos utilizando verbos no infinitivo. Para cada **causa priorizada** do problema, definiremos **um objetivo específico**. O objetivo geral do PES será reverter o problema para uma situação mais favorável. Para a falta de escovação supervisionada na escola, nosso objetivo será: implantar a escovação supervisionada na Escola Municipal José Braz.



Importante salientar que podem ser realizadas de duas a três oficinas para que a proposta do PES seja finalizada em sua íntegra. Não é recomendado que em uma oficina ela seja concluída, pois se tornaria cansativa e pouco produtiva.

Após refletirmos sobre os objetivos relacionados com o problema que elegemos, passaremos a outra etapa do PES, chamada de **Momento Estratégico**, quando definiremos ações e atividades que nos ajudarão a alcançar os objetivos traçados.

Assim, inicialmente, os atores envolvidos na oficina elegerão **atividades específicas** para cada um dos objetivos. Destacamos que as atividades apresentam **facilidades e dificuldades** para sua concretização; deste modo, devemos explicitar na matriz abaixo estas facilidades e dificuldades, afinal, precisamos potencializar as suas facilidades e procuramos neutralizar ou reduzir as suas dificuldades através das **estratégias de ação** que iremos propor. Veja na Figura 4 um exemplo com base no problema que estamos trabalhando.

Objetivos	Atividades	Facilidades	Dificuldades	Estratégia de
1. Implantar a escovação supervisionada na Escola JB	Elaborar um programa de escovação	Existência de escovódromo na escola	Falta de treinamento para os	Realizar capacitação dos

	supervisionada na Escola JB	Parceria com a Universidade X	professores	professores em parceria com a Universidade X
2.				

**Figura 4.** Matriz de Análise de Viabilidade baseada na matriz proposta por TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS (2010).

Na reta final do PES é hora de traçarmos como ele será operacionalizado (**Momento tático-operacional**), definiremos então uma programação com as **atividades**, seus **responsáveis**, **recursos necessários** (materiais, humanos, financeiros), **prazos** para execução (definição dos meses, semestres em que serão executadas) e **indicadores** de acompanhamento e avaliação (estes podem ser estabelecidos por metas, expressas em percentuais para seu alcance, por exemplo). A Figura 5 ilustra este momento de acordo com o problema aqui exposto.

Objetivos específicos	Atividade	Responsáveis/ participantes	Recursos necessários	Prazos	Indicadores de acompanhamento
1. Implantar a escovação supervisionada na Escola JB	Realizar capacitação dos professores em parceria com a Universidade X	Docentes e alunos da UNI X	Computador, data-show, escovódromo	Prazos: 1º semestre de 2018	Todos os professores treinados para a realização da escovação supervisionada
2.					
3....					

**Figura 5.** Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais, baseada na matriz proposta por TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS (2010).

Devemos estabelecer com cuidado estes indicadores para que possamos ser mais precisos no acompanhamento da execução das ações e atividades. Também é necessário controle adequado do orçamento da proposta através da definição de recursos financeiros para cada uma das etapas e atividades. Finalizada a oficina do PES, é hora de arregaçar as mangas, unir esforços, seguir adiante e concretizar nosso planejamento.

## 2. Sobre a Vigilância da Saúde como modelo de atenção em saúde e a importância da Epidemiologia nas práticas de saúde bucal

Antes de abordarmos o uso da Epidemiologia nos serviços de saúde bucal da atenção básica, é necessário salientar uma temática que muitas vezes não refletimos no cotidiano de nossas atividades nas unidades de saúde. Comentarei sobre o **modelo de atenção em saúde** (ou modelo assistencial) preconizado para o SUS, conhecido como modelo da **Vigilância da Saúde**, para que possamos compreender mais facilmente o papel da Epidemiologia na análise da situação de saúde e tomada de decisões em todos os âmbitos do SUS, seja na ponta deste sistema representada pelas unidades básicas de saúde, seja no seu nível central de gestão.

Mas **o que é mesmo um modelo de atenção?** O modelo de atenção em saúde representa o centro de todo sistema de serviços de saúde, representa as práticas de cuidado ao usuário. PAIM (2008) nos traz o seguinte conceito para modelo de atenção: “o conjunto de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) para resolver problemas e atender necessidades individuais e coletivas. Não é simplesmente uma forma de organizar serviços, não é somente um modo de administrar um sistema de saúde.”

No Brasil convivemos com dois modelos hegemônicos presentes no setor público e privado, o Modelo **Médico Assistencial Privatista**, que valoriza o saber biomédico, preconiza a demanda espontânea dos usuários, assim como os procedimentos especializados, ambulatoriais e hospitalares; e o **Modelo Sanitarista**, o qual se organiza através de campanhas e programas especiais voltados para alguns problemas específicos, com base no conhecimento biológico e também epidemiológico, de forma verticalizada e centralizadora. São exemplos deste programas e campanhas: programa de combate ao tabagismo, de controle da Hipertensão e Diabetes, campanhas de vacinação, campanhas para detecção da hanseníase, dentre outros.

Ainda na década de 1990, Professor Jairnilson Paim apresentou uma definição para a **Vigilância da Saúde**, como um modelo alternativo para o SUS:

“Modelo assistencial **alternativo** conformado por um conjunto articulado de práticas sócio-sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a **controlar determinantes, prevenir riscos e danos** à saúde e assistir **indivíduos e grupos**”. (PAIM, 1994)



**\*SAIBA MAIS:**

Seria interessante ler mais sobre modelos de atenção no SUS? Este artigo é uma ótima indicação!

**TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 1998; 7(2): 7-28.**

Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>

Para concretizarmos este modelo em nossas práticas precisamos ir além da clínica médica/ odontológica, é necessário ampliar inicialmente nosso olhar sobre o processo saúde-doença e compreendermos que este é **socialmente determinado**, que ações restritas ao campo da saúde são insuficientes para a promoção da saúde, daí a importância de práticas **intersectoriais**, a exemplo das ações previstas pelo Programa Saúde na Escola, que o **território** e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças.

**\*ATENÇÃO**



A Vigilância da Saúde propõe a reorganização das práticas no nível local a partir de: **intervenção sobre problemas de saúde** (danos, riscos e/ou determinantes); **articulação de ações promocionais, preventivas e curativas** (integralidade); **ações sobre o território**; **ações intersectoriais** e intervenção no **nível populacional** pautada no **saber epidemiológico**.

A Epidemiologia, portanto, não está distante do nosso processo de trabalho enquanto dentistas da rede básica. Ela é uma importante ferramenta para a definição e organização das nossas ações, nos permitindo olhar para a saúde da população de forma precisa, sistemática e técnica. O conhecimento clínico odontológico é insuficiente, não nos possibilita este olhar.

A definição da Epidemiologia proposta por Professor Naomar de Almeida Filho traduz a amplitude das possibilidades de sua utilização, que possui um importante papel no **desenvolvimento da pesquisa científica**, sobretudo da pesquisa da ocorrência dos agravos à saúde e de seus fatores de risco, a partir do método epidemiológico; como também na **organização dos serviços de saúde**. Observem o que este autor nos diz sobre a Epidemiologia:

“Epidemiologia é a ciência que estuda o **processo saúde-doença** em **coletividades humanas**, analisando a **distribuição** e os **fatores determinantes** das doenças, agravos e eventos associados à saúde coletiva, para **propor medidas específicas** de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, para **fornecer indicadores** que sirvam de suporte ao **planejamento, administração e avaliação** das ações de saúde.” (ALMEIDA FILHO, 2003)



**\*SAIBA MAIS:**

Quer compreender mais um pouco sobre o PSE? Leia a portaria que trouxe mudanças recentes nas ações do programa.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017.** Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html)

O uso da epidemiologia nos serviços de saúde possibilita a **reorientação do modelo de atenção**, na medida em que ela nos instrumentaliza para a **análise/ diagnóstico da situação de saúde** de grupos populacionais em uma perspectiva territorializada. Além disso, o método epidemiológico garante **informações** que são úteis para o estabelecimento de **prioridades**, para a **organização e a gestão** dos serviços e para a **avaliação** das intervenções.

O Ministério da Saúde no Brasil vem adotando o método epidemiológico de maneira mais sistemática para o acompanhamento do perfil de saúde bucal da população. Desde 1986 são realizados inquéritos populacionais a fim de se reconhecer os reais problemas bucais dos brasileiros. Destacaram-se neste período os inquéritos cujos resultados foram publicados em 1996, 2003 e 2011. Nossa **política de saúde bucal** lançada em 2004, com ênfase na **atenção básica**, na **fluoretação** das águas de abastecimento e na **atenção especializada** odontológica, é produto da análise das nossas reais necessidades de saúde bucal, a partir do inquérito de 2003, cujo projeto ficou conhecido como **SB Brasil**.



**\*SAIBA MAIS:**

Os resultados dos últimos inquéritos de saúde bucal estão disponíveis na internet, acessando o Ministério da Saúde. Qual o perfil de saúde bucal do meu estado, da

minha região? A média de dentes cariados do meu município é maior ou menor do que a média nacional? É hora de acessar estes resultados!

### **SB Brasil 2003**

**BRASIL, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004**

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)

### **SB Brasil 2010**

**BRASIL, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.**

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)

O **monitoramento dos indicadores de saúde bucal** a nível nacional ou local nos dá a dimensão dos avanços ou retrocessos das nossas intervenções preventivas, promocionais e cirúrgico-restauradoras. Dentre estes indicadores, uns dos mais utilizados para o acompanhamento e avaliação nos serviços são:

- ✓ CPO-D aos 12 anos de idade;
- ✓ Proporção de indivíduos livres de cárie (aos 5 e 12 anos);
- ✓ Crescimento do CPO-D entre 12 e 15-19 anos;
- ✓ Cárie não tratada (aos 5, 12 e 15-19 anos);
- ✓ Mutilação dentária (aos 15-19, 35-44, 65-74 anos);
- ✓ Perda do 1º molar permanente (aos 12 anos).

No município de Salvador, a maioria das unidades de saúde da família aderiu ao PSE, incluindo a equipe de saúde bucal. As ações de saúde bucal nas escolas incluem escovação supervisionada, uso do flúor e o **exame epidemiológico dos escolares**. É importante e necessário que **analisemos** os dados coletados durante os exames epidemiológicos, pois somente assim estes dados transformam-se em **informações** para orientação das ações nos serviços de saúde.

A coordenação do PSE em Salvador adotou uma **ficha epidemiológica (ANEXO 1)** padronizada para a coleta de dados de saúde bucal e está disponível na intranet da Secretaria Municipal de Saúde. Esta padronização é fundamental em termos de

acompanhamento do quadro epidemiológico municipal e até mesmo das nossas áreas. Os exames devem ser feitos por dentistas de acordo com os mesmos critérios de diagnóstico. Outros membros das equipes podem ajudar nesta ação, seja na organização dos escolares, na escovação supervisionada ou anotação dos exames.

Esta ficha está disponível no final deste capítulo, assim como um **roteiro** elaborado especificamente **para a análise de dados (ANEXOS 2 e 3)**. Esta é uma análise simples, descritiva, exigindo **cálculo de proporções e médias**. É necessário que após a coleta dos dados nos programemos para tabulá-los e analisá-los, o que pode durar um ou dois turnos da nossa semana típica. Outros membros da equipe serão bem-vindos neste momento!

Todo inquérito epidemiológico envolve coleta de dados e ele só dá sentido às nossas práticas quando estes **dados são transformados em conhecimento**. Muitas vezes programamos intervenções desnecessárias para nossa população, pois não sabemos os problemas bucais que mais a acometem. Situações como estas geram baixa efetividade nos serviços, o que deve ser evitado, pois sabemos que os recursos da saúde são escassos. Assim, incentivamos o enfoque epidemiológico na organização das ações de saúde bucal. Certamente o material disponibilizado aqui irá contribuir para esta análise de forma simplificada e possível na sua rotina de trabalho.

Após a análise dos dados, será necessário **programarmos ações** para enfrentarmos os principais problemas encontrados entre os escolares. É inviável o atendimento clínico odontológico para todos eles. O inquérito nos permitirá priorizar casos mais graves e encaminhá-los para o atendimento indicado, também poderemos planejar ações coletivas de acordo com o risco individual, ou coletivo, a exemplo da escovação supervisionada, aplicação do flúor gel, tratamento restaurador atraumático, atividades educativas, dentre outras. O Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia elaborou em 2015 uma **proposta de intervenções em saúde bucal voltadas para escolares** de acordo com **critérios de risco**. Esta proposta está anexada ao final deste capítulo e pode orientar o planejamento e programação das nossas ações (ANEXO 4).

Bom trabalho!

### **Sintetizando este capítulo**

Finalizando o capítulo, é importante afirmar que o Planejamento em Saúde no Brasil é uma prática recentemente institucionalizada e contribui para a captação de recursos, a legitimação política e a gestão do setor em todos os níveis. O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades e permitir a participação social, pode favorecer a democratização da gestão e reforçar a cidadania.

O exercício do cotidiano do planejamento na saúde é marcado pelo acompanhamento da realidade, que por ser dinâmica, exige constante avaliação das suas decisões. A metodologia conhecida como PES na perspectiva da Vigilância da Saúde do ISC/UFBA aqui apresentada contribui para este acompanhamento.

Também vimos que a Epidemiologia é essencial para a formulação de políticas de saúde, planejamento e programação das ações; auxilia na gestão do sistema e dos serviços, produzindo informações que dão suporte à tomada de decisão. No cenário nacional, no contexto do SUS, a Vigilância da Saúde representa um modelo de atenção à saúde alternativo, que valoriza a integralidade no controle de causas, riscos e danos, os quais são analisados à luz da Epidemiologia.

O monitoramento das condições bucais da população que assistimos é possível com o uso do método epidemiológico. Em Salvador, as ações de saúde bucal no contexto do PSE não devem prescindir deste método, afinal é reconhecendo as condições de vida e saúde da comunidade que assistimos que conseguiremos mudar práticas e melhorar o grave quadro epidemiológico que muitas vezes encontramos nas nossas áreas de abrangência.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: Rouquayrol, M. Z; Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 1-16.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de abril de 2017.
3. BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. Cadernos de Saúde Pública, 1991; 7(1): 26-44.
6. PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

7. PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*, 2006;40(N Esp):73-8.

8. PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G.W. *Tratado de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 767-782.

9. PAIM, J. S., 1994. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, São Paulo: MEDSI, p. 455-466.

10. TEIXEIRA, C.F. (organizadora). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

11. TEIXEIRA, C.F.; VILLASBÔAS, A.L.Q; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira, C.F. (organizadora). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador : EDUFBA, 2010b. p. 51-76.

12. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1998; 7(2): 7-28.



## ANEXO 2

### Roteiro para tabulação dos dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal

#### APRESENTAÇÃO

A tabulação dos dados de um levantamento epidemiológico em saúde bucal é a etapa que permite o processamento dos dados, fazendo com que o conjunto de dados coletados através de indicadores epidemiológicos transforme-se em informação. Esta informação assim gerada possibilitará o planejamento de ações mais adequadas e eficientes para as reais necessidades e problemas de saúde da população.

Os objetivos deste roteiro são:

1. Fornecer um enfoque sistemático para a realização da tabulação dos dados coletados do levantamento epidemiológico em saúde bucal.
2. Descrever os critérios para a tabulação dos dados em instrumentos apropriados.
3. Apresentar as tabelas onde os dados serão tabulados.
4. Assegurar critérios padronizados de tabulação dos dados coletados permitindo comparações posteriores entre as diversas áreas da cidade participantes do levantamento.

#### CRITÉRIOS PARA TABULAÇÃO DOS DADOS

##### TABELA PARA TABULAÇÃO DOS DADOS / PSE

**Especificação** – Este campo é destinado a especificar por determinadas categorias a população do estudo. Exemplo: por sexo, faixa etária, etc.

**Nº de indivíduos** - Número total de indivíduos participantes do levantamento epidemiológico em cada categoria analisada.

**Sexo** - Total (n) e percentual de indivíduos (%), em relação ao total da população) em cada uma das categorias da variável sexo.

**ceo=0** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da população especificada) com ceo=0.

**c** - Número de dentes decíduos cariados (Nº); Média de dentes cariados por indivíduo (X, dividir o total de dentes cariados (c) pelo total de indivíduos da amostra especificada); e Percentual do componente cariado (c) em relação ao ceo-d (% , regra de três, onde o total de dentes “ceo-d” corresponde a 100% e o total de dentes “c ” corresponde a “x%”).

número de dentes ceo-d (Nº)	-----	100%
número de dentes c (Nº)	-----	x%

**e** - Número de dentes decíduos extraídos (Nº); Média de dentes extraídos por indivíduo (X, dividir o total de dentes extraídos (e) pelo total de indivíduos da amostra especificada); e Percentual do componente extraído (e) em relação ao ceo-d (% , regra de três, onde o total de dentes “ceo-d” corresponde a 100% e o total de dentes “e ” corresponde a “x%”).

número de dentes ceo-d (Nº)	-----	100%
número de dentes e (Nº)	-----	x%

**o** - Número de dentes decíduos obturados (Nº); Média de dentes obturados por indivíduo (X, dividir o total de dentes obturados (o) pelo total de indivíduos da amostra especificada); e Percentual do componente obturado (o) em relação ao ceo-d (% , regra de três, onde o total de dentes “ceo-d” corresponde a 100% e o total de dentes “o ” corresponde a “x%”).

número de dentes ceo-d (Nº)	-----	100%
número de dentes o (Nº)	-----	x%

**ceo-d** – N°=Total de dentes decíduos cariados (c), extraídos (e) e obturados (o).  
N°=Somar: c + e + o; Média de dentes decíduos ceo-d (X, dividir o total de dentes ceo-d pelo total de indivíduos da amostra especificada); Percentual de dentes ceo-d em relação ao total de dentes decíduos examinados (% , regra de três, onde o total de dentes examinados corresponde a 100% e o total de dentes ceo-d corresponde a “x%”).

número de dentes decíduos examinados (Nº)	-----	100%
número de dentes ceo-d (Nº)	-----	x%

**CPO=0** - Total (n) e percentual de indivíduos (%; em relação ao total da população da amostra especificada) com CPO=0.

**C** - Número de dentes permanentes cariados (Nº); Média de dentes cariados por indivíduo (X, dividir o total de dentes Cariados (C) pelo total de indivíduos da amostra especificada); e Percentual do componente Cariado (C) em relação ao CPO-D (%; regra de três, onde o total de dentes “CPO-D” corresponde a 100% e o total de dentes “C ” corresponde a “x%”).

número de dentes CPO-D (Nº)	-----	100%
número de dentes C (Nº)	-----	x%

**P** - Número de dentes permanentes perdidos por cárie (Nº); Média de dentes perdidos por indivíduo (X, dividir o total de dentes perdidos (P) pelo total de da amostra especificada); e Percentual do componente extraído (P) em relação ao CPO-D (%; regra de três, onde o total de dentes “CPO-D” corresponde a 100% e o total de dentes “P ” corresponde a “x%”).

número de dentes CPO-D (Nº)	-----	100%
número de dentes P (Nº)	-----	x%

**O** - Número de dentes permanentes obturados (Nº); Média de dentes obturados por indivíduo (X, dividir o total de dentes obturados pelo total de indivíduos da amostra especificada); e Percentual do componente obturado (O) em relação ao CPO-D (%; regra de três, onde o total de dentes “CPO-D” corresponde a 100% e o total de dentes “O ” corresponde a “x%”).

número de dentes CPO-D (Nº)	-----	100%
número de dentes O (Nº)	-----	x%

**CPO-D** – Nº = Total de dentes permanentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Somar: Nº = C + P + O; Média de dentes permanentes CPO-D (X, dividir o total de dentes CPO-D pelo total de indivíduos da amostra especificada); Percentual de dentes CPO-D em relação ao total de dentes permanentes examinados (%; regra de três, onde o total de dentes examinados corresponde a 100% e o total de dentes CPO-D corresponde a “x%”).

número de dentes permanentes examinados (Nº) ----- 100%  
 número de dentes CPO-D (Nº) ----- x%

**Atividade de cárie** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da amostra especificada) em cada uma das categorias da variável atividade de cárie.

**Alteração gengival** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da amostra especificada) em cada uma das categorias da variável alteração gengival.

**Má-oclusão** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da amostra especificada) em cada uma das categorias da variável má-oclusão.

**Alteração de Tecido mole** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da amostra especificada) em cada uma das categorias da variável tecido mole.

**Fluorose** - Total (n) e percentual de indivíduos (% , em relação ao total da amostra especificada) em cada uma das categorias da variável fluorose.

**Total decíduos** – Número total de dentes decíduos examinados (Nº); e Média de dentes decíduos examinados (X, dividir o total de dentes decíduos examinados pelo total da amostra especificada).

**Total permanentes** – Número total de dentes permanentes examinados (Nº); e Média de dentes permanentes examinados (X, dividir o total de dentes permanentes examinados pelo total da amostra especificada).



## ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA

Grupo de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva

Professoras: Maria Cristina Cangussu, Sandra Garrido de Barros, Denise Nogueira Cruz

**Classificação de risco**

A partir dos dados epidemiológicos de saúde bucal encontrados entre os escolares, foram consideradas para a intervenção no Programa Saúde na Escola (PSE) o **risco coletivo**, assim como o **risco individual**, conforme pode ser identificado no quadro abaixo:

**Quadro 1- Risco coletivo**

<b>Categorização do risco coletivo</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Intervenções propostas</b>	<b>Periodicidade</b>
<b>Baixo</b>	Escola localizada em distrito com baixa prevalência e gravidade da cárie  Área coberta pela ESF a mais de 5 anos  Escola com atividades do PSE há mais de 2 anos  Escola não está localizada em área de vulnerabilidade social	Escovação supervisionada  Atividade de educação em saúde	Semestral
<b>Moderado</b>	Escola localizada em distrito com baixa a	Escovação	Trimestral

	<p>média prevalência e gravidade da cárie</p> <p>Área coberta pela ESF a menos de 5 anos</p> <p>Escola com atividades há menos de 2 anos</p> <p>Escola em área de vulnerabilidade social</p>	<p>supervisionada</p> <p>Atividade de educação em saúde</p>	
<b>Alto</b>	<p>Escola localizada em distrito com alta prevalência e gravidade da cárie</p> <p>Área não coberta pela ESF ou sem atividade realizada na área</p> <p>Escola com atividades há menos de 2 anos</p> <p>Escola em área de vulnerabilidade social</p>	<p>Escovação supervisionada</p> <p>Atividade de educação em saúde</p>	Bimensal ou menor

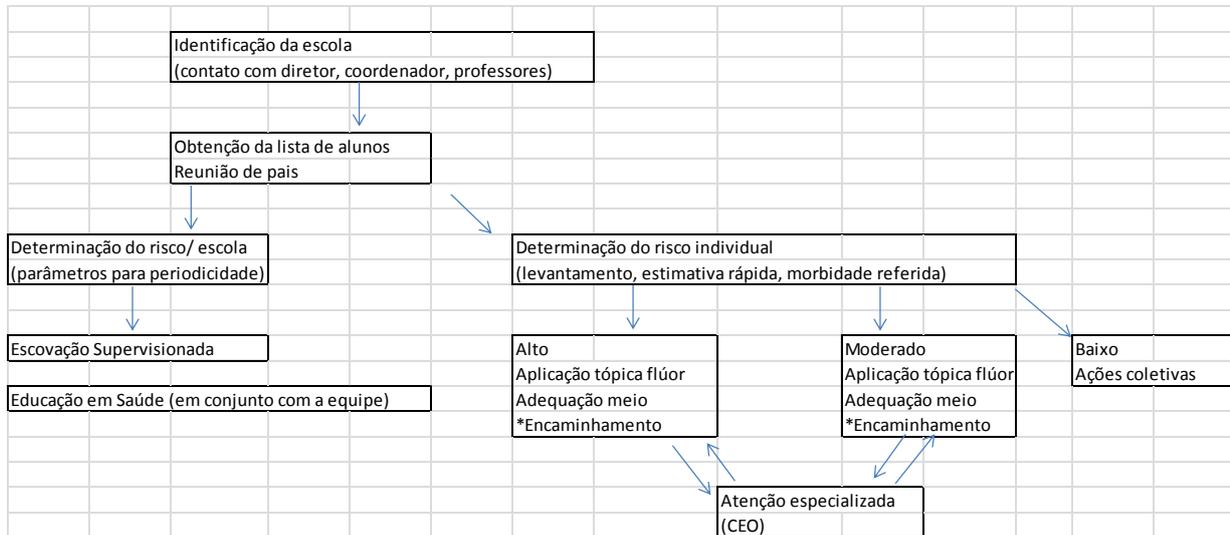
Os critérios para a classificação do risco individual podem ser diversos, a depender da viabilidade operacional. Preferencialmente deve ser realizado pelo levantamento epidemiológico, mas, pode-se utilizar também a estimativa rápida, morbidade auto-referida ou referida pelos membros da comunidade escolar (pais, diretores, coordenadores, auxiliares de classe).

#### Quadro 2- Risco Individual

<b>Categorização do risco Individual</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Intervenções propostas</b>	<b>Periodicidade</b>
--	----------------------	-------------------------------	----------------------

<b>Baixo</b>	Ausência de lesões de cárie/ sangramento gengival	Ações coletivas  Sem ações individuais	A depender da classificação de risco da escola
<b>Moderado</b>	Presença de lesões ativas ou inativas e ou/ sangramento gengival	Aplicação tópica de flúor  Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em ambiente escolar  Encaminhamento à Unidade quando possível	Trimestral  Adequação do meio bucal/ revisão semestral  Revisão anual
<b>Alto</b>	Presença de lesões ativas  Dor de origem odontológica	Aplicação tópica de flúor  ART em ambiente escolar  Encaminhamento à Unidade o mais breve possível	Bimensal  Adequação do meio bucal/ revisão semestral  Revisão anual

## FLUXOGRAMA

**Monitoramento e avaliação:**

## Parâmetros:

- Cobertura de ações coletivas na população adscrita
- Tratamento concluído
- impacto epidemiológico – incidência inferior a 10% do indicador anterior

## MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

### Capítulo 5: Programa Saúde na Escola (PSE): algumas experiências a partir do olhar da equipe de saúde bucal

**Autoras: Carolina Ribeiro Pedral Sampaio, Haline Antunes**

#### **Apresentando este capítulo**

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que visa integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e da saúde. O objetivo é promover uma atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio e na Educação de Jovens e Adultos-EJA), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas as equipes de saúde da família e da educação básica Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2007; 2015; 2017)

Neste capítulo, nossa pretensão é falar um pouco sobre as ações preconizadas pelo PSE, **focalizando as ações de saúde bucal e correlacionando-as com nossa vivência como dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) de Salvador-BA, integrantes de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e participantes do programa, salientando as dificuldades e estratégias** para alcançarmos as metas estabelecidas. Os principais documentos norteadores das nossas ações são os produzidos pelos Ministérios da Saúde e Educação e pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA.

#### **1. Iniciando o PSE na Estratégia Saúde da Família: alguns marcos regulatórios**

A prática das ações estabelecidas no PSE requer atores engajados para **planejar, executar e monitorar**. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde e da Educação exigem a formação de uma comissão denominada de **Grupo de Trabalho Intersetorial Local - GTI** que deve ser composto, obrigatória e minimamente, por: representante(s) da(s) equipe(s) de saúde e da escola/creche vinculada à(s) esta equipe de saúde e facultativamente, também podem participar parceiros

locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros), não sendo estipulado um número definido de representantes. (BRASIL, 2015) Dependendo do contexto local, na busca de facilitar e viabilizar as práticas do PSE, é interessante que o(a) gerente da Unidade Saúde da Família, o(a) diretor(a) da escola, representantes dos pais dos alunos, representantes dos alunos (se for pertinente), façam parte dessa comissão. Em Salvador, a coordenação municipal do setor saúde solicita que a reunião de formação do GTI seja registrada em ata conforme modelo apresentado no anexo 1.

As responsabilidades da comissão integrante do GTI, conforme estabelecido no caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2013; 2015), são as seguintes:

- realizar a GESTÃO do PSE no âmbito da Unidade de Saúde/escola, vinculadas;
- apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação;
- articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos político-pedagógicos das escolas;
- definir as turmas a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se a vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das equipes de Atenção Primária à Saúde e os critérios indicados pelo Governo Federal;
- possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das Escolas e as equipes de Atenção Primária à Saúde;
- subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde fornecendo as informações necessárias quanto ao funcionamento dos estabelecimentos (Unidade de Saúde/ Estabelecimento de Ensino), bem como contribuindo para a realização das ações preconizadas pelo Programa, nestes espaços;
- participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;
- apoiar, qualificar e garantir a alimentação do SISAB;
- propor estratégias específicas de cooperação entre Unidades de Saúde no âmbito do Distrito Sanitário e do Município como um todo, para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal;

➤ garantir que os materiais do PSE, quando enviados pelo Ministério da Educação e/ou da Saúde, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Primária à Saúde e Equipes das Escolas.

Para formação do GTI, **inicialmente**, é sugerido que as equipes de saúde entrem em contato com os representantes das escolas participantes do PSE para apresentar o Programa, articular a formação do Grupo de Trabalho Intersetorial Local- GTI, discutir o diagnóstico preliminar elaborado pelo corpo docente da escola e conhecer o projeto pedagógico da escola e os temas trabalhados na área de saúde. Salienta-se que um momento interessante para essa discussão é durante a Jornada Pedagógica da escola que acontece no início do ano letivo. Em um **segundo momento** pode-se organizar um encontro com a toda comunidade escolar (pais, alunos e professores), no dia da reunião de pais e mestres ou em outro dia sugerido pela coordenação da escola, com o objetivo de apresentar o PSE, eleger os integrantes do GTI, apresentar suas responsabilidades. Em um **terceiro momento**, os componentes do GTI precisarão se reunir para realizar o planejamento das ações a serem realizadas. (BRASIL, 2015; 2017)

**Atualmente, o documento que define as ações do PSE é a Portaria interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017 que estabelece em seu artigo 10º, que o estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao PSE, deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:**

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

O **planejamento dessas ações** explicitadas acima deverá considerar os contextos escolar e social; o diagnóstico local de saúde; e a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica. (BRASIL, 2015; 2017)

As temáticas a serem abordadas deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral (visando atender às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos) e **debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da equipe de saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores**. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação juvenil, desde o agendamento e a organização das atividades até mesmo durante a realização delas. (BRASIL, 2015)

Ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas, as equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde. (BRASIL, 2007)

As ações preconizadas pelo PSE relacionadas à saúde bucal são: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor (ATF), entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental. (BRASIL, 2018a) Essas ações devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar ou técnico em saúde bucal, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. (BRASIL, 2015)

Em relação à definição do quantitativo das ações a serem realizadas, o Ministério da Saúde preconiza que o exame bucal e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal deve ser feita uma vez ao ano. (BRASIL, 2015) A escovação feita pelos profissionais de saúde, também denominada de escovação supervisionada direta deve ser feita, no mínimo, duas vezes ao ano. A escovação realizada pelos profissionais de educação, denominada de escovação indireta, é feita conforme a necessidade de acompanhamento identificada nas avaliações de saúde bucal. (BRASIL, 2015)

O Ministério da Saúde deixa o quantitativo de ATF a critério da equipe, conforme avaliação de saúde bucal realizada. Na prática, como não existe um protocolo de regime de fluoretos e da frequência de aplicação, então sentíamos dificuldade em estabelecer o método de uso tópico e a quantidade ideal de aplicações de fluoretos. Através de troca de experiências, verificamos que podemos nortear nossas ações com base em alguns documentos. A Associação Dentária Americana (ADA, 2006), publicou um guia para auxiliar profissionais de odontologia quanto ao uso de géis e vernizes fluoretados de acordo com a idade e risco do paciente que foi adaptado por CORTELLAZZI et al. (2013). A Coordenação de Saúde Bucal de Salvador e o Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com base em dados epidemiológicos locais de escolares aos 12 anos, considera para o planejamento de intervenções no PSE o risco coletivo, assim como o risco individual, conforme pode ser identificado no quadro do anexo 2. (MENDONÇA et al., 2015) Trata-se de um guia, com o intuito de auxiliar e não como regra a ser seguida. E para saber um pouco mais sobre o uso de fluoretos podemos ler o guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil produzido pelo Ministério da Saúde que apresenta as várias formas de utilização de fluoretos, métodos preventivos de âmbito populacional e individual (acesse o link: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_fluoretos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf)).

Nós, profissionais com compromisso com o PSE, consideramos que **avaliação epidemiológica** deve ser uma das primeiras ações de saúde bucal a ser realizada, pois a partir dela obtemos as informações importantes para a definição das temáticas de educação em saúde a serem realizadas; possibilita definir a periodicidade das escovações e da ATF. Além disso, viabiliza o **monitoramento** da saúde bucal dos educandos, identificando aqueles que necessitam de tratamento curativo restaurador que poderão ser atendidos no ambiente escolar, nos casos de indicação do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) com consentimento informado previamente assinado pelo responsável pelo estudante, ou conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), pode ser encaminhado para sua Unidade Básica de Saúde de referência.

Para aqueles que desejam relembrar ou aprofundar seus conhecimentos sobre Planejamento em Saúde e sobre o uso da epidemiologia nos serviços de saúde visite o Capítulo 4 deste Manual intitulado: “O papel do Planejamento em Saúde e da Epidemiologia nas ações de saúde bucal”. Lá vocês encontrarão ainda a ficha epidemiológica adotada pela coordenação do

PSE em Salvador para padronização da coleta de dados de saúde bucal e terão acesso a um roteiro elaborado especificamente para a análise de dados!

As principais informações concernentes as ações de saúde bucal foram sintetizadas em um quadro e podem ser visualizadas no anexo 3 deste capítulo.

O **registro das ações do PSE deve ser** feito na ficha coletiva do E-SUS AB tanto pelos profissionais da saúde, quanto da educação e atualizado no sistema de informação da Atenção Básica pelos profissionais da saúde ou pelos gestores responsáveis pelo programa no âmbito do Distrito Federal e dos municípios. (BRASIL, 2017) No final de cada semestre, a equipe de saúde deve enviar uma planilha de dados das ações realizadas no PSE para coordenação municipal (veja modelo no anexo 4). Salienta-se que no município de Salvador há subregistro das informações do PSE no SISAB. (SALVADOR, 2018)

Nosso município, apesar da mobilização das equipes de saúde para realização das ações, ainda apresenta outros desafios, como: integração equipe de saúde/ escola; fortalecimento do GTI – Local na gestão do Programa; planejamento conjunto das ações; e indisponibilidade de relatórios específicos do Programa no SISAB, dentre outros. (SALVADOR, 2018)

A ficha coletiva do E-SUS não é específica para registrar as ações do PSE e possui vários campos. Para obter informações sobre como preencher as informações concernentes ao PSE na ficha do E-SUS coletiva acesse o link: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/19162638-manual-esus-pse-1.pdf>

## **2. “... Da teoria para a prática, colocando a mão na massa”**

Precisamos avançar na transformação do antigo modelo de práticas de saúde na escola, onde o profissional da saúde utilizava o espaço escolar sem a participação efetiva dos trabalhadores da educação, passando a outra realidade onde exista a parceria efetiva dos atores da saúde com os da educação, desde a gestão (gerências regionais, direção e coordenação), até o corpo docente, criando vínculos e respeitando os diversos saberes e possibilidades.

Nessa perspectiva, a partir de uma leitura crítica, conjecturamos que seria interessante uma mudança de nomenclatura de “Programa Saúde na Escola” para “Programa Saúde X Escola”, uma vez que o nome atual carrega o ranço do antigo modelo. No entanto, não adianta mudança de nome, sem mudança de práticas... Portanto, avancemos no processo de transformação!

Mas como podemos nos organizar no cotidiano dos serviços de modo a promover um maior envolvimento/articulação entre atores da saúde e da educação? Bem, não existe receita, pois cada cenário tem suas particularidades. Assim, imaginando que o intercâmbio de ideias e experiências entre os atores do PSE pode contribuir para eclosão de novas estratégias para a implementação das ações, nos propusemos a contar um pouco da nossa história com o programa. Aqui fica o convite para você leitor e participante do PSE refletir e compartilhar também sua experiência, sugerindo melhorias das ações nos cenários aqui expostos!

## **2. 1. A experiência do PSE na USF Canabrava, no Distrito Pau da Lima em Salvador-BA**

A USF Canabrava está localizada no Distrito Sanitário de Pau da Lima e tem quatro equipes de saúde da família e duas escolas municipais que fazem parte do PSE. Desde a sua implantação, foi acordado que duas equipes assumiriam o planejamento e a execução de atividades em uma escola e as outras duas equipes na outra escola. Assim, o trabalho foi partilhado por todos, e o vínculo com os estudantes de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), que fazem Estágio Supervisionado na unidade, foi estabelecido por todos os profissionais de saúde.

O GTI foi composto por representantes de profissionais da saúde, educação e pais. Dentre as resoluções, fizemos um cronograma de reuniões mensais até o final do ano letivo onde a última reunião culmina com a apresentação dos resultados das ações desenvolvidas durante o ano para comunidade escolar e responsáveis.

As ações, por solicitação da escola, são de preferência realizadas por blocos:

**A) SAÚDE BUCAL** - Atividade educativa, exame epidemiológico, escovação supervisionada e aplicação de Flúor em todos os alunos da escola no primeiro semestre. Sendo que no segundo semestre repetimos a ação sem necessidade de realizar o exame epidemiológico (preconizado um por ano), e incluímos o ART (Tratamento Restaurador Atraumático).

O ART visa ampliar o acesso ao tratamento da cárie, apenas nos casos indicados para a utilização da técnica.

Após o exame epidemiológico, foram selecionados os estudantes com indicação para realização do ART, e foram enviados termos de consentimento para os responsáveis pelos estudantes, informando a descrição do procedimento e a disponibilidade das dentistas envolvidas na ação caso algum responsável solicitasse esclarecimento.

Para a realização do ART, as mesas do refeitório da escola são utilizadas como macas, devidamente higienizadas e protegidas com lençol de papel; elas também servem de apoio para todo o material de trabalho (instrumental, materiais odontológicos, materiais de biossegurança e aparelho fotopolimerizador). Durante o atendimento, cada dentista é auxiliada por sua

respectiva ASB/TSB, sendo que algumas práticas têm a participação dos estagiários de Odontologia.

A criança deita sobre a mesa, apóia a cabeça numa almofada para um maior conforto durante o procedimento. Salientando que no refeitório da escola há presença de luz natural com boa iluminação. São realizadas todas as restaurações indicadas para ART no mesmo momento. Nos casos dos educandos com mancha branca de cárie ativas é aplicado o verniz com flúor. No ano de 2017, foram atendidas trinta crianças em uma das escolas.

Os estudantes com necessidade de tratamento odontológico são encaminhados para a USF Canabrava para agendamento com os dentistas de suas respectivas equipes e os não cadastrados na USF são orientados a procurar a unidade básica de saúde tradicional de Canabrava.

**B) ANTROPOMETRIA, ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ATUALIZAÇÃO DO CALENDÁRIO VACINAL, RECOLHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE HANSENIASE E ADMINISTRAÇÃO DE ALBENDAZOL** – Ações do PSE realizadas em mutirão, com a participação dos profissionais de duas equipes de saúde na escola, sendo o planejamento realizado pelas enfermeiras juntamente com os outros profissionais. Após a realização desta ação, as crianças com alterações na avaliação antropométrica são encaminhadas para consulta clínica e a equipe acompanha a necessidade de referência para outro ponto da rede de atenção. As crianças com alterações suspeitas de hanseníase são referenciadas para a unidade de saúde para avaliação clínica.

**C) AVALIAÇÃO AUDITIVA E ACUIDADE VISUAL** - Os profissionais capacitados realizam a avaliação de acuidade visual nas crianças e aplicam o questionário da avaliação auditiva, selecionando aquelas que apresentam alguma alteração. A médica da equipe de saúde faz as solicitações de consulta com oftalmologista e otorrinolaringologista respectivamente. Essas solicitações são encaminhadas à escola para serem entregues aos responsáveis, sendo orientados a procurar a unidade de saúde para agendar as consultas no sistema de marcação.

**D) PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E CIDADANIA** – Esta ação é realizada pelos profissionais da educação com a estratégia de “Contaçon de história”, com escolha de livros que tratam sobre o tema, já que essa é uma prática que acontece sistematicamente na escola.

Algumas ações do PSE são realizadas pela equipe de saúde em conjunto com os profissionais da educação, sendo que outras, como as práticas corporais e incentivo à atividade física, são realizadas pela equipe de educação. Na escola em questão, os professores de educação física se responsabilizam por essa ação, inclusive com atividades lúdicas, explorando as brincadeiras, como pular corda, baleado, futebol, etc.

Todas as atividades realizadas pelo PSE devem ser registradas no E-SUS. Essa atribuição ficou a cargo dos profissionais de saúde, que na reunião mensal do GTI fazem o levantamento das ações realizadas no mês, inclusive das realizadas pelos docentes e registram nas fichas do E-SUS.

Na escola descrita um dos documentos exigidos no ato da matrícula é a cópia do cartão SUS, estratégia que facilitou o trabalho de registro no E-SUS, já que para algumas ações, como a avaliação antropométrica, aplicação de flúor, dentre outras, devem ser registrados o número do cartão do SUS e data de nascimento de todos os estudantes participantes no sistema de informação.

Em uma das escolas de Canabrava, as duas equipes responsáveis, por consenso decidiram que se revezariam anualmente como responsáveis pela gestão do PSE (planejamento, registro, monitoramento).

**Como facilidades das ações implementadas no PSE de Canabrava, destacamos:**

- ✓ Parceria entre as equipes;
- ✓ O número pequeno de alunos da escola (270), que possibilita a realização das ações contemplando todos os alunos;
- ✓ Comprometimento e proatividade da direção e coordenação da escola;
- ✓ Proximidade entre escola/USF Canabrava;
- ✓ Trabalhar com a faixa etária de escolares de 4 a 12 anos.

**E como dificuldades:**

- ✓ Exigência de registro do número do cartão do SUS e data de nascimento de todos os alunos na ficha do ESUS para algumas ações, sendo que esses dados também são digitados no sistema de gestão da SMS;
- ✓ Por parte da escola em questão, a resistência em entender que as ações do PSE precisam fazer parte da rotina semanal no planejamento pedagógico, pois ainda persiste a cultura de que os alunos durante essas atividades estão “fora de sala de aula”;
- ✓ Os repasses financeiros anuais que o município recebe referente ao PSE não são repassados para as equipes. Assim, para a realização de algumas ações os profissionais arcam com os custos dos materiais;
- ✓ O PSE é um programa do Ministério da Saúde e da Educação, mas o envolvimento das secretarias de educação na cobrança de suas equipes ainda está muito aquém do esperado;
- ✓ A rede de atenção à saúde do município não está consolidada e não disponibiliza vagas suficientes para as diversas necessidades, principalmente na atenção secundária. Realizamos

todo o levantamento com as ações do PSE e quando encaminhados, os estudantes, em parte, não conseguem ter acesso ao atendimento à saúde.

## **2.2. A experiência do PSE na USF Cabula VI, no Distrito Cabula Beirú, em Salvador-BA**

Se você também atua no PSE de uma escola com grande quantitativo de alunos e com alta prevalência de cárie, se identificará com o relato de experiência da equipe de saúde bucal da USF Cabula VI, do Distrito Sanitário Cabula Beirú. Aqui contaremos as dificuldades enfrentadas e estratégias que têm sido implantadas.

Para entender melhor o contexto atual do PSE na escola em questão, voltaremos um pouco no passado.

Era o ano de 2013, quando atividades coletivas inspiradas no PSE começaram a ser realizadas na Escola Municipal de Narendiba, atual Escola Alto da Cachoeirinha. Inicialmente, as ações contemplavam apenas a educação infantil (faixa etária de 3 a 5 anos) (n=186). O exame epidemiológico e escovação assistida eram realizados pelas duas equipes de saúde bucal da USF Cabula VI e os estagiários de Enfermagem colaboravam, realizando ações de educação em saúde. Aos poucos, percebemos o engajamento dos professores, pois começaram a realizar escovação com os alunos alguns dias da semana, faziam a denominada escovação supervisionada indireta.

No ano seguinte, em acordo com a coordenação da escola, as ações contemplaram tanto as crianças da educação infantil (n=179), como as do ensino fundamental (n= 231), abrangendo assim a faixa etária de 3 a 9 anos. Nessa época, a análise dos exames epidemiológicos permitiu verificar que as crianças na faixa etária de 3 a 5 anos (n=135) apresentavam um ceo-d de 2,12, e o componente cariado era equivalente a 93% do índice. Sendo que cerca de 50% dessas crianças necessitavam de tratamento clínico odontológico. Entre os alunos na faixa etária dos 6 a 9 anos (n=161), o CPO-D foi de 0,53, com predomínio do componente cariado, sendo que 22,9% dessas crianças apresentam pelo menos um dente permanente com lesão de cárie. Diante dessa condição, algumas crianças foram encaminhadas para o ambulatório de odontologia. Mas, devido à grande demanda por tratamento odontológico não conseguimos, durante esse ano, encaminhar todas as crianças. Além disso, outra dificuldade foi que algumas crianças eram encaminhadas, mas os pais não compareciam no dia do agendamento, procurando o serviço, geralmente em situações de urgência.

Em 2016 a escola ganhou um novo espaço físico, maior que o anterior, e ampliou a quantidade de alunos. Passou de **410 alunos** para cerca de **624 alunos**. A faixa etária agora compreendia crianças de 3 a 12 anos. Outra mudança foi que a escola e a Unidade de Saúde

foram cadastradas no PSE. Salientamos que anteriormente não havia divisão de equipes por território na USF Cabula VI e as duas equipes de saúde bucal da unidade realizavam as ações nesta escola. Mas, o cenário mudou! Contamos com **maior número de crianças** e a realização das ações de saúde bucal ficou sob a **responsabilidade apenas da equipe de saúde bucal da área** na qual a escola está situada.

Então, o **dilema** era: como fazer para atender as demandas dos usuários de duas equipes de saúde da família (isso porque nesta unidade a divisão é de uma equipe de saúde bucal para duas de saúde da família), e conciliar com a realização de escovação, atividade educativa e exame epidemiológico de 624 alunos do PSE? Além disso, como disponibilizarmos tempo para digitar os dados dos exames epidemiológicos no banco de dados e analisá-los para depois planejar, sem precisar diminuir turnos de atendimento ambulatorial?

Bem, **a estratégia encontrada foi a parceria com as disciplinas de Saúde Coletiva de faculdades de Odontologia que necessitam de campo de estágio/práticas para seus alunos.** Dessa forma, os estagiários e docentes de odontologia têm contribuído para realização das ações do PSE (exame epidemiológico, análise de dados, produção de relatórios sobre a condição bucal, atividade educativa, escovação assistida e aplicação de flúor).

Agora, imagino que você deve estar curioso para saber sobre a condição epidemiológica de saúde bucal dos alunos neste novo cenário! Os dados coletados em 2016 e/ ou 2017 mostraram que na faixa etária de 3 e 4 anos (n=68) o ceo-d foi de 1,11 sendo o percentual do componente cariado equivalente a 94,73% e do obturado igual a 5,26%. Entre 5 a 6 anos (n= 58) o ceo-d foi de 1,56, com índice de dentes cariados igual a 83,9%, sendo que 10% desses alunos apresentaram alta atividade de cárie e 15,51% higiene bucal insatisfatória. Entre 7 e 9 anos (n=110), o CPO-D foi de 0,73, sendo que 95,89% deste índice era composto por dentes cariados; entre os alunos de 8 e 9 anos (n=80) o ceo-d foi de 2,2, 67% deste índice era composto por dentes cariados; na faixa etária de 10 a 14 anos (n= 97) o CPO-D foi de 2,07, sendo que 79% dessas crianças apresentavam dentes cariados.

Diante desses dados verificamos que apesar da equipe ter investido em ações de promoção e prevenção de saúde bucal desde o ano de 2013, ainda é alta a prevalência da doença cárie. Essa situação foi discutida em rodas de conversa com os integrantes do GTI nos anos de 2017 e 2018 e foi explicitado que **precisávamos implicar, no processo de cuidado, os pais dos alunos**, pois as crianças participavam de ações de orientação de higiene bucal e escovação no ambiente escolar, mas existia a dúvida se eram incentivadas e supervisionadas em casa.

Outro aspecto inferido pela equipe de saúde e que precisa ser explicitado foi a **valorização dos trabalhadores da educação em relação às ações assistenciais**, uma vez que existia uma solicitação constante para atendimento ambulatorial das crianças, principalmente para aquelas com problemas na dentição decídua, que eram as que apresentavam maior prevalência da doença cárie. E a equipe de saúde bucal não conseguia agendar para atendimento ambulatorial todas as crianças que apresentavam cárie, inclusive as com dentição permanente, que deveriam ser priorizadas.

Depois da participação de uma das dentistas (atuou como preceptora) na equipe de trabalho do PET GraduaSUS, programa do Ministério da Saúde que incentiva a integração ensino-serviço, resolvemos adotar a metodologia do Professor Hugo Delfor Rossetti. Ele é um renomado professor argentino, autor dos livros “Odontologia Latinoamericana” e “Saúde para a Odontologia” que se dedica há mais de quarenta anos à construção de uma Odontologia mais humanizada, centrada na promoção da saúde das populações. Sua vasta experiência com programas comunitários em países da América, Europa e África e os excelentes resultados nos inspira a pensar ações preventivas e coletivas em saúde bucal, que devem ser consideradas em nossa prática para o controle das doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal.

Entre os pontos positivos de sua metodologia estão: “o olhar para a saúde” e o incentivo a formação de líderes/agentes multiplicadores (alunos, professores, trabalhadores e pais), implicando-os desde a organização das atividades até a realização delas, estimulando a coresponsabilização com a saúde deles e das crianças. O que Hugo Rossetti chama de “olhar para a saúde” diz respeito ao investimento/ valorização das ações de prevenção e promoção visando promover saúde. Partindo dessa perspectiva, em uma comunidade escolar com crianças com alta prevalência de cárie na dentição decídua, como no caso em questão, o objetivo principal é desenvolver hábitos de higiene adequados e fazer aplicação de fluoretos visando paralisar a doença já instalada e prevenir o surgimento de novas lesões de cárie. Vislumbrando que esses alunos, no futuro, tenham uma dentadura permanente livre da doença cárie!

Em 2018, para envolver os pais e os responsáveis e os profissionais de educação no cuidado com a saúde bucal, a equipe de saúde contou com a colaboração de uma das professoras de Saúde Coletiva da EBMSP. Ela coordenou duas rodas de conversa com os trabalhadores da educação e com alguns pais/responsáveis pelos alunos acerca da relação entre

saúde, seus determinantes mais gerais e formas de prevenção e promoção da saúde baseadas na metodologia de Hugo Rossetti, possibilitando processos de aprendizagem compartilhados.

Também mudamos a metodologia de orientação e escovação assistida. Anteriormente, os alunos realizavam escovação individualmente no banheiro da escola. Agora eles se organizam em rodas no pátio da escola, onde são passadas orientações sobre higiene bucal e todos escovam. E os professores estão sendo incentivados a escolherem um “líder” para atuar como agente multiplicador e estimular a turma a realizar escovação após o lanche.

Em relação às ações assistenciais, o objetivo é encaminhar para atendimento ambulatorial, prioritariamente, os escolares da área adscrita com cárie na dentição permanente e orientar aqueles que moram em outros territórios para se dirigirem a unidade próxima à sua casa.

Observamos que a partir do momento que começaram a ocorrer reuniões com os GTI e rodas de conversas com pais e professores para mostrarmos os resultados dos exames epidemiológicos que indicavam alta prevalência de cárie e explicarmos a importância da escovação e da aplicação de flúor, os trabalhadores da educação passaram a contribuir com sugestões de novas estratégias, como por exemplo a realização de uma feira de saúde direcionada para os pais dos alunos e a participação dos profissionais de saúde no dia de reuniões com os pais. Aos poucos, o PSE vem deixando de ser um programa em que a saúde vai na escola desenvolver ações, para ser um programa em que a saúde e a educação se articulam. Estamos em processo de construção e num futuro próximo apresentaremos o impacto da implantação dessa estratégia.

Caso você vivencie um cenário semelhante a este ou tenha interesse em conhecer o brilhante trabalho do Hugo Rossetti, fica a sugestão para assistir o vídeo disponibilizado no *Youtube*, no qual Dr. Hugo faz uma conferência no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA tratando da Odontologia para a saúde.

Segue o link: <https://www.youtube.com/watch?v=WwRGIGDc71M2>.

Ressalta-se que, assim como as equipes de saúde de Canabrava, temos algumas **facilidades** para a implantação do PSE, como: equipe de saúde responsável pelo PSE unida e proativa; proximidade da escola; e cooperação da coordenação da escola. Entre as **dificuldades**, destacam-se: o fato de alguns alunos e professores não possuírem o cartão do SUS, gerando

subnotificação das ações realizadas no PSE e a falta de materiais para realização de ações educativas.



## DICAS!

Tenha acesso a legislação específica do PSE e a vários materiais de apoio acessando o link: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=orientacoes\\_pse](http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=orientacoes_pse)

## INSTRUMENTOS DE APOIO:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Guia de sugestões de atividades semana saúde na escola - versão preliminar. Brasília/DF, março de 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

A partir de 2013, a gestão federal do PSE desenvolveu um conjunto de materiais produzidos em parceria com as áreas dos ministérios da Saúde e da Educação validado e testado com representantes de GTI's municipais e profissionais atuantes no território no âmbito das ações de promoção à saúde. O objetivo desses materiais, compostos de **cadernos temáticos**, é apoiar os atores envolvidos nas ações no território por meio de diretrizes e de orientações

dialogadas entre Saúde, Educação e demais políticas públicas na construção de um território saudável. Esses cadernos serão disponibilizados online e impressos e distribuídos aos municípios que aderirem ao programa. Abaixo estão alguns desses cadernos:

- Ministério da saúde. Ministério da Educação. Caderno temático: **Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer** - Versão preliminar. Brasília-DF, 2015.
- Ministério da saúde. Ministério da Educação. Caderno temático: **Verificação da Situação Vacinal** - Versão preliminar. Brasília-DF, 2015.
- Ministério da saúde. Ministério da Educação. Caderno temático: **Direitos Humanos** - Versão preliminar. Brasília-DF, 2015.
- Ministério da saúde. Ministério da Educação. Caderno temático: **SANE PAAS (Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável)** - Versão preliminar. Brasília-DF, 2015.

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations. Journal of the American Dental Association, Chicago, v.137, n.8, p.1151-9, Aug. 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de abril de 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de dezembro de 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html). Acesso em 04 de agosto de 2018a.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 68 p. : il.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. E-SUS. Atenção Básica. Sistema com coleta de dados simplificada – CDS. Manual para preenchimento das fichas. Programa Saúde na Escola. Versão 1.3.09. Disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/19162638-manual-esus-pse-1.pdf> . Acesso em 06 de agosto de 2018
7. Cortellazzi, K.L.; Tonello, A. S.; Mialhe, F. L.; PEREIRA, A. C. Métodos profissionais, auto-uso e combinações de fluoretos: uma abordagem Baseada em evidências. IN: PEREIRA, A. C . **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. São Paulo: Editora Napoleão; 2013. P. 508-523.
8. SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Versão Preliminar**. Volume I. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018.
9. MENDONÇA, T.; BAULTAR, J.; CANGUSSÚ, M. C; BARROS, S. G.; Nogueira, D. Proposta em discussão PSE- Programa de Saúde na Escola. SMS- Salvador/ UFBA , 2015.

## ANEXO 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### ATA DA REUNIÃO PARA FORMAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL LOCAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, às \_\_\_\_h, no(a)

\_\_\_\_\_ (local da reunião)

foi realizada reunião com representantes da Equipe de Saúde da Família

\_\_\_\_\_ (nome e nº da equipe)

e da Escola/Colégio/Creche \_\_\_\_\_, para formação do Grupo de Trabalho Intersetorial Local- GTI Local que contribuirá com o desenvolvimento das ações, realizando a GESTÃO do Programa Saúde na Escola, e se constituirá na seguinte composição:

NOME	COLETIVO QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL

Na oportunidade, os componentes do referido Grupo de Trabalho, após legitimados integrantes do mesmo, declaram concordância e assumem as responsabilidades inerentes ao GT, descritas abaixo:

#### Responsabilidades do GTI Local:

- realizar a GESTÃO do PSE no âmbito da Unidade de Saúde/Escola, vinculadas;
- apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação;

- articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos-pedagógicos das escolas;
- definir as turmas a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se a vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal;
- possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica;
- subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde;
- participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;
- apoiar, qualificar e garantir a alimentação do E-SUS ;
- propor estratégias específicas de cooperação entre Unidades de Saúde no âmbito do Distrito Sanitário e do Município como um todo, para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal ;
- garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**Assinatura dos Participantes da reunião**


## ANEXO 2

Classificação de risco - PSE			
A partir dos dados epidemiológicos encontrados, foram consideradas para a intervenção no PSE o risco coletivo, assim como o risco individual, conforme pode ser identificado no quadro abaixo:			
Quadro 1- Risco coletivo	Discriminação	Intervenções propostas	Periodicidade
Baixo	Escola localizada em distrito com baixa prevalência e gravidade da cárie  Área coberta pela ESF a mais de 5 anos  Escola com atividades há mais de 2 anos  Escola não está localizada em área de vulnerabilidade social	- escovação supervisionada  - atividade de educação em saúde	semestral
Moderado	Escola localizada em distrito com baixa a média prevalência e gravidade da cárie  Área coberta pela ESF a menos de 5 anos  Escola com atividades há menos de 2 anos  Escola em área de vulnerabilidade social	escovação supervisionada  - atividade de educação em saúde	trimestral
Alto	Escola localizada em distrito com alta prevalência e gravidade da cárie  Área não coberta pela ESF ou sem atividade realizada na área	escovação supervisionada  - atividade de educação em saúde	Bimensal ou menor

Os critérios para a classificação do risco individual podem ser diversos, a depender da viabilidade operacional. Preferencialmente deve ser realizado pelo levantamento epidemiológico, mas, pode-se utilizar também a estimativa rápida, morbidade auto-referida ou referida pelos membros da comunidade escolar (pais, diretores, coordenadores, auxiliares de classe).			
Quadro 2- Risco Individual	Discriminação	Intervenções propostas	Periodicidade
Categorização do risco Individual Baixo	Ausência de lesões de cárie/ sangramento gengival	Ações coletivas Sem ações individuais	A depender da classificação de risco da escola
Moderado	Presença de lesões ativas ou inativas e ou/ sangramento gengival	Aplicação tópica de flúor ART em ambiente escolar Encaminhamento à Unidade quando possível- Assistência TC	Trimestral Adequação do meio bucal/ revisão semestral Revisão anual
Alto	Presença de lesões ativas Dor de origem odontológica	Aplicação tópica de flúor ART em ambiente escolar Encaminhamento à Unidade o mais breve possível- Assistência- TC	Bimensal Adequação do meio bucal/ revisão semestral Revisão anual

Fonte: MENDONÇA et al., 2015

**ANEXO 3**  
**PSE - Ações de Saúde bucal**

LINHA DE AÇÃO/TEMA	NÍVEL DE ENSINO	ESSENCIAL	AÇÃO		META PACTUADA/ UNIDADE DE MEDIDA	PERIODICIDADE DA AÇÃO COM OS MESMOS EDUCANDOS	INDICADORES PARA RELATÓRIOS	REGISTRO – Ficha coletiva do E-SUS
Saúde Bucal  VII.Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	Todos ( creche, pré-escola, ensino fundamental, médio e EJA)	Sim	Promover e avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar quais apresentam necessidade de cuidado em saúde bucal	Avaliação e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal	Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 meses	Uma vez ao ano “ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados.	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde bucal) dentre os educandos avaliados.”	“15 - Saúde Bucal E-SUS/AB”
				Aplicação Tópica de Flúor		De acordo com o critério da equipe, conforme avaliação de saúde bucal realizada	% de aplicação em educandos em relação ao total de educandos pactuados	“02 - Aplicação tópica de flúor E-SUS/AB”
				Escovação Dental Supervisionada direta (feita pelos profissionais de Saúde) deve ser feita, no mínimo, duas vezes ao ano. A indireta (feita por profissionais de Educação)		“Duas vezes ao ano (direta).”	% de educandos avaliados em relação ao total de educandos pactuados	09 -Escovação dental supervisionada E-SUS/AB”



**LEGENDA**

<b>1. Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i></b>	<b>7. Prevenção das violências e dos acidentes</b>
<b>2. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável</b>	<b>8. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação</b>
<b>3. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS</b>	<b>9. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor</b>
<b>4. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas</b>	<b>10. Verificação da situação vacinal</b>
<b>5. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos</b>	<b>11. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alterações</b>
<b>6. Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas</b>	<b>12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração</b>

## MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

### CAPÍTULO 6: Projeto Terapêutico Singular e a importância de sua utilização nos serviços de Atenção Primária em Saúde

#### Autores:

Haline Souza Antunes, Patrícia Suguri Cristino, Tatiana Frederico de Almeida, Carolina Ribeiro Pedral Sampaio, Ana Caroline de Marino, Cinara Cícera Salgado Nunes, Mário Antônio Valença Bove, Gabrielle Teles de Souza, Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho

Neste capítulo abordaremos brevemente o conceito de **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, sua importância, como surgiu e como construí-lo. Também teremos a oportunidade de ler algumas experiências construídas por trabalhadores da Atenção Primária em Saúde (APS) de Salvador-BA!

O PTS é considerado um instrumento de gestão do cuidado das equipes de saúde, no qual os diferentes saberes dos profissionais colaboram na construção de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, de caráter clínico ou não, para um sujeito, uma família ou um grupo (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013; CAMPOS et al, 2013). Mas afinal, você já se perguntou como surgiu o PTS?



#### **\*SAIBA MAIS**

Bem, para entendermos, precisamos voltar um pouco na história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. A concepção mais próxima do que nomeamos hoje de PTS surgiu no Brasil no início da década de 1990, com o movimento antimanicomial em Santos (SP) (OLIVEIRA, 2008; NICÁCIO, 2003). O novo desafio na época era produzir respostas diante da complexidade dos problemas dos sujeitos que antes estavam depositados nos manicômios (NICÁCIO, 2003). Para isso, optaram pela problematização e redimensionamento das concepções e práticas do trabalho terapêutico e do próprio sentido do processo terapêutico. Nesse processo, os

dispositivos utilizados foram o “contrato de projetos com os usuários e familiares” e as discussões frequentes sobre a produção de relações e dos projetos terapêuticos nas reuniões diárias da equipe (NICÁCIO, 2003).

Atualmente, tendo em vista a complexidade e multiplicidade envolvidas no cuidado ao usuário em Atenção Primária em Saúde, o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe multiprofissional (**segundo o referencial da interdisciplinaridade e interprofissionalidade**), visando o planejamento das ações e a resolução de casos muito complexos em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de **Equipe de Referência e Apoio Matricial** (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012; OLIVEIRA, 2008A; CAMPOS et al, 2013).



#### **\*ATENÇÃO**

Para saber mais sobre interprofissionalidade e interdisciplinaridade acesse os seguintes [links](#):

[http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)

[www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212](http://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212)

Aqui é importante fazermos uma pausa para discutirmos um pouco sobre **equipe de referência e apoio matricial**. São tanto arranjos organizacionais, como metodologia sobre como fazer algo.

A **Equipe de Referência** é um tipo de arranjo contratual em que no lugar de pessoas se responsabilizarem predominantemente por atividades e procedimentos, buscam construir a “responsabilidade de pessoas por pessoas”. É como um “time” em que os trabalhadores tem uma clientela sobre sua responsabilidade. No caso da ESF, uma equipe responsável por uma clientela adscrita, possibilitando a criação de vínculo, construção de uma relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença de cada usuário, conhecendo sua singularidade, seu modo de viver, sua história de vida. A ideia é que um ou mais profissionais se aproximem de maneira especial de um determinado número de usuários e se responsabilizem pelo

acompanhamento (no âmbito biológico, social, familiar, político, psíquico, entre outros) e resolutividade dos casos (CAMPOS, et al. 2013; OLIVEIRA, 2008a).

O **Apoio Matricial** tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a Equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela (discussão de casos, consultas, visitas domiciliares, grupos). O apoio parte da pressuposição de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e poder. O apoio pressupõe a **cogestão**, isto é, negociação, mediação de conflitos, composição articuladas de projetos, planos e ajuda para que os agentes consigam cumprir os compromissos (CAMPOS et al 2013).

Na APS os apoiadores matriciais contribuem para o aumento da resolutividade das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple as necessidades dos usuários. Mas, também tem a dimensão de suporte assistencial, que acontece quando se faz necessária a realização de ações clínicas especializadas diretamente com o usuário (CAMPOS, et al, 2013).

Você leitor deve estar se perguntando: qual o papel do apoiador matricial na construção do PTS? Bem, quando uma equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com a equipe de referência o pretendido é participem da formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um indivíduo ou coletivo, naqueles casos que a equipe de referência, a princípio teve dificuldades (OLIVEIRA, 2008 B).



#### **\*ATENÇÃO**

Entendida essa questão, é interessante apresentarmos agora o conceito de **PTS** do autor Oliveira (2008), que o define como um **movimento de co-produção e de co-gestão do projeto terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade**.

**Vulnerabilidade** implica considerar o contexto social, político, individual expresso pelas pessoas e pelos coletivos, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida. A **co-produção** requer que a equipe reconheça a capacidade/poder

de as pessoas interferirem na sua própria relação com a vida e a doença. Pressupõe o fazer junto e não pelo outro (OLIVEIRA, 2008). Dessa forma, a construção do PTS deve incluir a corresponsabilidade não só do gestor e trabalhador/equipes de saúde, mas também do usuário (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010).

Com o objetivo de prestar Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família (eSF), por meio da oferta e suporte ao cuidado e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, o Ministério da Saúde criou em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Ele pode ser composto por alguns tipos de profissionais (assistente social, nutricionista, psicólogo, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, homeopata, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional) (BRASIL, 2008).

As equipes NASF em Salvador são formadas por seis categorias ocupacionais - psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos - e estão vinculadas a 90 eSF, o que corresponde a 36% das equipes da Atenção Básica, e estão distribuídas em seis Distritos Sanitários (DS): Barra/Rio Vermelho, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapuã, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário (SALVADOR, 2018).

Cabe salientar que a produção do PTS não é inviabilizada na ausência do apoio matricial dos profissionais do NASF. Veremos, mais adiante, um exemplo de PTS individual construído por uma equipe de saúde que não têm a cobertura de NASF.

A seguir temos um quadro explicativo sobre as quatro fases para elaboração de um PTS:

#### **Quadro 1 – Fases do PTS**

<b>1- DIAGNÓSTICO</b>
Deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Precisa tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

## 2- DEFINIÇÃO DAS METAS

Depois do diagnóstico, a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

## 3- DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

Um PTS pode envolver vários profissionais para diversas ações, inclusive profissionais de outros setores. O membro da equipe que possui melhor vínculo com o paciente, independentemente da formação, pode ser a referência para articular o andamento das intervenções. É geralmente a pessoa que o paciente ou a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas.

## 4- REAVALIAÇÃO

Momento em que se discutirá a evolução e se fará devidas correções dos rumos tomados.

Fonte: (BRASIL, 2009, p. 30-31, adaptado; CAMPOS et al., 2013).



### \*SAIBA MAIS

Aqui vai uma sugestão para aqueles que querem fazer uma avaliação da estrutura familiar e das relações na perspectiva de avaliação dos riscos familiares, para a explicação de fatores que possam contribuir para o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, com vistas a propiciar elementos que possam subsidiar planos terapêuticos integrais e também desejam compreender como a família se relaciona com o meio externo: leia sobre **Genograma** e **Ecomapa** no Caderno de Atenção – envelhecimento da pessoa idosa (Link: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Caderno%20ABS.pdf>) (BRASIL, 2007b).

Agora convidamos você leitor a mergulhar em algumas experiências reais de PTS elaboradas por equipes de saúde de SSA e compartilhadas por cirurgiões dentistas

integrantes dessas equipes e participantes do curso de Preceptoría em Saúde Bucal ocorrido em 2017, uma iniciativa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA.

Parabenizamos a todos os preceptores e aos componentes de suas equipes pelo trabalho realizado e agradecemos por compartilharem suas experiências. Para que a leitura não ficasse cansativa foram selecionados apenas TRÊS exemplos de PTS (individual, familiar e coletivo).

### **PTS INDIVIDUAL**

#### **Caso 1, de Carolina R. P. Sampaio (cirurgiã-dentista, USF Canabrava)**

**“Sr Antônio com tosse seca há três semanas, febre final da tarde, lesões na pele, perda de sensibilidade nas mãos e pés e muita dor de dente”**

#### **Contando o caso...**

Era março de 2017 e acontecia mais uma reunião de equipe. Estavam presentes a enfermeira, a auxiliar de saúde bucal (ASB), a técnica de enfermagem, quatro ACS e eu (dentista). A equipe estava sem médico desde dezembro de 2016. No espaço da discussão das demandas de visita domiciliar, a ACS da microárea 3 relatou que foi solicitada uma VD para um usuário que não frequentava a USF há um ano e meio.

Esse usuário procurou o serviço com queixa de lesões bolhosas e placas eritematosas no corpo, com perda de sensibilidade em algumas regiões corpo (sola dos pés e pernas) e com edema em membros inferiores. O médico na ocasião suspeitou de Hanseníase e solicitou exames complementares e o teste para Hanseníase (informações do prontuário). Porém o paciente estava em situação de rua, sem documentos e desapareceu. No seu prontuário não existia registro de sua condição bucal e nem de atendimento no ambulatório de odontologia.

Depois da discussão em equipe resolvemos fazer uma visita domiciliar multiprofissional (Enfermeira, ACS e dentista). Ao chegarmos, fomos recebidos por sua ex-mulher e enteada. Preocupada, nos conduziu para o quarto onde o Sr. Antônio estava. Eram umas 10:00 horas da manhã, observamos que o quarto onde estava deitado não tinha janela, havia pouca circulação de ar e nenhuma incidência de luz solar. A enfermeira iniciou o diálogo com ele e com a ex-mulher, que informou que

desde dezembro o acolheu em sua casa devido a sua situação de saúde e vulnerabilidade, apesar da resistência de suas filhas.

Após exame, constatou que o usuário estava com muitas lesões eritematosas e descamativas na pele, com diminuição de sensibilidade principalmente em mãos e pés. Inclusive, estava com um ferimento no pé esquerdo, pois pisou em um caco de vidro e não sentiu. Apresentava infiltrado em face e orelhas gerando fácies leonina; tosse há mais de três semanas; escarro com sangue; e calafrios no final de tarde. Tabagista há quarenta anos. Histórico de contato com irmãos com tuberculose há vinte anos. Referiu que foi diagnosticado com Hanseníase em 2011/2012 e não realizou o tratamento.

O estado geral de Sr. Antônio era bem debilitado. Queixou de muita dor em um dente que começou há dois dias. Diante da suspeita de Tuberculose e Hanseníase, com EPIs adequados fiz exame bucal e observei unidade 16 com cárie e fratura com indicação de exodontia. Prescrevi analgésico, pois se os diagnósticos forem confirmados (Tuberculose e Hanseníase) precisará iniciar os tratamentos para, posteriormente, se submeter a tratamento odontológico. Ao ser questionado, informou ser usuário de drogas, mas não estava usando no momento, não usa álcool há um ano.

Ele foi orientado a comparecer à USF Canabrava no dia seguinte pela manhã para coleta de material para baciloscopia e consulta médica/enfermagem para devidos encaminhamentos. A família também foi orientada a comparecer à USF no dia seguinte para colher material para baciloscopia e a separar copo, prato e talheres para uso exclusivo de Sr. Antônio, bem como mudar a cama para um local da sala próximo a uma janela, até que o mesmo seja diagnosticado e medicado. Percebemos a resistência das enteadas em irem à USF Canabrava para avaliação e exames e que precisará de um grande empenho da equipe na conscientização dos riscos de saúde para essa família se todos os seus integrantes não se prevenirem.

### **Projeto Terapêutico Singular**

#### **1º Momento: Avaliação biopsicossocial**

Sr Antônio tem 53 anos, viveu em situação de rua durante um ano. Mora atualmente com a

ex-mulher, três enteadas e duas filhas dessas. A casa tem pouca circulação de ar e luminosidade, tem uma sala e três quartos, sendo que onde ele está ficando não tem janela. A renda familiar é em torno de 2 salários mínimos. Possuem água tratada, esgotamento sanitário, coleta regular de lixo. A casa fica numa rua de fácil acesso. Sr. Antônio não tem renda, pois está desempregado e não recebe nenhum benefício. As enteadas estão resistentes à permanência dele na casa, pois estão preocupadas com o risco transmissão das doenças para suas filhas de oito e dez anos.

### 2º Momento: Definição de Metas

**1. de curto prazo** -realizar consulta médica, exames necessários (baciloscopia para diagnóstico de Tuberculose e Hanseníase),iniciar esquema de tratamento para Hanseníase, examinar os contatos,orientar a família sobre necessidade de realizar o PPD e BCG.Após resultado de baciloscopia para Tuberculose (TB) positivo, iniciar esquema de tratamento para, entregar medicações para TB em visita domiciliar para sensibilização das duas enteadas que não compareceram para consulta.

**2. de médio prazo** -agendar consulta com oftalmologista e no centro de referência para Hanseníase(Hospital Couto Maia);monitorar resultados de exames dos familiares; realizar consulta odontológica para planejamento do tratamento odontológico;iniciar tratamentoapós resultado de baciloscopia negativo.

**3. de longo prazo** - contactar com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) Alcool e Drogas(AD) para referência do usuário para acompanhamento.

### 3º Momento: Divisão de Responsabilidades

**Enfermeira:** conseguir primeira consulta com a médica de outra equipe;realizar avaliação neurológica simplificada;realizar consulta para avaliação e solicitação de exames e vacina de contatos; acompanhar o caso até sua conclusão.

**Médica:** realizar consulta, solicitar exames e prescrever tratamentos necessários.

**ACS:** supervisionar o tratamento até observar que o usuário e familiares estão seguindo corretamente o tratamento proposto; promover a comunicação entre a equipe e família; monitorar o tratamento até sua conclusão.

**Dentista:** realizar tratamento odontológico assim que a baciloscopia dê negativa.

**Equipe:** articular, com equipe de saúde mental do Distrito de Pau da Lima, o acompanhamento do paciente no CAPs AD para enfrentamento da dependência de drogas.

**Gerência:** articular com Assistência Social do Hospital Couto Maia para coordenação do cuidado e viabilização de consulta em unidade de referência.

**Ex-mulher e enteadas:** corresponsabilizarem-se pelo seguimento das orientações da equipe

de saúde referente ao tratamento de Sr. Antônio; realizarem os exames solicitados para os familiares; comparecerem às consultas agendadas; Comunicarem à agente de saúde ou outros profissionais da equipe qualquer intercorrência.

#### **4º Momento: Reavaliação**

O caso do Sr Antônio precisará fazer parte da pauta das reuniões semanais de equipe, para acompanhamento da evolução de forma interprofissional.

### **PTS FAMILIAR**

#### **Caso 2, de Gabrielle Teles de Souza e Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho (cirurgiões-dentistas, USF Saramandaia)**

##### **Contando o caso...**

Em uma conversa informal durante uma atividade educativa realizada na USF em um sábado, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) comentou sobre as dificuldades dos “irmãos deficientes (X de 16 anos e Y de 18 anos)” da sua área, que necessitavam de visita médica e odontológica pois não conseguem vir à unidade. Na segunda-feira, procuramos o prontuário da família cadastrada na unidade e percebemos que os pacientes eram acompanhados desde de 2009, possuíam o diagnóstico de Síndrome de Duchenne, que causa distrofia muscular progressiva. Depois houve uma reunião de equipe onde resolvemos fazer visitas domiciliares de forma multiprofissional (ACS, enfermeira, médica, dentista e ASB).

Ao chegarmos, fomos recebidos pelos dois irmãos que estavam sozinhos em casa, por isso fomos até a casa de sua irmã que fica perto, para que ela nos acompanhasse durante a visita. Foi questionado porque os adolescentes estavam no chão e sem acompanhante, a mesma informou que a mãe os abandonou e é ela quem cuidava dos adolescentes com apoio dos vizinhos. A médica questionou o estado nutricional dos pacientes, pois apresentavam quadro de desnutrição. Foi observado o quadro de escoliose acentuada, impedindo o movimento motor dos membros inferiores e superiores.

Foi realizada a instrução de higiene bucal para a irmã dos adolescentes, porque eles não eram capazes de fazer sem auxílio, devido às limitações motoras. Após o

consentimento dos mesmos e de sua responsável foi executado o exame da cavidade oral, onde foi diagnosticado grande acúmulo de placa, gengivite e ausência de cáries. Foi realizada a escovação supervisionada, raspagem supra-gengival e aplicação tópica de flúor.

### Projeto Terapêutico Singular

#### 1º Momento: Avaliação biopsicossocial

X e Y tem 16 e 18 anos, respectivamente, são deficientes físicos com diagnóstico de Síndrome da distrofia muscular de Duchenne. Aos 9 anos iniciou-se o processo degenerativo inerente a sua doença hereditária, prejudicando seu desenvolvimento. Moravam com a mãe e o padrasto que são usuários de álcool e drogas e os abandonaram, mudando de município. Atualmente, são cuidados por sua irmã mais velha, que reside em uma rua próxima. Residem em uma rua de difícil acesso, com uma grande escadaria. A renda familiar é em torno de 2 salários mínimos, recebidos através benefício assistencial. Possuem água tratada, esgotamento sanitário e coleta regular de lixo.

#### 2º Momento: Definição de Metas

**1. de curto prazo** - orientar a família sobre a higiene oral e geral dos jovens; instruir sobre alimentação adequada para reverter o quadro de desnutrição, com auxílio de polivitamínicos; solicitar intervenção do conselho tutelar para acompanhamento das condições dos adolescentes; conseguir, através do fluxo de referência e contra referência, consultas com nutricionista (NASF) e psicólogo (CAPS).

**2. de médio prazo** - agendar uma interconsulta com a médica, a enfermeira e o dentista na USF Saramandaia e via Distrito Sanitário conseguir transporte para levar os adolescentes às consultas, combinando com a família a garantia de acompanhante; encaminhar para atendimento médico especializado (ortopedista e neurologista); conseguir junto a Universidade Estadual do Estado da Bahia(UNEB) fisioterapia para os adolescentes no lar.

**3. de longo prazo** - requerer junto à SMS consultórios portáteis para oportunizar que consultas e procedimentos sejam realizados no domicílio; conseguir acompanhamento na Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana(ADAB), que possui atendimento em diversas especialidades; realizar periodicamente visitas domiciliares para acompanhar os pacientes.

#### 3º Momento: Divisão de Responsabilidades

**Dentista e Gerente da Unidade:** buscar apoio institucional junto ao Conselho tutelar para auxiliar no caso (junto ao Distrito, à Coordenação de Saúde Bucal e onde mais for necessário).

**ACS:** articular com a dentista, a médica e a família para viabilizar/garantir a ida a todas as consultas, e acompanhamento das condições de saúde dos pacientes.

**Médica:** acompanhar o estado de saúde geral; fazer a solicitação das consultas especializadas e encaminhamentos necessários.

**Irmã:** garantir o acompanhamento dos adolescentes nas consultas agendadas.

#### **4º Momento: Reavaliação**

O caso dos adolescentes precisa fazer parte da pauta das reuniões de equipe, para acompanhamento da evolução de forma interprofissional.

Realização de visitas domiciliares periódicas para acompanhamento in loco da saúde geral e bucal dos pacientes.

### **PTS COLETIVO**

**Caso 3, de Ana Caroline de Marino, Cinara Cícera Salgado Nunes, Mário Antônio Valença Bove, (cirurgiões-dentistas, USF Professor Guilherme Rodrigues Silva – Arenoso)**

**“A velhice inativa as relações, adoce o corpo e entristece a alma”**

#### **Contando o caso...**

Durante uma reunião da Equipe de Saúde Bucal, no ano de 2016, a ASB Valnice Menezes levantou uma questão que mudaria definitivamente a nossa forma de olhar a velhice. Trabalhamos num território extremamente carente, não só de assistência em saúde, como também nas relações, especialmente para a parcela da população acima de 60 anos.

Ainda não havia um grupo formado com uma atenção direcionada para esse público. Não existia uma abordagem voltada para a saúde, para a devolução da sua

individualidade perdida, para o resgate da auto-estima e da autonomia, da valorização do pensar, da otimização do tempo, para o fortalecimento de vínculos e para o mais importante: o empoderamento social. Existia sim, a preocupação sempre atenta dos trabalhadores em saúde para os agravos e enfermidades oriundas do envelhecimento. Mas queríamos ir além. Ultrapassar as fronteiras da nossa Unidade de Saúde da Família (USF) e adentrarmos nos anseios da comunidade.

Através dessa inquietude, amadurecemos a ideia e propusemos em uma reunião geral, com todos profissionais em saúde, das mais variadas funções, buscamos o apoio e firmamos parcerias para assim pormos em prática essa vontade de fazer algo mais para os idosos. A concordância foi unânime. A partir daí desenvolvemos em forma de projeto nossa ideia e fomos atrás de parceiros que pudessem de alguma forma contribuir com parte de nossos custos iniciais. Comerciantes locais doaram frutas e material descartável, o Conselho Regional de Odontologia da Bahia nos cedeu camisas padronizadas e estipulamos que, no decorrer do tempo que o projeto estivesse em andamento, faríamos ações voltadas para arrecadar fundos, como bazares e outros. Firmamos parcerias com instituições de ensino, como a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que brilhantemente proporcionou momentos lúdicos e culturais. O Colégio Estadual Norma Ribeiro, um equipamento público adscrito ao nosso território, nos cedeu uma sala áudio visual para utilizarmos como espaço para nossos encontros.

Para enriquecer nosso conhecimento sobre envelhecimento ativo tivemos um momento de capacitação com a médica geriatra do Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CREASI). Construimos um cronograma com encontros quinzenais, composto por módulos ministrados pelos profissionais da equipe mínima da nossa USF, pelo NASF e convidados que doaram seu tempo e disposição de forma solidária. No dia primeiro de julho de 2016 aconteceu nosso primeiro encontro. Assim nasceu o Projeto Saber Envelhecer.

### **1º Momento: Avaliação biopsicossocial**

De forma agendada, criamos um momento de entrevistas com todos os idosos interessados

no projeto, no qual questões socioeconômicas e de saúde foram abordadas numa ficha de inscrição.

Conhecimento do perfil de nossos expectadores.

Levantamento das necessidades e das habilidades individuais.

Descrição das áreas de interesse e interpretação dos anseios.

Avaliação médica com a realização do “Mini Mental Test”.

### 2º Momento: Definição de Metas

**Curto prazo** - motivar o idoso a frequentar ambientes de convivência coletiva; promover encontros quinzenais; criar o vínculo entre comunidade e unidade de saúde da família; estabelecer confiança; estimular a corresponsabilidade em saúde.

**Médio prazo:** estimular a auto-estima e a autonomia; valorizar a capacidade de produção e cognição através de oficinas; promover a manutenção dos vínculos criados entre os membros, com extensão para vida cotidiana; estimular maior integração social; reforçar o papel de cidadão através do conhecimento dos direitos e deveres dos idosos.

**Longo prazo** - reafirmar sua posição de independência, respeitando seus limites físicos e emocionais; fortalecer seus laços familiares; promover o empoderamento de decisões e a manutenção da capacidade funcional.

### 3º Momento: Divisão de Responsabilidades

**Equipe de Saúde Bucal:** Atuar como equipe de referência e coordenar as ações de planejamento, execução e avaliação; estabelecer a comunicação entre os usuários integrantes do projeto, USF, NASF e colaboradores.

**Profissionais de Saúde - Equipe Mínima (Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares):** elaborar o conteúdo e as ações a serem apresentadas em seus respectivos módulos.

**ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE):** atuarem de **forma** direta nas ações de acolhimento, divulgação e execução das atividades, propiciando, mais facilmente o vínculo junto à comunidade.

**Gerência:** viabilizar o apoio institucional.

**Auxiliares administrativos:** facilitar a comunicação entre integrantes do projeto e demais profissionais. Destaque para o papel da funcionária Adriana no planejamento e execução das ações em conjunto com a equipe de referência.

**Funcionários do Colégio Estadual Norma Ribeiro:** Divulgar as datas dos encontros;

Fornecer os recursos audiovisuais e o espaço físico para os encontros quinzenais.

#### 4º Momento: Reavaliação

Realização de reuniões quinzenais da equipe de referência para levantamento das facilidades e dificuldades encontradas em cada módulo e reuniões pontuais com os colaboradores para “feedback” e sugestões.

Avaliação semestral do grau de satisfação e interação do grupo integrante do Projeto Saber Envelhecer através de perguntas e respostas.

Solicitação de sugestões.

A partir do exposto, verificamos que a construção desse instrumento contribui para o rompimento da prática fragmentada do trabalho em saúde, na medida em que possibilita uma atenção centrada no usuário, a partir de um cuidado multiprofissional/interdisciplinar com horizontalização das relações; estímulo ao diálogo entre equipe, família, cuidador, corresponsabilização da equipe, vinculação e socialização de conhecimentos. E pode ser realizado no domicílio, como em outros espaços de cuidado (BRASIL, 2013). Enfim, é um instrumento que estimula interações, promove compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção, conseqüentemente contribui para transformação nas relações de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007b. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010.  
242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1);
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: il.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**; 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 47-50, de 25 jan.2008. Disponível em: < [http://  
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).  
Acesso em: 04 ABRIL 2018.
6. BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**. 2012; 2:25-8. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf).  
Acesso em 14 de abril de 2018.
7. CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. P. 50-388.
8. MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto Terapêutico Singular**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
9. SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3203-3212, 2013. Disponível em: [www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212](http://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212).  
Acesso em: 14 de abril de 2018.
10. NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 2003.
11. OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos W. S. C.; Guerrero A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 283-297.
12. SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. V. 1. Versão preliminar. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador 2018. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/volume\\_i\\_plano\\_municipal\\_saude\\_2018\\_2021\\_versao\\_consulta\\_publica.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/volume_i_plano_municipal_saude_2018_2021_versao_consulta_publica.pdf). Acesso em: 04 de outubro de 2018.

## MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA

### Capítulo 7: Construção Coletiva do Acolhimento em Saúde Bucal em uma Unidade de Saúde da Família da periferia de Salvador-Bahia, Brasil: *integração de práticas na atenção às demandas/necessidades dos usuários.*

**Autores:** Haline Souza Antunes, Marluce Maria Araújo Assis, Adriano Maia dos Santos

**Coautores:** Trabalhadores da USF Cabula VI

#### **Apresentando este capítulo**

Começamos este capítulo ressaltando que o acolhimento, na unidade de saúde em questão, foi produto de uma construção coletiva, no qual **os trabalhadores** discutiram, atuaram conjuntamente e reorganizaram a oferta de serviços de saúde, portanto **são coautores do novo projeto**. Afinal, a proposta do acolhimento só se torna possível a partir de uma nova “consciência sanitária” e da adesão dos trabalhadores ao referido projeto, possibilitando gestão participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe, o que não se consegue por normas editadas verticalmente. (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007; BRASIL, 2013c).

Talvez você venha a estranhar a forma como está delineado o presente capítulo, já que estamos tratando de um “Manual”! Afinal, **manual** significa um guia de **instruções** que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. Mas, para falarmos da temática “**Acolhimento em serviço de saúde**”, convidamos você leitor a fugir um pouco do pragmático. Até mesmo porque não podemos compreender **acolhimento** como uma receita ou como uma prescrição com instruções que pode ser aplicada da mesma forma nas diferentes realidades.

O termo **acolhimento** é definido no Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa como “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo,

agasalho”. No **âmbito da saúde pode ser definido como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde**, que, por meio de uma relação acolhedora com escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário possibilita: a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e c) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, BUENO; MERHY, 2007; CECÍLIO; MERHY, 2003; BRASIL, 2010).

O **objetivo** deste capítulo é **relatar o processo de implantação do acolhimento em saúde bucal em uma Unidade de Saúde da Família (USF)** da periferia de Salvador - Bahia, Brasil, demonstrando que cada ação delineada foi baseada nas necessidades dos usuários do serviço de saúde; relatando a opinião de alguns usuários, trabalhadores; e mostrando os avanços, limites e desafios do processo.

### **Como tudo começou**

Para que o leitor compreenda como surgiu a proposta de implantação do acolhimento em saúde bucal, inicialmente pedimos licença para contarmos um pouco a trajetória profissional da primeira autora do trabalho, por se tratar de uma experiência construída no processo de elaboração do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Feira de Santana, os outros autores são orientadora e co-orientador. Assim, a autora cursou odontologia, considerado um curso bastante tecnicista, onde se trabalha principalmente, com as tecnologias duras<sup>1</sup> e leve-duras<sup>2</sup>. A aproximação maior com tecnologias leves<sup>3</sup> como acolhimento aconteceu durante a residência multiprofissional em saúde da família, na qual experienciou estratégias de acolhimento, inclusive para os usuários que procuravam o

---

<sup>1</sup> As tecnologias duras são as inscritas nos instrumentos e recursos materiais (MERHY, 2006).

<sup>2</sup> As tecnologias leve-duras são as relacionadas aos saberes estruturados, tais como as teorias (MERHY, 2006).

<sup>3</sup> As tecnologias leves dizem respeito às relações (MERHY, 2006).

serviço de saúde bucal. Ainda durante a residência outros cenários foram visitados com diferentes práticas de acolhimento. Cujas ampliações teóricas se deram durante o mestrado, articuladas às reflexões acerca do processo de trabalho na USF Alto da Cachoeirinha, suscitadas a partir dos ruídos de insatisfações dos usuários e de rodas de conversa das quais participou intensamente, juntamente com outros atores da equipe de saúde, no período de 2012 a 2015.

A equipe de saúde era composta por quatro enfermeiras, quatro médicos, sete técnicas de enfermagem, duas cirurgiãs-dentistas, uma auxiliar em saúde bucal, uma técnica em saúde bucal (que atua como Auxiliar em Saúde Bucal), uma agente administrativo, um encarregado de serviços gerais, uma farmacêutica e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Salienta-se que apesar da unidade de saúde ter sido inaugurada em 2012, os ACS só foram incorporados à equipe em outubro de 2015, pois faziam parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em outros bairros. Além desses atores, atuavam também na unidade, docentes e estagiários dos cursos de graduação em Enfermagem (da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Medicina (da Universidade Estadual da Bahia) e Odontologia (da União Metropolitana para o Desenvolvimento da Educação e Cultura).

As principais fragilidades relacionadas ao processo de trabalho nessa USF eram as seguintes:

- Uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas Equipes de Saúde da Família (ESF);
- Desproporção entre oferta e demanda  filas pela madrugada;
- Falta de uma escuta qualificada;
- Agendamento baseado na ordem de chegada sem priorização;
- Dificuldade da recepção em diferenciar os casos de urgência odontológica daqueles que poderiam aguardar agendamento;
- Usuários com demandas para atendimento odontológico e com problemas sistêmicos, necessitando de um cuidado integral;

- Poucos espaços coletivos para reflexão, análise e troca de saberes entre os trabalhadores.

Para demonstrar as fragilidades relacionadas ao acesso dos usuários do serviço de saúde bucal, a seguir serão retratados alguns “fragmentos da realidade” observada...

**Caso 1** - ...Era dia de marcação de consulta para tratamento odontológico. Às oito horas da manhã formava uma fila com grande quantidade de usuários e sem garantia de “vagas” para todos. Dentre os usuários que não conseguiam pegar senha, alguns procuravam a equipe de saúde bucal e/ou a gerente, na esperança de conseguirem uma vaga “extra” e outros logo voltavam para casa chateados e reclamando das poucas vagas. **Aqueles usuários que conseguiam a senha, aguardavam a chamada na recepção para agendamento conforme ordem de chegada!** Faço um adendo para salientar que para ilustrar usaremos nomes fictícios - assim dona Maria, que só precisava de uma limpeza e sua senha era a número 1, era a primeira a ser agendada e, provavelmente, para a data de consulta disponível mais próxima! Já Dona Florentina que estava **com dor de dente há vários dias, pegou a senha número 50 e foi agendada bem depois...** Mas devido a dor de dente constante, **retornou ao serviço antes do dia agendado para atendimento de urgência.**

**Caso – 2** ...Dona Miralda que pegou a senha número 30! Estava feliz porque pra quem já esperou tanto, agora só ia aguardar apenas alguns dias para iniciar o tratamento odontológico e ser encaminhada para colocar a sua tão sonhada prótese que a permitiria sorrir sem constrangimento! Mas, **quando chegou o dia da consulta, era hipertensa e diabética e sua pressão arterial estava 180 X 90 mmHg e sua glicemia 270mg/dl.** Havia, aproximadamente, um ano que não passava por consulta médica e só fazia renovar as receitas da medicação! **Então, foi orientada a marcar consulta médica e retornar para tratamento odontológico só quando a glicemia e a pressão arterial estivessem compensadas.** Assim a usuária tinha que enfrentar uma outra fila de marcação de consulta para médico e seu retorno para consulta odontológica poderia levar meses.

**Principais problemas bucais dos usuários:** vários usuários quando chegavam para atendimento odontológico apresentavam **vários problemas bucais (ex.: lesões de cárie, gengivite, periodontite...)** e o tratamento completo de cada um demandava **várias consultas...** Percebia-se que havia necessidade de compartilhar com esses usuários os fatores causadores dessas doenças e suas formas de prevenção. Nesse

*intuito, era realizada individualmente orientação de higiene bucal, geralmente na primeira consulta odontológica.*

***Acesso das demandas espontâneas em saúde bucal e seu fluxo pelo serviço:...*** *O dia a dia no serviço era bem dinâmico! Tinha dias que além dos pacientes agendados, chegavam vários usuários com demandas para atendimento de urgência... Alguns trabalhadores ao fazerem a escuta desses usuários, geralmente os orientavam para baterem na porta do consultório odontológico para falarem com uma das dentistas. E na maioria das vezes as **dentistas estavam realizando o atendimento de alguém e tinham que interromper para fazermos a escuta e orientá-los**, sendo que havia orientações que poderiam ser dadas por outros trabalhadores...*

Essas fragilidades suscitaram inquietações em atores deste contexto, principalmente os das equipes de saúde bucal. Então, em rodas de conversa sobre possíveis estratégias para superar as fragilidades, alguns personagens compartilharam experiências de acolhimento vivenciadas em cenários da ESF e a maioria dos trabalhadores acolheu a proposta de implantação e de redefinição de novas práticas relacionadas à saúde bucal. Salienta-se que alguns trabalhadores de saúde não percebiam a necessidade de implantação do acolhimento, envolvendo outras práticas e serviços, mas durante o processo identificaram “nós críticos” relacionados não apenas ao serviço de odontologia, mas ao trabalho da unidade como um todo, por ser realizado pelas diferentes categorias profissionais e que faziam interface com a saúde bucal. Nesse sentido, foi percebida a premência de ampliar a estratégia do acolhimento para os demais serviços realizados pelos trabalhadores de saúde.

As ofertas de serviços de saúde bucal estavam organizadas de acordo com as demandas. Essas demandas, foram subdivididas e classificadas em: organizada (RODRIGUES, 2005), induzida (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005), espontânea (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006; BRASIL, 2013a) e a encaminhada por outros profissionais.

Aqui iremos tratar das demandas induzida e espontânea. A demanda induzida diz respeito à clientela que se dirigia ao serviço em um dia específico para agendamento do tratamento completo em saúde bucal, por entender que ela

comparecia no dia que ocorria a disponibilização da oferta. Essa nomenclatura foi baseada no estudo de Castro, Travassos e Carvalho (2005), que sugerem a existência do efeito de demanda induzida pela disponibilidade de oferta de leitos hospitalares. A demanda espontânea é o nome dado para qualquer atendimento não programado e que representa uma necessidade momentânea do usuário (BRASIL, 2013a). Na unidade em questão, a demanda espontânea era constituída por aqueles usuários que buscavam o serviço de odontologia da unidade, geralmente, em situações de urgência ou para retirada de pontos.

Então, os dilemas postos eram os seguintes: como organizar o processo de trabalho da ESF de modo a lidar adequadamente com as situações emergentes da demanda espontânea, sem que esta absorvesse recursos e tempo necessários para a construção de um espaço dedicado às demais demandas e proporcionasse um cuidado integral? Como organizar a oferta de serviços para a demanda induzida de forma a ampliar o acesso, realizar priorizações atendendo ao princípio de equidade e proporcionar um cuidado integral, otimizando o atendimento? Como promover maior interação e diálogo entre os trabalhadores?

Segundo Pires e Botazzo (2015), a transformação em um novo modelo para as práticas de saúde bucal no SUS, na perspectiva de superar a prática de assistência odontológica de baixa resolutividade e alcançar a integralidade do cuidado, requer que o cirurgião dentista direcione seu olhar para além do adoecer relacionado à dieta, hábitos de higiene e risco epidemiológico, passando a compreender a necessidade de mudança nos processos de trabalho, por meio de novos saberes e práticas, e utilizando dispositivos como acolhimento.

Em relação à organização do acolhimento, o Ministério da Saúde exemplifica algumas modelagens como: acolhimento pela equipe de referência do usuário; acolhimento pela equipe do dia; acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia); e acolhimento coletivo, no qual toda a equipe se reúne com os usuários. No entanto, deixa claro que não existe uma modelagem que seja classificada como melhor. A experimentação é que vai propiciar, tanto o ajuste à

realidade de cada unidade, como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada (BRASIL, 2013a).

#### **O Processo de implantação do Acolhimento em Saúde Bucal na USF Alto da Cachoeirinha**

No processo de implantação foram realizadas observação das práticas, rodas de conversa e oficinas pedagógicas que envolveram 28 trabalhadores: um gerente, um agente administrativo, uma cirurgiã-dentista, um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), uma Técnica em Saúde Bucal (TSB), um docente de odontologia, um médico, três enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, um agente de serviços gerais, dez ACS e um representante dos usuários da área adstrita à unidade de saúde, sendo uma liderança local. Discentes de odontologia sob a orientação e supervisão do docente participaram apenas do momento operacional de implantação do acolhimento.

Salienta-se que as duas dentistas do serviço atuaram como facilitadoras das rodas de conversas e oficinas pedagógicas.

#### **Acolhimento coletivo às demandas induzidas**

##### **Primeiro momento**

Foram realizadas rodas de conversa envolvendo as cirurgiãs-dentistas do serviço, docente de odontologia, ASB, técnica de enfermagem, gerente, enfermeiras, médicos, agente de zoonoses, e ACS, e também uma representante da comunidade, nas quais foram compartilhados os já referidos problemas que implicavam em dificuldades do acesso da demanda induzida ao serviço de saúde bucal e discutida a possibilidade de se implantar um acolhimento coletivo em saúde bucal, como parte das práticas de uma equipe multiprofissional. Diante da concordância dos sujeitos envolvidos foram agendadas reuniões e oficinas pedagógicas com atores representantes de várias categorias profissionais.

## Segundo momento

A construção do acolhimento coletivo foi dividida nas seguintes etapas: 1) discussão acerca da temática do acolhimento e dos tipos de modelagem; 2) definição das ações que seriam ofertadas; 3) discussão acerca do fluxo a ser seguido pelos usuários do serviço de saúde bucal com problemas sistêmicos necessitando de um cuidado integral; 4) definição das atribuições de cada ator; 5) adaptação da ficha de levantamento epidemiológico municipal e construção de uma ficha para avaliação da satisfação dos usuários; 6) operacionalização do acolhimento.

A modelagem de acolhimento que melhor contemplava a reorganização do acesso para atender as necessidades dos usuários foi o acolhimento coletivo. E para delinear as ações a serem ofertadas foi realizado um levantamento dos agravos mais comuns dos usuários que acessavam o serviço de saúde bucal, identificados no cotidiano dos trabalhadores. Os agravos sistêmicos destacados foram a hipertensão e a diabetes.

Em relação à saúde bucal, as doenças mais prevalentes nos usuários dos ambulatórios de odontologia da unidade, segundo informação dos trabalhadores de saúde bucal foram: a doença cárie, gengivite e a periodontite.

Então, embasados com essas informações, a equipe decidiu realizar busca ativa de hipertensos, além de identificar descompensados, por meio da aferição da Pressão Arterial (PA) com o propósito de ofertar um cuidado integral. Também foi planejada realização de sala de espera, a oferta de ações de prevenção como escovação assistida, aplicação tópica de flúor, além dos exames epidemiológicos e agendamento para a atenção ambulatorial odontológica com base em critérios de priorização (abcesso, dor espontânea e contínua, pericoronarite e abcesso periodontal). Para realização do exame epidemiológico, as cirurgiãs-dentistas e o docente de odontologia adaptaram à realidade local as fichas de diagnóstico comunitário da rede municipal (Anexo 1). E para avaliação da satisfação dos usuários em relação ao acolhimento coletivo foi criada uma ficha com as opções ótimo, bom e ruim, com espaço para sugestões, comentários e reclamações (Apêndice 1).

### Terceiro momento

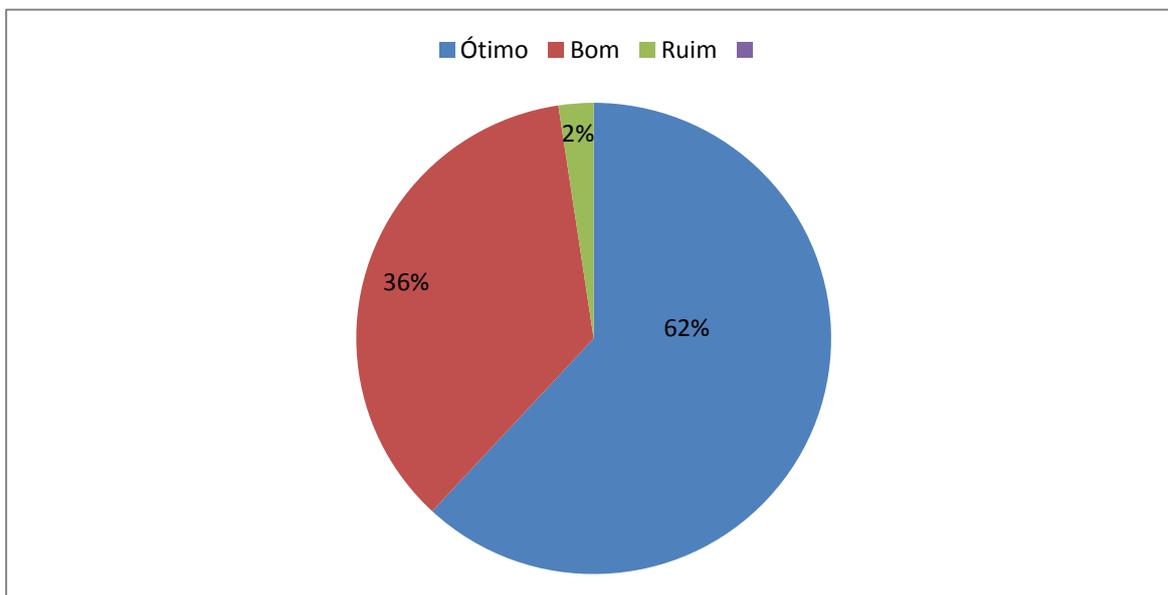
A operacionalização do acolhimento coletivo ocorreu no início do funcionamento da unidade, com a participação das duas cirurgiãs-dentistas (incluindo a primeira autora), ASB, ACS, técnica de enfermagem, docente e estagiários de odontologia. Os estagiários, sob a supervisão do docente de odontologia, realizaram sala de espera sobre as doenças bucais mais prevalentes (cárie, gengivite e periodontite) e suas formas de prevenção. Em seguida, alguns desses estagiários promoveram ações de escovação supervisionada dental direta e aplicação tópica de flúor gel e outros anotaram, na ficha da rede municipal, os exames epidemiológicos da cavidade bucal realizados pelas duas dentistas e pelo docente. As dentistas e o docente de odontologia após realizarem o exame da cavidade bucal entregaram uma ficha vermelha para os usuários que deveriam ser priorizados na ordem de agendamento, considerando critérios de riscos e vulnerabilidades. A técnica de enfermagem realizou a aferição da PA e identificou dez usuários que apresentavam níveis tensionais elevados, sendo orientados a realizarem agendamento de consulta de HiperDia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). A ASB e TSB realizaram agendamento das consultas. Os ACS se distribuíram nas atividades de recepção, condução dos usuários da sala de espera para o escovódromo, depois para o local da realização da aferição da PA, escuta e exame epidemiológico e, no final, procederem a avaliação da satisfação acerca da estratégia do acolhimento coletivo.

Atividades realizadas no acolhimento coletivo	
1) Sala de espera - espaço democrático para pactuação das ações propostas e também espaço de informação em saúde;	2) Escovação supervisionada dental direta e aplicação tópica de flúor gel;
3) Aferição da PA e agendamento dos usuários descompensados para atendimentos médicos e de enfermagem;	4) Escuta das demandas do usuário; exame epidemiológico para priorização da ordem de agendamento considerando

	critérios de riscos e vulnerabilidades;
5) Agendamento de consultas; Ficha vermelha indica que o usuário necessita ser priorizado no agendamento!	6) Avaliação da satisfação do usuário acerca da estratégia do acolhimento coletivo.

Na primeiro momento da implantação do acolhimento, 50 usuários foram agendados para tratamento completo no ambulatório de odontologia. Desses, 48 participaram das ações ofertadas. Cerca de dez usuários apresentaram níveis tensionais elevados, indicando uma necessidade de cuidado ampliado e foram orientados a realizarem acompanhamento dos níveis tensionais e agendamento de consulta de HiperDia. Atualmente, esses usuários descompensados são atendidos no mesmo dia ou saem da unidade de saúde com o agendamento realizado. A avaliação inicial da satisfação dos usuários pode ser observada no Gráfico 1.

**Gráfico 1** - Opinião dos usuários em percentual sobre o acolhimento coletivo em saúde bucal na USF Alto da Cachoeirinha em Salvador - BA, 2015



**Fonte:** Elaboração dos autores

***Comentários de alguns usuários sobre o acolhimento coletivo:***

- *Gostei muito do atendimento prestado (Usuário 2);*
- *Queria que tivesse mais fichas (usuário 4);*

- *Que continue funcionando (usuário 6);*
- *Falta muita coisa para melhorar (Usuário 8).*

## **Acolhimento à demanda espontânea de saúde bucal**

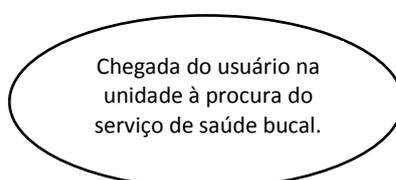
### **Primeiro momento**

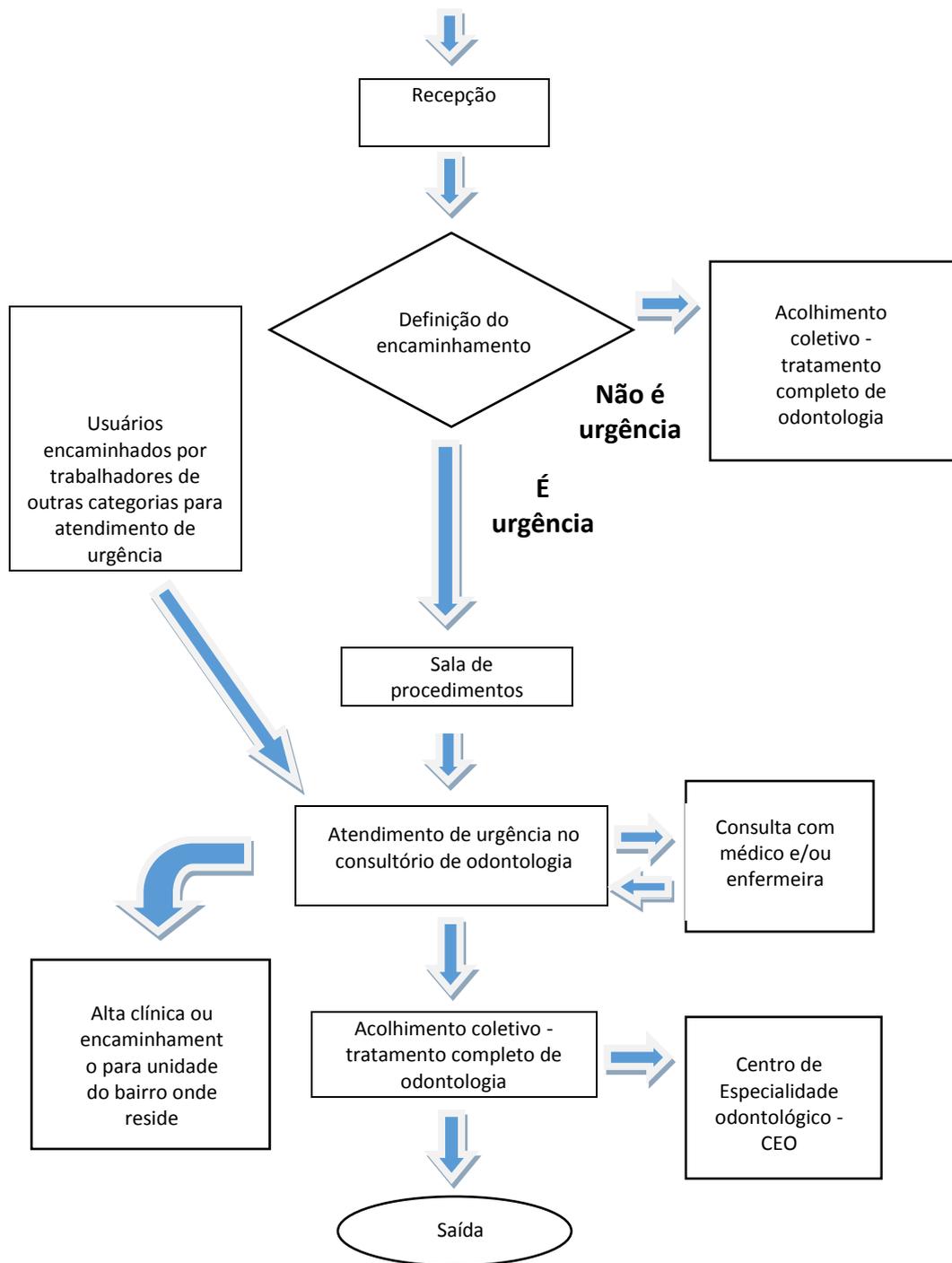
Discussão sobre os entraves no processo de trabalho da equipe multiprofissional que se reverberavam em dificuldades no acesso dos usuários de saúde bucal com demandas por atendimento de urgência.

### **Terceiro momento**

Foi construído um fluxograma do serviço antes do acolhimento através do qual os atores sociais analisaram seu processo de trabalho, revelando fragilidades como: dificuldade de acesso aos serviços assistenciais de odontologia, devido à dependência de “tecnologias duras” (canetas de alta e baixa rotação, aparelho de profilaxia, autoclave, compressor, entre outros), já que muitas vezes quebravam e demoravam para serem consertados; divergências nas formas como os trabalhadores acolhiam os usuários com demanda de atendimento odontológico de urgência, revelando a postura mais relacional de alguns, enquanto outros apresentaram abordagens automatizadas e pontuais; necessidade de diálogo na equipe para uniformização das condutas; além de outros entraves já citados anteriormente. Depois foi construído um novo fluxograma (Figura 1) contemplando as propostas de mudança.

**Figura 1** - Fluxograma das demandas espontâneas a partir do acolhimento





**Fonte:** construído pela equipe da USF Alto da Cachoeirinha

#### Quarto momento

Foi realizado o planejamento de um Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para as demandas espontâneas em saúde bucal baseado no protocolo de

Manchester<sup>29</sup> e no Caderno de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea, Volumes I (BRASIL 2013a) e II (BRASIL, 2013b); e construção de uma ficha (apêndice 2), na qual o trabalhador que realizasse a escuta do usuário deveria registrar a data do atendimento, nome do usuário, idade, a queixa principal, o nome da dentista responsável pelo atendimento e identificação dos usuários considerados prioridades (portador de deficiência, gestante ou crianças de colo - 0 a 2 anos). Depois o usuário deveria ser encaminhado para a sala de procedimento onde seria realizada a aferição da PA e caso tivesse diagnóstico de diabetes seria medida a glicemia. Os valores da PA e da glicemia deveriam ser anotados na ficha e ao sair da sala de procedimento o usuário deveria entregar essa ficha na recepção, para ser anexada ao prontuário e entregue no ambulatório de odontologia. O dentista realizaria a análise dos dados registrados na ficha e organizaria a ordem de atendimento do usuário.

#### **Quinto momento**

Realização de oficina para capacitação dos trabalhadores das demais categorias para ACCR facilitada pelas duas dentistas do serviço através da realização de uma dinâmica interativa, na qual esses trabalhadores classificaram as queixas odontológicas comumente apresentadas pelos usuários de acordo com a gravidade e necessidade de atendimento (caso verde - usuário com demanda que não necessitava de atendimento imediato e podia ser acolhido e encaminhado para o acolhimento em saúde bucal; caso amarelo - necessitava de atendimento naquele dia, mas podia aguardar segundo a ordem de chegada; e caso vermelho - necessitava de atendimento imediato). Ao final da dinâmica, os trabalhadores haviam construído o protocolo (apêndice 3).

#### **Sexto momento**

Operacionalização do ACCR. Os casos classificados como vermelhos e amarelos receberam na recepção uma ficha (apêndice 2), na qual foi registrada a data do atendimento, o nome do usuário, a idade, a queixa principal, o nome da dentista responsável pelo atendimento, sinalizando se era prioridade e a classificação de risco. Em seguida, foram encaminhados para sala de procedimento onde realizaram aferição

da PA e medição de glicemia e registraram os dados na “ficha de acolhimento”, que foi redirecionada para a recepção, anexada ao prontuário e entregue no consultório odontológico. Os casos vermelhos foram atendidos imediatamente e os amarelos aguardaram atendimento segundo a ordem de chegada. Usuários idosos, gestantes, crianças menores de dois anos e pessoas com deficiência também foram priorizados na ordem de atendimento. Durante o período de 60 dias, 28 usuários foram acolhidos, sendo 57% casos vermelhos, 32% amarelos e 11%, apesar de terem sido encaminhados como urgência, eram casos verdes e foram atendidos, mas poderiam ter sido acolhidos e encaminhados para o acolhimento coletivo em saúde bucal.

Em relação à classificação de risco e suas prioridades, inicialmente, alguns trabalhadores demonstraram insegurança e procuraram algum trabalhador da equipe de saúde bucal para discutirem o caso e fazerem o encaminhamento do usuário. Como estratégia para facilitar a classificação de risco e diminuir a insegurança, o protocolo de classificação de risco foi publicizado na recepção da unidade de saúde. Além disso, os trabalhadores de saúde bucal se colocavam à disposição para dirimir as dúvidas.

A seguir estão expressos alguns benefícios explicitados nas rodas de conversa de trabalhadores da USF realizadas após a implantação do acolhimento em saúde bucal.

### **O acolhimento contribuiu para a conexão entre os processos de trabalho e integração dos trabalhadores conforme a fala do Trabalhador 1:**

...Eu acho que esse acolhimento ajuda a integrar a equipe, a aumentar o vínculo entre profissionais. Porque você trabalha com uma equipe multidisciplinar, **a equipe toda interligada**. Um problema vai para o outro, e aí, tentando ajudar o outro, para melhorar [...] às vezes a gente tem um paciente com um problema de saúde bucal, que está com a PA elevadíssima, aí vem o dentista e passa a situação para o médico clínico, o médico já vai passar a situação para um enfermeiro [...] e assim, **a equipe toda vai integrar**. Então, **isso faz com que a equipe fique mais unida**. Então, isso, de qualquer forma, eu acho que **os profissionais estão mais integrados**

**Entre as mudanças disparadas a partir do acolhimento coletivo, observa-se a reorganização do serviço, com ampliação da oferta de serviços e otimização do atendimento, conforme se verifica na fala do Trabalhador 2:**

“[...] Acho que foi a organização do serviço. Achei muito válido, porque em um dia a gente fez atividade educativa, escovação, levantamento epidemiológico e também a marcação [...]. Acho que otimiza o serviço, acelera o serviço [...]”.

**A fala do trabalhador 2 a seguir, demarca a implantação do acolhimento com classificação de risco para às demandas espontâneas: “otimizou, está mais rápido, a gente já se sente mais segura para orientar a pessoa”.**

**O relato a seguir demonstra a percepção de mudanças na produção do cuidado em saúde :**

“**melhorou** [...] eu já vi o pessoal fazendo **encaminhamento**, fazendo o monitoramento da pressão, indo verificar a glicemia, os casos de urgência [...]. Pelo menos, assim, pode não está 100%, mas pelo menos algumas pessoas tem tentado colocar isso em prática”. (Trabalhador 3).

### **Sintetizando este capítulo**

#### **Principais avanços após a implantação do Acolhimento em Saúde Bucal:**

- Reorganização do fluxo de atenção e criação do protocolo de classificação de risco que contribuiu para uma escuta mais atenta dos usuários e um cuidado baseado na equidade e em práticas integrais;
- Deslocamento o eixo central do dentista para uma equipe multiprofissional, que tem se encarregado da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

- Maior oferta de ações e otimização do atendimento;
- Práticas mais humanizadas, acolhedoras e pautadas na integralidade em conectividade com a saúde bucal;
- Maior interação da equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução dos problemas dos usuários com demandas por atendimento odontológico, antes centralizadas no cirurgião-dentista.

**Principais limitações:**

- Não garantia do acesso universal, tendo como um dos principais condicionantes a desproporção entre oferta e demanda, levando a permanência das filas e distribuição de fichas.
- Quebra de equipamentos que gerou prolongamento da conclusão do tratamento clínico dos usuários agendados; demora na disponibilização de novas ofertas de atendimento; baixa resolubilidade do cuidado em saúde bucal devido à inviabilidade momentânea de se realizar procedimentos clínicos odontológicos, ficando o atendimento restrito, em alguns momentos, à escuta e à prescrição de medicamentos.

**Principais desafios:**

- Ampliar a utilização da metodologia do Acolhimento em Saúde Bucal para outros serviços da USF;
- Realizar outros estudos para se avaliar a satisfação dos usuários;
- Equiparar as equipes de saúde bucal com as equipes de saúde da família e ampliar a cobertura da saúde da família com equipes de saúde bucal no município em questão para melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal com futura eliminação das fichas e das filas.
- Construir alternativas para continuar implicando os sujeitos e perseguindo as mudanças. Uma nova etapa, um novo momento...

**REFERÊNCIAS**

1. CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, abr. 2005.

2. CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 197-210.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. In: \_\_\_\_\_. Urgências odontológicas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Cap. 2.21, p.190 – 207.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
7. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E.; O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.
8. FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-972, jul. 2006.
9. Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71- 112.
10. PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, março. 2015.
11. RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, jul./dez. 2005.

**APÊNDICE 1 - Ficha para avaliação de satisfação dos usuários**

Sua opinião é muito importante para melhorias do atendimento. Então, queremos saber sua opinião.

Você gostou do acolhimento multiprofissional em Saúde bucal? Para responder marque um X em uma das carinhas.

**Ótimo!****Bom!****Ruim!**

**Escreva aqui suas sugestões, comentários e reclamações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**APÊNDICE 2 - Ficha para acolhimento com classificação de risco para as demandas espontâneas em saúde bucal**

<b>USF CABULA VI - SAÚDE BUCAL</b>	
Data:	___/___/___
Nome:	_____
Idade:	_____
Dentista:	_____
Queixa:	_____ _____
<input type="radio"/> HAS	PA: _____
<input type="radio"/> Diabete	Glicemia: _____
<input type="radio"/> Gestante	<input type="radio"/> Criança (0 a 2 anos) <input type="radio"/> PCD

### APÊNDICE 3 - Protocolo de atendimento às demandas espontâneas em saúde bucal

VERDE	AMARELO	VERMELHO
<p><b>Orientar para ir para o acolhimento em saúde bucal</b></p>	<p><b>Atendimento de urgência de acordo com ordem de chegada</b></p>	<p><b>Atendimento de urgência imediato</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor de dente ao mastigar ou com gelado ou quente e que passa, não doendo à noite;</li> <li>• Resto de dente na boca para extrair;</li> <li>• Encaminhamento;</li> <li>• Restauração quebrada;</li> <li>• Necessidade de restauração;</li> <li>• Necessidade de limpeza;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor de dente espontânea, doendo o tempo inteiro. Às vezes, só passa com remédio e, geralmente, piora à noite. No entanto, no momento não está sentindo dor;</li> <li>• Lesão (ex.: nódulo/caroço, ferida, granuloma gravídico, etc.);</li> <li>• Dente permanente nascendo atrás do de leite (decíduo);</li> <li>• Dente mole;</li> <li>• Dor ao tentar abrir a boca;</li> <li>• Gengiva machucada dificultando usar a prótese;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor de dente espontânea e dói o tempo inteiro. Às vezes, só passa com remédio e, geralmente, piora à noite. No momento está sentindo dor;</li> <li>• Abscesso;</li> <li>• Trauma;</li> <li>• Boca com várias “bolhas”, aftas, gengiva inchada e sangrando e com dificuldade para comer;</li> <li>• Hemorragia;</li> <li>• Dor o tempo inteiro no local da extração de dente, não melhorando com uso da medicação;</li> </ul>



<p>1. Sexo: 1 (masculino) ou 2 (feminino)</p> <p>2. tt: total de dentes decíduos cariados (c), extraídos (e) e obturados (o)</p> <p>3. te: total de dentes decíduos examinados</p> <p>4. TT: total de dentes permanentes cariados (C), perdidos(P) e obturados (O)</p> <p>5. TE: total de dentes permanentes examinado</p>	<p>6. Sangramento gengival: 1= não ; 2= sim</p> <p>7. Fluorose: 0= não; 1 = questionável; 2=muito leve; 3= leve; 4= moderada; 5= severa. Obs.: Fluorose só será avaliada nas crianças com 12 anos de idade.</p> <p>8. Escovação: 0= não realizou; 1= realizou com flúor; 2= realizou com pasta</p> <p>9. Prótese: 1= não necessita de uso; 2= não necessita de troca; 3= necessita de uso</p>
--	---

**MANUAL PARA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
EM SAÚDE: A experiência do município de Salvador-BA**

**CAPÍTULO 8: Avaliação do processo ensino-aprendizagem no Estágio Supervisionado**

**Patrícia Suguri Cristino**

**Apresentando esse capítulo**

Olá!

Esse capítulo será dedicado para esclarecer dúvidas e deixar você mais segura(o) para realizar uma tarefa não muito confortável, mas importantíssima: a de avaliar sua(seu) estagiária(o)! Iniciaremos com algumas concepções e funções da avaliação no processo ensino-aprendizagem.

Em seguida, mergulharemos nos aspectos metodológicos para conhecer (ou reconhecer) as dimensões, instrumentos, critérios e indicadores.

Terminaremos com um modelo de instrumento de avaliação diária (barema), construído coletivamente pela primeira turma do curso de formação de dentistaspreceptores em saúde bucal da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 2017.

Desejamos que esse capítulo contribua para a paz e sabedoria necessárias para realizar essa importante tarefa!

Vamos lá!

**Avaliar... *O que? Para que?***

Coisas que passam pelas nossas cabeças quando temos que avaliar estudantes:

*“O que devemos avaliar no dia a dia do estágio: a qualidade dos procedimentos? As atitudes importam... mas será que elas podem valer na nota? Como eu sei se devo dar um 5,0 ou um 7,0? Pra não me desentender com o aluno, acho que vou dar sempre 10! Mas, se eu fizer isso, contribuirei em sua formação profissional?”*

Avaliar é um verbo que conjugamos todos os dias, em todos os momentos, pois **estamos sempre avaliando**: fatos, objetos, notícias, pessoas... Avaliamos o outro e nós mesmos, ainda que **nem sempre de modo consciente**.

Avaliar tem origem na palavra “*valere*”, do latim, que quer dizer: dar valor. (LUCKESI, 2011). Talvez resida justamente aqui o nosso desconforto em avaliar, pois ela passa por um *juízo de valor*, inexoravelmente.

O primeiro ponto que precisamos pensar (e que pode nos ajudar a desmistificar o ato de avaliar) é que não **vamos avaliara pessoa**, mas as **habilidades e competências** que ela deverá exercitar/aprimorar (ou até mesmo aprender) no cenário de prática da Atenção Primária em Saúde (APS). Essas habilidades e competências são descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), um documento com força de Lei, que orienta todas as Instituições de Ensino Superior (IES) do país (BRASIL, 2002).

“O **ato pedagógico** – composto de três elementos – inicia-se com o estabelecimento de metas, com o **planejamento**. Sob sua guia, segue a **execução**, que, dialeticamente, soma-se à **avaliação**, para que se produza o resultado desejado” (LUCKESI, 2011 – grifos nossos).

Sendo assim, **tudo começa com a construção do Plano de Estágio** (ver capítulo 2 deste Manual), que deverá oportunizar à(ao) estagiária(o) a vivência em atividades nas quais possa exercitar as habilidades e competências desejadas, tais como: a integralidade da atenção em saúde, a comunicação, o trabalho em equipe, a tomada de decisões, liderança, entre outras. Ou seja, tudo começa como **planejamento!**

A **execução**, o segundo ato pedagógico, deve ser acompanhada diariamente pela(o) preceptora(or) com olhos atentos e criteriosos para que se possa saber se “o resultado desejado” foi alcançado ou não. Ou seja, **a avaliação se dá durante o processo!** No caso de “não alcançado”, novas oportunidades precisam ofertadas para que tais habilidades e competências sejam alcançadas. Portanto, **o Plano de Estágio deve ser flexível!**

Com isso, acabamos de chegar no **conceito** que escolhemos sobre **avaliação: um “diagnóstico para a tomada de decisões”** (LUCKESI, 2011). Avaliamos para saber se o que deve ser aprendido foi aprendido (diagnóstico) e, em seguida, tomar a decisão de prosseguir com outros objetivos de aprendizagem ou se devemos voltar para exercitar aquilo que não foi desenvolvido a contento. Estamos falando do tipo de avaliação que desejamos que aconteça no Estágio Supervisionado: a **avaliação formativa!**

[...] a avaliação formativa, num **processo continuado de aprendizagem**, surge como um elemento formador de **um espaço ideológico gerador de consciência** clara do que se está e porque se está fazendo, **é um intenso processo de ir e vir** [...] Nela encontra-se flexibilidade – não está engessada num programa pré-definido – o processo é mais importante do que os produtos. A avaliação formativa **aponta a causa das dificuldades** e isso é possível em função das respostas contínuas às situações propostas. **O erro é visto como um momento de aprendizagem**, pois é importante para que a atividade atenda às necessidades do aluno. [...] A avaliação formativa, assim posta, **assume uma relação de ensino-aprendizagem e não uma relação de controle.** (MASETTO; PRADO, 2004 – grifos nossos)

Diferente daquilo que a maioria de nós viveu na escola tradicional, nossa postura para uma avaliação formativa **precisa ser amorosa, pois precisamos ter o desejo real de que o outro aprenda!** Avaliar deixa de ser um caminho para o controle de comportamento, verificação de conteúdos e soma irracional de pontos (avaliação somativa) que não ofertam o principal: a oportunidade de aprender!

DEPRESBITERIS (2004) faz um contraponto sobre a idéia acima em que “o processo é mais importante que os produtos”, ela ressalta que a avaliação “para ser realmente formativa, segundo alguns estudiosos, tem que reforçar e ser corretiva”:

**Reforçar**, porque deve incentivar o desenvolvimento dos desempenhos que não estiverem de acordo com o esperado, ou estimular aqueles que estiverem dentro dos padrões esperados. **Corretiva**, porque o próprio educando deve poder reconhecer e corrigir seus erros. É por isso que reforço aqui [...] a idéia de **auto-avaliação**, porque, **se a avaliação sempre for um ato externo, pode levar o educando a uma situação de submissão**. (grifos nossos).

**Dica:**

É essencial que se reserve um tempo, ao final do turno, para o momento da avaliação. Recomendamos que ela seja feita a partir de um diálogo reflexivo entre preceptora(or) e estagiária(o). Note que o barema de avaliação diária é duplicado (ver anexos 1 e 2 ao final desse capítulo), pois existe uma via para a(o) preceptora(or) avaliar a(o) estagiária(o) e outra para a auto-avaliação da(o) estagiária (o). Isso facilita uma conversa, não apenas para o registro de uma nota ou conceito ao final do dia, mas, principalmente, para se pensar o que precisa ser reforçado, corrigido, repetido, mudado, reprogramado, para a evolução da aprendizagem e aproveitamento desse riquíssimo cenário de prática!

A integração ensino-serviço-comunidade custa muitos esforços, e uma boa avaliação ajuda a aproveitar, ao máximo, essa oportunidade. Então, vamos aprofundar um pouco mais no “*como fazer*”.

**Como avaliar? Aspectos metodológicos**

Até aqui enfatizamos que precisamos realizar uma **avaliação formativa**. Sendo assim, ela precisa ser realizada **todos os dias**. Para isso, utilizaremos um instrumento

conhecido como “barema”. Trata-se de uma ficha onde podemos registrar notas ou conceitos a partir de determinados critérios e indicadores.

A partir daqui, sugerimos que acompanhe a leitura olhando para o barema (anexos 1 e/ou 2)

O primeiro ponto a ser esclarecido é que o **barema é apenas um instrumento de avaliação**, e não a avaliação em si mesma. Pois *a avaliação é um processo* e só acontece, de fato, quando oportunizamos ao educando aprender o não aprendido. Portanto, o barema é apenas um instrumento **para registro diário do processo**.

Olhemos para o **barema** agora: ele contém um cabeçalho com a identificação da(o) estagiária(o) e da(o) preceptora(or) e o semestre letivo. Embaixo segue um quadro contendo a data, os procedimentos/atividades realizados e, seguida, os **critérios**: pontualidade, conhecimento teórico, etc...

Surge aqui o que deve guiar a nossa avaliação: os critérios! Grande parte dos conflitos no processo de avaliação acontece quando não nos pautamos em critérios, mas na intuição ou coisas piores... quem de nós não lembra de uma cena corriqueira da graduação em que um preparo cavitário (muitas vezes insatisfatório do ponto de vista biomecânico) era elogiado quando mostrado por uma aluna “bonita” aos olhos de um professor machista? No laboratório, o preparo cavitário (este sim, objeto da avaliação) deveria ser visto com base em critérios biomecânicos, tais como: profundidade, inclinação de paredes, lisura do ângulo cavo superficial, etc...

Então, o que nos pautará serão os critérios! Nessa matriz de avaliação os critérios foram escolhidos pela 1ª turma do curso de formação de preceptores em saúde bucal da EBMS, mas podem ser revistos, mudados... o ideal é que haja participação de todas(os) envolvidas(os) no processo, inclusive as(os) educandas(os).

Note que os critérios não se referem apenas aos aspectos técnicos (*aprender fazer, aprender a conhecer*), lá estão: relacionamento interpessoal, ética, proatividade (*aprender ser, aprender conviver*). Esses saberes são de naturezas diferentes e constituem o que chamamos por **dimensões** da avaliação! Tradicionalmente nós as conhecemos como habilidades afetivas, cognitivas e psicomotoras.

A escola tradicional e tecnicista sempre nos compeliu ao “*aprender a fazer*” e, quando muito, ao “*aprender a conhecer*”.

Jacques Delors produziu em 1988 o “Relatório da Comissão Internacional sobre a educação para o Século XXI”, adicionando outros dois pilares essenciais para a educação contemporânea: o “*aprender a ser*” e “*aprender a viver juntos*”. (MORIN, 2003). Esse documento orientou as Políticas de Educação de vários países, incluindo o Brasil.

Eis um livro que merece ser lido por todas(os) habitantes desse nosso ameaçado planeta: Os sete saberes necessários à educação do futuro. UNESCO, 2003.  
Disponível em:

[arquivos.info.ufrn.br › arquivos › setesaberesmorin.pdf.pdf](http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/setesaberesmorin.pdf.pdf)

Então, voltando àquela suspeita inicial: *atitudes devem ser avaliadas?* Sim! Por uma questão de Ética, pela sobrevivência da Terra! Não se trata de treino, mas de formação!

Voltando aos **critérios**, outro conflito costuma acontecer quando eles não são compreendidos. Não basta saber **quais são os critérios**, mas também sobre **o que significam**. Chegamos aqui aos **indicadores da avaliação**. Eles são “o que indicam” se o critério foi ou não contemplado. Veja o anexo 3: “INDICADORES”. Lá, cada critério está explicado com *o que se espera*. Então, podemos pensar assim: o que me indica que a(o) estagiária(o) foi pontual? Vamos dar um exemplo muito comum: para ela(e), ser pontual é estar das 08:00 às 12:00 na Unidade. Mas se a Unidade abre às 7:30 e 11:30 o movimento já é baixo por conta da hora do almoço, pode ser que este seja o horário esperado (e não o horário comercial, como no imaginário comum).

**Dica:**

Recomendamos que no primeiro dia de estágio o barema seja lido e preenchido atentamente, incluindo os anexos 3 e 4 (indicadores e contrato

de convivência). Assim, os acertos ficarão explícitos e os ruídos e desconfortos tendem a ser menores.

OBS: A IES também deverá ter trabalhado antes sobre a avaliação do Estágio Supervisionado com as(os) educandas(os), mas isso precisa ser reforçado *in loco*.

Nos anexos 1 e 2 (matrizes de avaliação) existe uma nota de rodapé sinalizando que os campos em branco podem ser preenchidos com conceitos A – excelente, B - Bom e C – Precisa melhorar. E por que não as notas, de 1 a 10, por exemplo?

Optamos por **conceitos diários**, que ao final do semestre deverá se transformar numa nota final. E por quê? Basicamente por 2 motivos: 1. A nota tende a tensionar e desgastar as relações, o conceito é mais leve e mais flexível; 2. Quando usamos números a nossa tendência é fazer a média final com base apenas numa média aritmética, que muitas vezes não é justa. Exemplo: a(o) estagiária(o) começou muito mal, mas cresceu muito durante o estágio e esse crescimento justifica uma nota final maior. Aqui vem aquela idéia de valorização do processo!

Cabe esclarecer que **a nota final da(o) estagiária(o) será emitida pela(o) preceptora(or)**. A auto-avaliação da(o) estagiária(o) consiste em um importantíssimo exercício diário, mas a prerrogativa de emissão da nota que virá para o componente curricular é das(os) preceptoras(es). Isso precisa ser dito às(aos) estagiárias(os), incentivando-as(os) para uma honesta e rica auto-reflexão, que contribuirá para o crescimento nessa reta final, em direção ao mundo do trabalho. A nota da auto-avaliação, em si, não fará parte “do fechamento final”, não é esta a sua finalidade.

Em baremas tradicionais costuma-se fixar pesos para os critérios, exemplo: pontualidade valendo 1 ponto, ética valendo 0,5... Não entendemos que isso contribua, ao contrário... poderia a Ética valer meio ponto??? A negligência em Biossegurança, por exemplo, não é também, ao mesmo tempo, uma infração ética e uma falha ou negação do conhecimento teórico? É importante que o turno de Estágio seja avaliado como um todo, em todas as dimensões. Precisamos transcender a supremacia da “qualidade do procedimento”, pois a atenção humanizada em saúde envolve muito mais que isso.

Uma pausa: vale a leitura desse lindo artigo: “os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências, de Íris do Céu Clara Costa! Disponível em:

<http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2007-2.pdf>

No artigo acima COSTA (2007) comenta sobre um dos saberes necessários à educação do futuro (proposto por MORIN): o **conhecimento pertinente**. É importante refletirmos não apenas sobre as necessidades metodológicas da avaliação, mas também sobre **o nosso papel enquanto educadores**, já que ensino e avaliação devem formar um belo casal de dançarinos! E o que movimenta esse casal precisa ser a dialogicidade. O conhecimento pertinente tem a ver com o esforço de **“tentar estimular o aluno a ligar as partes ao todo e o todo às partes.”**

Vamos a um exemplo concreto: suponha que uma(um) estagiária(o) esteja com muitas dificuldades para fazer restaurações com amálgama e diga assim para você: *“olha, eu não vou mais fazer restauração com amálgama! Isso é ultrapassado, é esteticamente horrível, eu tenho dificuldades e eu não quero mais fazer!”*. Aqui vale visitar um texto indicado no capítulo 3 deste Manual (Ações educativas em saúde), “Pacientes impacientes”, apresentado por Ricardo Ceccim (2007). Paulo Freire, quando discorre sobre “como falar com o povo” nos ensina que um dos passos é “desmontar a visão mágica do educando”, que significa **ir fazendo perguntas que convidem o outro a pensar sobre o que pensa**. Nesse caso o caminho poderia ser: *“Então, mas você lembra de quantos pacientes um dentista tem que dar conta na Saúde da Família? ... Nesse contexto, a durabilidade de uma restauração é importante? Será que é possível a gente garantir a volta do paciente para trocar mais vezes uma mesma restauração? E o isolamento absoluto? Nós não temos aqui...A resina composta admite umidade?”* Uma conversa dessa é necessária para **a reflexão crítica de um fazer contextualizado**, religando a parte ao todo! Diante disso, em vez de simplesmente emitir um conceito ruim no barema, parte-se para o mais importante: rever a teoria a partir da realidade e

escolher o caminho mais apropriado (conhecimento pertinente) e se chegar, juntos, à conclusão de que é preciso repetir a experiência (fazer mais restaurações com amálgama) para exercitar uma competência necessária! É assim que se trabalha **autonomia, com criticidade!**

Outro exemplo da realidade sobre o conhecimento pertinente: fizemos uma atividade educativa sobre métodos contraceptivos numa escola que fazia parte do Programa Saúde na Escola (PSE), ligada a uma Unidade de Saúde da Família. Parcialmente satisfeita com a atividade, uma professora da escola me chamou e disse: *“Pró... é legal vocês trazerem essas informações, mas nós precisamos falar de outras coisas que estão por trás de tudo isso... Por exemplo, para as meninas daqui é um ‘diferencial’ entre elas engravidar de alguém ‘poderoso’ no bairro... a sra me entende? Acontece aqui, pro, uma coisa que eu nunca tinha visto: o menino ‘obriga’ a namorada a ficar com seu melhor amigo como ‘prova de amor’. O não usar camisinha, por exemplo, também entra nessa ‘prova de amor’!”* Ficou muito nítida a questão do machismo... Então, não era apenas uma falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos, o que estava em questão também (e talvez, até muito mais) era a submissão das meninas ao desejo dos meninos e a importância simbólica da gravidez como um valor social naquele meio (a depender da origem do pai). Aqui vemos a complexidade do problema! Não basta intervir no biológico... voltamos a essa escola com uma atividade sobre o machismo, muito bem aceita por eles e elas! A riqueza da APS está aí: na complexidade da vida humana, “na vida como ela é!”. Não podemos deixar passar essas conexões. O conhecimento pertinente é isso: ligar as partes ao todo! Religar o que a Ciência dividiu pelo método, pois a vida não acontece “aos pedaços”.

No anexo 4 desse capítulo existe um **contrato de convivência** que deve ser escrito com base na realidade local e com objetivos pedagógicos, respeitando-se a rotina dos serviços de saúde e os objetivos da formação profissional.

Um dos pontos nevrálgicos **na integração ensino-serviço-comunidade** são os desconfortos causados por posturas e comportamentos que chocam com a realidade. **São mundos muito diferentes que se encontram e é preciso cuidar desse encontro.** O

contrato de convivência vem para prevenir aborrecimentos. Não conseguimos evitar os conflitos e desencontros, mas podemos e devemos *cuidar das relações*. Nesse sentido, contamos muito com vocês, preceptoras(es), pois vocês estão para o ensino da Saúde Coletiva, como os Agentes Comunitários de Saúde estão para a Estratégia de Saúde da Família! Vocês serão as(os) nossas(os) interlocutoras(es), a nossa ponte, a extensão mesmo da docência!

### **O monitoramento do Estágio Supervisionado pela IES**

Após a formação da 1ª turma do curso de preceptores da EBMSP, um projeto de pesquisa foi conduzido para avaliar a experiência do Estágio Supervisionado, entrevistando-se egressos e formandos. Os resultados apontaram que era preciso um acompanhamento mais individualizado entre a IES e as(os) estagiárias(os).

Embora tenha sido um caso isolado, chamou-nos atenção o relato de duas estagiárias que se sentiram humilhadas durante o estágio na APS, por uma postura depreciativa e contumaz por parte da preceptoria. **A preceptoria precisa ser desejada**, e não imposta, uma atividade que **nos dê prazer**, que nos **faça sentido**, que **quemobilize positivamente nossos sonhos e afetos**, que represente internamente uma **construção: do outro, de nós mesmos e do próprio SUS**. Até este momento, ela não é uma atividade remunerada, e enquanto essa situação se perpetuar (pois podemos lutar juntos para que isso mude) **o lugar da preceptoria precisa estar muito nítido dentro de nós: eu quero? Eu me sinto de alguma forma recompensada(o), mesmo sem aumento no meu salário?** Caso contrário, será uma atividade sem um “valor social” para nós, não sendo possível o que alguns autores chamam de “investimento libidinal”, produzido a partir do desejo do sujeito. (NASCIMENTO; GONZALES, 2015).

Precisamos pensar que **uma preceptoria não desejada pode ter consequências negativas e potencialmente lesivas para a(o) estagiária(o): o pisoteamento de sua subjetividade**, e num momento extremamente delicado. Todos nós sabemos das dificuldades do mundo do trabalho nesse cenário de globalização (MALVEZZI, 2000). A formatura já é, por si mesma, um momento não apenas festivo, mas de um grande e

importante *rompimento*. Nossas(os) futuras(os) colegas precisam estar fortalecidos para esse ritual de passagem, já passamos por isso! Há que se considerar também esse ciclo de vida em que se encontram, no qual os sofrimentos psíquicos tendem a se manifestar (EIZIRIK; BASSOLS, 2016).

É importante que exista um bom canal de comunicação entre preceptores e docentes do Estágio Supervisionado, com encontros periódicos para a formação inicial (curso de preceptores), seguido de um Programa de Educação Permanente, com temáticas de interesse. Essa formação não deve ser pensada em um fluxo unidirecional da academia para o serviço. É importante, por exemplo, que as(os) preceptoras(es) sinalizem também para a academia as possíveis lacunas observadas durante o desempenho das(os) estagiárias(os), referentes à graduação. Pode acontecer de algumas habilidades e competências não se mostrarem satisfatórias, e precisamos desse “feedback”, pois os currículos precisam ser revisados, mudados... Quando uma(m) formanda(o) apresenta dificuldades importantes (e já não esperadas para essa fase de conclusão do curso) torna-se essencial que as(os) docentes sejam alertados, pois provavelmente isso se deva muito mais ao processo educacional, e não apenas por questões individuais.

As(os) estagiárias(os), por outro lado, precisam ser lembradas(os) sobre as atribuições da Equipe de Saúde Bucal na APS, pois nessa fase tendem a “querer” somente “pegar mão”: expressão utilizada por elas(es) para o atendimento clínico, único e exclusivamente. Esse é um ponto de atrito a ser administrado pela parceria docentes/preceptoras(es). O capítulo referente aos Planos de Estágio destaca a importância da diversificação das atividades e cenários de aprendizagem. Esse é um ponto inicialmente delicado, mas que precisa ser superado, pois não faz sentido algum fazer do estágio na APS uma repetição do ambulatório intramuros!

Mas o estágio também precisa contar com uma boa supervisão (docente). Para a maioria das IES não é possível a presença de uma(um) docente na Unidade de Saúde, sendo necessário se pensar em mecanismos de acompanhamento. No caso do estágio na APS, questionamos até se a presença da(o) docente seria desejável, pois a maior riqueza desse cenário de prática está em se vivenciar a realidade do serviço, o que

pode ser alterado pela simples presença de “alguém de fora”. Até esse momento, vemos que a supervisão do estágio precisa acontecer em algumas frentes principais: 1. A relação interinstitucional burocrática (com a gestão); 2. A Educação Permanente com preceptores, e 3. O monitoramento do estágio pelo contato direto com estagiárias(os) e preceptoras(es).

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) está atualmente realizando seu 1º curso de formação de preceptores em saúde bucal. Coincidentemente, duas professoras do curso de preceptores da EBMSP estão no componente de Estágio Supervisionado da UFBA, e lá usaremos um **outro instrumento de avaliação**, que guiará o encontro entre estagiárias(os) e professoras (supervisoras de estágio), veja o anexo 5 deste capítulo. Trata-se de um **diário de campo** simplificado, que ao final de cada semestre será compilado. O objetivo desse monitoramento é detectar situações-problema que nem sempre aparecem nas rodas de conversa que realizamos na IES com professoras(es), preceptoras(es) e estagiárias(os). Esses instrumentos também contribuirão para a avaliação do Estágio Supervisionado nos vários cenários de prática, subsidiando o componente curricular para tomadas de decisão intra e interinstitucionais.

### **Fechando esse capítulo...**

Tentamos abordar um assunto extremamente complexo em pouquíssimas páginas, priorizando a objetividade de um manual.

Nossas palavras finais recaem sobre a importância de um **planejamento flexível** das atividades de Estágio Supervisionado e que sejam diversificadas o bastante para o **desenvolvimento das habilidades e competências para se trabalhar na APS**.

Adeptos à **avaliação formativa**, o mais importante de tudo é fazer da avaliação um **processo de aprendizagem**, que sirva para sinalizar o que precisa ser repetido, reforçado, mudado...aprendido!

Apesar de toda subjetividade que constituem as ações humanas, é preciso que avaliemos com base em **critérios** e que estes sejam explícitos, através dos **indicadores**.

Avaliando habilidades e competências, que passam por dimensões que vão além do saber fazer, contribuiremos para a formação, pessoal, cidadã, profissional e antropológica das(os) educandas(os) e de nós mesmas(os)! Pois, como nos diz Paulo Freire: **“quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”** (FREIRE, 2015)

## REFERENCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002, de 2002. Instituir as **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
2. CECCIM, Ricardo Burg. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. COSTA, Íris do Céu Clara. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. **Rev ABENO**, v.7, n.2, p. 122-129, 2007.
4. DEPRESBITERIS, Léa. **Avaliação educacional em três atos**. 3 ed. São Paulo: SENAC, 2004.
5. EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. 2 ed. Prto Alegre, Artmed, 2016.
6. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 51 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
7. LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem**: componente do ato pedagógico. São Paulo: Cortez, 2011.

8. MALVEZZI, Sigmar. Psicologia organizacional: da administração científica à globalização: uma história de desafio. In: **Interfaces da psicologia** [S.l: s.n.], 2000.
9. MASETTO, Marcos Tarcísio; PRADO, Andréa Sales. Processo de avaliação da aprendizagem em curso de odontologia. **RevABENO**, v.4, n.1, p. 48-56, 2004.
10. MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 8ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: UNESCO, 2003.
11. NASCIMENTO, Eliane Maria Vasconcelos. GONZALES, Rita de Cássia Fagundes. **Do que se queixa o adolescente de hoje: clínica psicanalítica e contemporaneidade**. Salvador: EDUFBA, 2015.

**ANEXO 1 – MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA A(O) PRECEPTORA(OR) AVALIAR A(O) ESTAGIÁRIA(O)**

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_ Semestre letivo: \_\_\_\_\_

Nome da(o) preceptora(or): \_\_\_\_\_

<b>Data</b>	<b>Procedimento ou atividade realizada</b>	<b>Pontualidade</b>	<b>Conhecimento Teórico</b>	<b>Planejamento</b>	<b>Biossegurança e Ergonomia</b>	<b>Domínio da técnica</b>	<b>Proatividade</b>	<b>Relacionamen to</b>	<b>ÉTICA</b>	<b>Deontologia</b>	<b>NOTA</b>	<b>OBSERVACOES</b>

\*\*Os conceitos considerados serão: A-Excelente B-Bom C-Precisa melhorar.

**ANEXO 2 –MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DA(O) ESTAGIÁRIA(O)**

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_

Semestre Letivo: \_\_\_\_\_

Nome da(o) preceptora(or): \_\_\_\_\_

Data	Procedimento ou atividade realizada	Pontualidade	Conhecimento Teórico	Planejamento	Biossegurança e Ergonomia	Domínio da técnica	Proatividade	Relacionamen to	ÉTICA	Deontologia	NOTA	OBSERVACOES

\*\*Os conceitos considerados serão: A-Excelente B-Bom C-Precisa melhorar.

### ANEXO 3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

**Pontualidade/ assiduidade** - Estar presente no local nos dias e horários pactuados, conseguindo administrar adequadamente os problemas particulares sem utilizar a carga horária do estágio. Deixar o campo de prática somente após concluídas as atividades planejadas. Em caso de necessidade de faltar, avisar a(o) preceptora(or), atentando para o fato de que a frequência impacta na nota final do estágio. *Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Conhecimento teórico** - embasar suas atividades na melhor evidência científica disponível. *Aprender a Conhecer*

**Planejamento** –saberplanejar as ações no cotidiano do trabalho, considerando a realidade social, cultural e econômica da população assistida, com resolutividade. *Aprender a Conhecer, Aprender a Fazer e Aprender a Viver Juntos*

**Biossegurança e Ergonomia** - conhecer os conceitos da biossegurança e saber aplica-los nas práticas ambulatoriais e de campo (vestimenta e calçado adequados para o trabalho em saúde, lavagem de mãos, uso de EPI's, evitar uso de acessórios, entender e respeitar as normas operacionais de descarte de resíduos e o processo de esterilização). Trabalhar dentro dos princípios ergonômicos de postura de trabalho, organização do campo operatório e planejamento, minimizando riscos e potencializando a produtividade, sem prejuízos à própria saúde e à de terceiros. *Aprender a Ser e Aprender a Fazer*

**Domínio da técnica** - apresentar as capacidades motora e cognitiva para a realização dos procedimentos clínicos, habilidade para falar em público e atuar nas ações educativas de saúde (visita domiciliar, Programa de Saúde na Escola, Ações educativas na comunidade e grupos educativos, ART) com o olhar preventivo e da promoção da saúde. Criatividade no desenvolvimento das metodologias para a educação permanente em saúde. *Aprender a Fazer*

**Proatividade (iniciativa, assertividade, proatividade):** – curiosidade e interesse pela observação direta do dia a dia no estágio. Busca por informações e trazer questionamentos e novas propostas e estratégias. Cumprimento de tarefas pactuadas. Possuir iniciativa para sugerir novas ações para a resolução dos problemas de saúde bucal da comunidade. Ter iniciativa para resolver problemas cotidianos. *Aprender a Ser*

**Relacionamento interpessoal** – agir com responsabilidade, empatia, cordialidade e solidariedade com os profissionais, funcionários e usuários.  
*Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Habilidades comunicacionais**/trabalho em equipe: capacidade de comunicar-se com os preceptores, equipe e com os usuários e desenvolver um trabalho conjunto

**Ética** –tomar decisões pautadas nos princípios da Bioética (Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça) contribuindo para a cidadania e humanização em saúde. *Aprender a Ser e Aprender a Viver Juntos*

**Deontologia** – conhecer e cumprir os deveres da profissão (preencher adequadamente os prontuários, fichas de notificação compulsória, guardar segredo profissional, etc). *Aprender a Ser e Aprender a Fazer*

**Dados da(o) estagiária(o)**

Nome da(o) estagiária(o): \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_

Período em que estuda: ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) integral Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nº da apólice de seguro: \_\_\_\_\_ Vigência do estágio: ...../...../..... a ...../...../.....

Horário do estágio: \_\_\_\_\_ Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ Carga horária total do estágio: \_\_\_\_\_

**ANEXO 4 – CONTRATO DE CONVIVÊNCIA**

- 11- Levar seus próprios EPIs (usar jaleco e sapato fechado, luvas, gorro, máscara e óculos de proteção);
- 12- Estar no horário estabelecido: manhã de \_\_\_ às \_\_\_; tarde de \_\_\_ às \_\_\_\_, com tolerância de \_\_\_\_\_ minutos;
- 13- Eventualmente, quando não for possível comparecer ao local de estágio, comunicar com antecedência ao preceptor;
- 14- Tratar com respeito os trabalhadores da unidade;
- 15- Atender aos usuários de forma cordial e atenciosa, com postura gentil e educada e utilizando linguagem adequada;
- 16- Cumprir com rigor técnico-científico e ético as atividades pactuadas no Plano de Estágio.
- 17- Preservar o sigilo profissional referente às informações a que tiver acesso;
- 18- Ter conhecimento teórico prévio às atividades a serem realizadas;
- 19- Fazer o uso racional do celular durante as atividades (é vedado o acesso a redes sociais, fotografar o usuário durante o atendimento, etc).
- 20- Não postar nas redes sociais fotografias relativas ao estágio em que possam ser reconhecidos os usuários, especialmente as crianças.

Assinaturas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 5 - DIÁRIO DE CAMPO

**Estudante:** \_\_\_\_\_ **Professor(a) tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Semestre:** \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta avaliação deverá ser preenchida conforme sua vivência no Estágio Supervisionado em cada local de prática durante este semestre. Sugerimos que discorra sucintamente sobre estes aspectos (**estrutura física, recursos materiais e humanos, relações interpessoais, acolhimento, aspectos éticos, biossegurança**) ou outros que julgue necessários.

Local 1: _____ Preceptor(a): _____	Local 2: _____ Preceptor: _____	Local 3: _____ Preceptor(a): _____
Atividades/procedimentos realizados:	Atividades/procedimentos realizados:	Atividades/procedimentos realizados:
Aspectos positivos:	Aspectos positivos:	Aspectos positivos:
Aspectos negativos:	Aspectos negativos:	Aspectos negativos:
Sugestões:	Sugestões:	Sugestões: