

Patrícia Suguri Cristino
Haline Souza Antunes
Tatiana Frederico de Almeida
Organizadoras

**Preceptoria em
saúde bucal na
Atenção Primária
em Saúde**
a experiência
de Salvador (BA)



As Diretrizes Curriculares Nacionais trouxeram para as Instituições de Ensino Superior (IES) a (co)responsabilidade da mudança do modelo excludente e privatista de atenção em saúde, ainda hegemônico no Brasil. Para isso, é necessária uma transformação radical do modelo de formação em saúde.

Esta publicação é fruto de uma experiência de integração ensino-serviço envolvendo o curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA (SMS). Ela tem, como intuito original, contribuir para o processo formativo dos preceptores de saúde bucal da rede da Atenção Primária, levando em conta tanto aspectos inerentes à docência como também ao próprio processo de trabalho do(a) dentista nas unidades básicas de saúde. Assim, os capítulos deste livro abordam os seguintes temas: marcos legais e a importância do estágio supervisionado no processo de formação em saúde, plano de estágio, educação em saúde, planejamento em saúde, uso da epidemiologia no serviço, projeto terapêutico singular, Programa Saúde na Escola, acolhimento em saúde e avaliação do processo de ensino-aprendizagem.

Considerando a abrangência das temáticas abordadas, a utilização de uma linguagem leve e objetiva e o relato de diversas experiências do cotidiano do serviço de saúde, a leitura deste livro poderá ser bem aproveitada por dentistas com diferentes níveis de formação, desde a graduação até os cursos de pós-graduação.

As organizadoras



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Assessor do Reitor

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Patrícia Suguri Cristino
Haline Souza Antunes
Tatiana Frederico de Almeida

Organizadoras

**Preceptoría em saúde bucal
na Atenção Primária em Saúde
a experiência de Salvador (BA)**

Salvador
EDUFBA
2021

2021, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Capa e projeto gráfico Igor Almeida

Revisão Mariana dos Santos de Souza

Normalização Bianca Rodrigues de Oliveira

Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA

Preceptoria em saúde bucal na atenção primária em saúde :

a experiência de Salvador (BA) / Patrícia Suguri Cristino,

Haline Souza Antunes, Tatiana Frederico de Almeida, organizadoras.

– Salvador : EDUFBA, 2021.

200 p.

ISBN: 978-65-5630-123-5

1. Saúde bucal. 2. Odontologia preventiva. 3. Cuidados primários em saúde – Salvador (BA). 4. Estudo e ensino. I. Cristino, Patrícia Suguri.

II. Antunes, Haline Souza. III. Almeida, Tatiana Frederico de.

CDD – 617.6

Elaborada por Jamilli Quaresma CRB-5: BA-001608/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo

s/n – Campus de Ondina

40170-115 – Salvador – Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164

Sumário

	Prefácio	7
	<i>Ticiane Teixeira de Mendonça</i>	
	Apresentação	9
	<i>Maria Luisa Carvalho Soliani</i>	
	Nota Introdutória	11
CAP. 1	Estágio Supervisionado no curso de Odontologia: marcos legais e sua importância na construção do perfil acadêmico e profissional	13
	<i>Caroline Morais Sena, Mônica Moura da Costa e Silva, Patrícia Suguri Cristino e Tatiana Frederico de Almeida</i>	
CAP. 2	O cotidiano da preceptoría em saúde bucal nas unidades de Atenção Primária em Saúde de Salvador (BA): Plano de Estágio	27
	<i>Haline Souza Antunes</i>	
CAP. 3	Ações educativas na Atenção Primária em Saúde	45
	<i>Patrícia Suguri Cristino</i>	

CAP. 4	O papel do Planejamento em Saúde e da Epidemiologia nas ações de saúde bucal	73
	<i>Tatiana Frederico de Almeida</i>	
CAP. 5	Programa Saúde na Escola (PSE): algumas experiências a partir do olhar da equipe de saúde bucal	103
	<i>Carolina Ribeiro Pedral Sampaio, Haline Souza Antunes</i>	
CAP. 6	Projeto Terapêutico Singular e a importância de sua utilização nos serviços de Atenção Primária em Saúde	129
	<i>Haline Souza Antunes, Patrícia Suguri Cristino, Tatiana Frederico de Almeida, Carolina Ribeiro Pedral Sampaio, Ana Caroline de Marino, Cinara Cícera Salgado Nunes, Mário Antonio Valença Bove, Gabrielle Teles de Souza, Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho</i>	
CAP. 7	Acolhimento em Saúde Bucal em uma Unidade de Saúde da Família da periferia de Salvador (BA), Brasil: integração de práticas na atenção às demandas/necessidades dos usuários	145
	<i>Haline Souza Antunes, Marluce Maria Araújo Assis, Adriano Maia dos Santos</i>	
CAP. 8	Avaliação do processo ensino-aprendizagem no Estágio Supervisionado	171
	<i>Patrícia Suguri Cristino</i>	
	Depoimentos	193
	Sobre os autores	197

Prefácio

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra,
no trabalho, na ação-reflexão.”*

PAULO FREIRE

Eu dou muito valor à minha trajetória e à possibilidade que a vida me deu de ser quem eu sou. Mas orgulho, orgulho mesmo, eu tenho das grandes conquistas com a equipe de Odontologia do PET-Saúde/GraduaSUS, no município de Salvador (2016-2018).

O grande desafio na rede municipal era conduzir a área técnica de saúde bucal de uma posição secundária a outra de destaque, no que se refere à formação de recursos humanos. Neste sentido, o Programa de Educação Tutorial (PET) proporcionou espaços e atividades para que os estudantes de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública conseguissem desenvolver suas potencialidades, formando cidadãos capazes de atender em espaços públicos e privados.

O sucesso do Programa só foi possível diante da soma de esforços de docentes, discentes, gestores e trabalhadores da saúde bucal, alinhados com o objetivo de formar profissionais éticos, generalistas e humanistas, sobretudo para o Sistema Único de Saúde (SUS)... afinal, formar para o SUS é formar para a sociedade.

Esta publicação é fruto de um curso de formação para preceptores de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde de Salvador, e apresenta elementos norteadores para a qualificação do ensino em serviço. Importante destacar que essa aproximação entre estudantes e profissionais produziu

também profundas transformações nos trabalhadores, num claro processo de construção coletiva de saberes.

Prepare-se para mergulhar em uma leitura em que a reflexão e o desejo de mudança o acompanharão constantemente.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Ticiane Teixeira de Mendonça

Cirurgiã-dentista sanitarista, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA), ex-preceptora do grupo de Odontologia do PET-Saúde/GraduaSUS e ex-coordenadora de saúde bucal de Salvador (BA).

Apresentação

Foi com grande alegria que recebi de nossas professoras Patrícia Suguri, Mônica Moura e Tatiana Frederico o honroso convite para escrever o prefácio para o livro de/sobre a formação de preceptores em saúde bucal, o qual considero um dos resultados mais importantes do PET-Saúde GraduaSUS (2016-2018).

Desde 2016, quando fomos a única instituição de ensino superior privada da Bahia contemplada com este programa de indução de mudanças, ficamos orgulhosos e cheios de expectativa pelo que conseguiríamos realizar. Acompanhei a felicidade e a excitação dos proponentes e toda a mobilização para juntar professores e estudantes dos cursos de odontologia, enfermagem e medicina numa missão conjunta com os profissionais das unidades de atenção básica do município para pensar a integração ensino-serviço-comunidade e as reformas curriculares necessárias a uma transformação no modo como formamos nossos profissionais de saúde. Era uma oportunidade inédita de refletir e propor ações que nos mostrassem e testassem caminhos novos.

O grupo da Odontologia tinha uma animação contagiante e ainda me lembro de uma apresentação de resultados que me deixou impressionada pelo entusiasmo demonstrado com o trabalho que estava sendo feito.

No bojo das ações propostas, foi realizado um curso para os preceptores dentistas das unidades básicas de saúde, com a maior parte realizada a distância. Essa foi nossa primeira experiência exitosa com um curso de aperfeiçoamento Educação a Distância (EaD). Na época, comemoramos o fato com o Prof. Urbino Tunes, coordenador do nosso

curso de Odontologia, e percebemos como éramos capazes de realizar uma capacitação deste tipo com muita qualidade e aproveitamento dos participantes.

Ao ter a oportunidade de ler este livro, pude constatar o quanto nossas expectativas foram superadas. Ele é muito bem elaborado, de fácil compreensão, prático, mas com rico embasamento teórico, cheio de dicas e anexos esclarecedores de como fazer. Com toda a certeza, será de grande utilidade para profissionais, preceptores, professores e estudantes de Odontologia, e não só para estes, pois nos enche de ideias que podem servir para qualquer outra área da saúde.

A excelência do livro, que não é senão o reflexo da excelência dos conhecimentos técnicos e humanísticos e do brilho nos olhos de suas autoras e autores, precisa ser ressaltada e parabenizada. É o que faço aqui e agora.

Maria Luisa Carvalho Soliani

Coordenadora Geral da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e Diretora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nota introdutória

A fim de expandir as ações e cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) trouxeram para as Instituições de Ensino Superior (IES) a (co)responsabilidade da mudança do modelo excludente e privatista de atenção em saúde ainda hegemônico no Brasil. Para isso, é necessária uma transformação radical do modelo de formação em saúde.

Na interlocução entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES - Ministério da Saúde) e Secretaria de Ensino Superior (SESu - Ministério da Educação), foram criados programas indutores da qualificação da força de trabalho, dentre eles o PET-Saúde/GraduaSUS, em 2015, cujos eixos principais foram: integração ensino-serviço-comunidade e reformas curriculares.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) foi a única IES privada do estado da Bahia contemplada no edital do PET-Saúde/GraduaSUS. O programa teve a participação de estudantes, professores e preceptores do serviço de saúde municipal para os cursos (grupos) de Medicina, Odontologia e Enfermagem, com vigência entre maio de 2016 e maio de 2018.

Com o intuito de contemplar os objetivos do programa foi planejado e desenvolvido pelo grupo de Odontologia da EBMSP um curso de formação para preceptores de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde (APS) de Salvador. Este curso teve carga horária total de 153 horas, sendo 48 presenciais e 105 em Ensino a Distância (EaD). Os encontros presenciais foram programados com oficinas pedagógicas pela manhã e

rodas de conversa à tarde, envolvendo docentes e discentes de Estágio Supervisionado, para o acompanhamento das suas vivências na APS.

Toda a programação deste curso foi pactuada com os(as) dentistas e construída durante o processo, conciliando as demandas pedagógicas da IES e do serviço, na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS), para a construção de sentidos e do coletivo. Ao todo foram formados 28 preceptores, resultando na ampliação de 2 para 28 vagas de Estágio Supervisionado na APS.

Este livro para formação de preceptores em saúde bucal na Atenção Primária apresenta os principais conteúdos abordados durante este curso, tais como: marcos legais e a importância do Estágio Supervisionado no processo de formação em saúde, Plano de Estágio, Educação em Saúde, Planejamento em Saúde, Uso da Epidemiologia no serviço, Projeto Terapêutico Singular, Programa Saúde na Escola, Acolhimento em Saúde Bucal e Avaliação do processo de ensino-aprendizagem. Aqui também estão presentes alguns dos produtos e recursos didáticos para a preceptoria construídos coletivamente pelos(as) dentistas participantes do curso na EBMSP, a exemplo do Plano de Estágio e do relato das experiências coletivas no Programa Saúde na Escola.

Acreditamos que o material aqui publicado além de dar a oportunidade a dentistas já graduados(as) a se aprofundarem em aspectos pedagógicos da preceptoria, sobretudo no Estágio Supervisionado, e em aspectos relativos ao próprio processo de trabalho da Odontologia em Saúde Coletiva, ele também pode contribuir no processo formativo do(a) cirurgião(ã)-dentista generalista a partir da sua graduação, uma vez que ele permite uma aproximação com temas que são abordados em componentes curriculares relacionados com a Saúde Coletiva presentes e necessários nos cursos de Odontologia, como: Educação em Saúde, Planejamento e Epidemiologia, Projeto Terapêutico Singular e Acolhimento em Saúde.

Desejamos que tenham uma leitura agradável e que o processo de trabalho da equipe de saúde bucal na APS possa contribuir para uma assistência mais integral e humanizada no SUS.

Capítulo 1

**Estágio Supervisionado
no curso de Odontologia
*marcos legais e sua importância
na construção do perfil acadêmico
e profissional***

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

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Convidamos a todos(as) para uma leitura inicial sobre o estágio supervisionado, atividade obrigatória no processo formativo do(a) cirurgião(ã)-dentista. O estágio supervisionado é uma das principais etapas da graduação em saúde, favorecendo ao(à) 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 et al., 2010)

No caso da odontologia, quando uma Instituição do Ensino Superior (IES) insere o(a) estudante da graduação em um serviço de saúde bucal na esfera pública, pretende-se que o(a) profissional em formação atue

juntamente com o(a) cirurgião(a)-dentista trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) da atenção primária, em uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, no exercício de práticas com vistas ao alcance da integralidade de atenção à saúde. (TOASSI; 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(as) 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 nos cursos de graduação em odontologia do Brasil, com ênfase na legislação do SUS, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 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.

Desejamos a todos(as) uma proveitosa leitura!

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, criado e regulamentado posteriormente pela Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. 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 às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 1990)

Sabemos, no entanto, que a previsão jurídica não é suficiente para a mudança do modelo de assistência em saúde no Brasil. (TEXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) O modelo assistencial hegemônico, e que permanece vigente na formação, e nos serviços de saúde do 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; REIBNITZ, 2009) Entretanto, o reconhecimento jurídico da saúde, como um direito de todo(a) cidadão(ã) 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 (PNI), o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), sendo o Brasil o segundo país do mundo em número de transplantes, e o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS). (SOUZA; 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 Primária em Saúde 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, e 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(a) generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro(a) generalista ou especialista em saúde da família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais da saúde bucal: cirurgião(ã)-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico(a) em saúde bucal. Cada equipe de saúde deve ser responsável por, no máximo, 4 mil 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; COSTA, 2010)

Entendemos 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(a) cirurgião(ã)-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, p. 10)

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. 16, 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, p. 3)

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, com o objetivo de aproximar os(as) 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 de saúde. (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 DCN, 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 para os cursos de saúde, visto que devem estar em consonância com os princípios do SUS e da reforma sanitária brasileira.

As DCN do curso de graduação em 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 4 de dezembro de 2001. (BRASIL, 2002) Tais diretrizes têm como objetivo definir os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos(as) cirurgiões(ãs)-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 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, p. 10, grifo nosso)

As DCN estão voltadas para a formação do(a) estudante de odontologia com perfil para intervir prioritariamente na saúde bucal coletiva. Desse modo, a atuação do(a) cirurgião(ã)-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, 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 aos serviços de saúde, como o 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 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-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 às necessidades das políticas públicas do nosso país. (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013)

Cabe aqui destacarmos 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 frequentam 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.

No Art. 9º a Lei nº 11.788 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, p. 2)

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(a) professor(a) orientador(a) da instituição de ensino e por supervisor(a) 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; 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(ã)-dentista professor(a) da instituição de ensino em que o(a) aluno(a) é matriculado(a). (BRASIL, 2008)

O DESAFIO DA INSERÇÃO DO(A) CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA NO MERCADO DE TRABALHO

Nesta seção, importa considerarmos as principais modalidades atuais de inserção do(a) cirurgião(ã)-dentista no mercado de trabalho – seja autônomo(a) ou assalariado(a), sendo no setor privado ou setor público ou, ainda, proprietário(a) –, conforme proposto por Bleicher (2016); as dificuldades enfrentadas pelos egressos de odontologia nesse processo; e a crescente necessidade de profissionais com perfil adequado para atuar no SUS, principalmente em municípios do interior do país. (COSTA; GONÇALVES; ZANIN, 2016; VILALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009) Evidenciamos, na atualidade, um confronto entre a formação do(a) cirurgião(ã)-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; GONÇALVES; ZANIN, 2016)

Lana Bleicher, em sua tese de doutorado, analisa a inserção do(a) dentista no mercado de trabalho à luz de algumas teorias e dimensões, dentre as quais destaca-se a adaptação da classificação sobre a inserção do(a) médico(a) no mercado de trabalho proposta por Cecília Donnangelo na década de 1970. (DONNANGELO, 1975)¹

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 primária, 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 primária 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(à) 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(as) 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(as) estudantes tenham a

¹ Indicamos a leitura do texto, 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 esse processo. Para saber mais, ver: Bleicher (2012).

oportunidade de aprender e trabalhar em todos os ambientes que realizem atenção à saúde. (PIMENTEL et al., 2015) Dessa forma, se faz necessário planejar estratégias de ensino para viabilizar ao(à) aluno(a) as vivências da atenção primária: no contato direto com os(as) 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(as) alunos(as) 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 (UBS) tradicionais dos distritos sanitários do Cabula-Beiru, Brotas e Pau da Lima, do município de Salvador, durante dois turnos semanais e são orientados(as) por preceptores(as) dentistas do local. Desse modo, eles(as) 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-Saúde/GraduaSUS, programa do Ministério da Saúde que incorporou os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem, no período de 2016 a 2017, à EBMSP, em parceria com a SMS.

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 e demais autores (2015), essa estratégia é um grande desafio para os(as) discentes, que trazem uma experiência de disciplinas fragmentadas, voltadas às especialidades de cada área de atuação, e para os(as) docentes e preceptores(as), que nem sempre tiveram formação pedagógica interdisciplinar.

Outro importante aspecto a ser considerado no estágio supervisionado é a *preceptoria*. O(a) preceptor(a) tem várias funções, sendo sua atuação necessária ao desenvolvimento profissional e pessoal do(a) graduando(a), somando na formação de atitudes e valores profissionais,

ele(a) deve estimular o pensamento reflexivo e transformador em saúde. Autores apontam que, nesse processo, o(a) estudante e o(a) preceptor(a) 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, investigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes. (FREIRE, 1996)

Acreditamos que o processo de formação e educação permanente de preceptores em saúde deve ser incentivado no SUS. A ESBMSP, atenta a essa 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 desse curso ocorreu através da tecnologia da Educação a 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, a formação predominante em odontologia continua privilegiando a formação clínica, biológica, 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 atuarem 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, 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 essa formação, as IES devem priorizar o desenvolvimento desta disciplina no âmbito do SUS, em especial na ESF, na intenção de inserir os(as) estudantes em atividades multiprofissionais e interdisciplinares, que sejam verdadeiramente transformadoras do ponto de vista educacional, político e social.

REFERÊNCIAS

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.

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.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 42, p. 10-12, 4 mar. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.788, 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 187, p. 1-2, 26 set. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 8 set. 2017.

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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *3º Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social*. Brasília, DF: Ed. MS, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências).

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 União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 204, p. 48-55, 22 out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 maio 2018.

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, DF: Ministério da Saúde; 2004.

COLLISILLI, L.; TOMBINI, L. H. T.; REIBNITZ, K. S. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p.932-937, 2009.

COSTA, A. B. O.; GONÇALVES, C. F.; ZANIN, L. Inserção de egressos de Odontologia do Tocantins no mercado de trabalho. *Revista da ABENO*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 93-104, 2016.

FERREIRA, N. P.; FERREIRA, A. P.; FREIRE, M. C. M. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. *Revista Odontologia*, São Paulo, n. 24, v. 4, p. 304-309, 2013.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. *Saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, M. S.; ROCHE, R.; HUGO, F. N. *et al.* Análise do impacto do estágio supervisionado sobre o desempenho da Policlínica Odontológica Central da Brigada Militar: enfoque em resultados. *Revista Face Odontologia*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 5-10, 2010.

MORITA, C. M.; 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, 2009.

PALMIER, A. C.; AMARAL, J. H.L.; WERNECK, M. A. F. *et al.* Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuição do Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Belo Horizonte, n. 36, v. 1, n. 36, p. 152-157, 2012. Supl. 2.

PIMENTEL, E. C.; VASCONCELOS, M. V. L.; RODART, R. S. *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, 2015.

ROSA, T. T. A. S. *A influência do estágio supervisionado na formação de estudantes do curso de odontologia da UFMG*. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SCAVUZZI, A. I. F.; GOUVEIA, C. V. D.; CARCERERI, D. L. *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, 2015.

SOUZA, C. F. T.; OLIVEIRA, D. L. L; MONTEIRO, G. S. *et al.* A atenção primária na formação médica: experiência de uma turma de medicina. *Revista Brasileira de educação médica*, Maceió, v.3, n. 37, p. 448-454, 2013.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do Sus*, Salvador, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1988.

TOASSI, R. F. C.; LUIZ, G. W. 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, 2016.

VILLALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil profissional do cirurgião dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.

Capítulo 2

**O cotidiano da preceptoria em saúde
bucal nas unidades de Atenção
Primária em Saúde de Salvador (BA)
*Plano de Estágio***

Haline Souza Antunes

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Olá, pessoal!

Este capítulo 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.

A interação ensino-serviço-comunidade, viabilizada a partir da preceptoria, tem importância fundamental no processo de ensino-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 expõe uma sugestão de um plano de estágio em saúde bucal elaborado por preceptores(as) cirurgiões(ãs)-dentistas do serviço público de saúde do município de Salvador (BA) durante o Curso de Formação de Preceptoria em Saúde Bucal, ocorrido em 2017, promovido pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), uma iniciativa possibilitada pelo PET GRADUASUS (2016-2017).

Que vocês possam desfrutar de uma leitura útil e prazerosa!

A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SALVADOR (BA) E UMA PROPOSTA DE PLANO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM SAÚDE BUCAL

Antes de tudo, é interessante reconhecermos a estrutura operacional da Atenção Primária da Rede de Atenção à Saúde do nosso município. Vamos lá?! 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 et al., 2014)

A rede de APS do município de Salvador dispõe de 121 unidades de APS, sendo que 46 são Unidades Básicas de 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 (eSF) implantadas. Atualmente, 45,7% da população de Salvador está coberta pelos serviços de APS. (SALVADOR, 2018)

Cada equipe multiprofissional, conforme a Portaria nº 2.488,¹ de 21 de outubro de 2011, é composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliar ou técnico(a) de enfermagem, médico(a) generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (SALVADOR, 2018) Essa

¹ A Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, foi revogada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Entretanto, neste capítulo foi citada a primeira portaria, pois os cenários estavam organizados com base nessa portaria.

equipe presta atenção integral à 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. Salienta-se que uma equipe multiprofissional é responsável pelo cuidado em saúde de até 4.000 pessoas, devendo existir um ACS para cada 750 pessoas. O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 8h às 17h. (BRASIL, 2011; SALVADOR, 2015a)

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 (SALVADOR, 2015b), e poderá ser constituída por médico(a) clínico(a), ginecologista e pediatra, enfermeiro(a), nutricionista, assistente social, psicólogo(a), ACS, cirurgia(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 8h às 17h. (SALVADOR, 2015a)

As principais unidades de saúde docentes-assistenciais que são campos de estágio dos(as) alunos(as) do curso de odontologia da EBMS são 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. Essa 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 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 propício para 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).

A seguir estão os principais objetivos do estágio na APS:

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 ESF à 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 e de encaminhamento para outros níveis de atenção;
- Compreender e vivenciar os diferentes papéis e atribuições dos membros de uma ESF e/ou 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 usados pela equipe de saúde da família;
- Realizar a gestão dos insumos, instrumentais odontológicos, medicações da farmácia básica prescritas em odontologia, gerenciamento de resíduos e supervisão do processo de esterilização.

A seguir, estão elencadas algumas sugestões de atividades que podem 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 EBMSF que participaram do curso de formação para preceptores em saúde bucal na APS, realizado no primeiro semestre de 2017. Essas 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.

Quadro 1 - Plano de Estágio em Odontologia na APS

ATIVIDADES	
CONHECENDO A UNIDADE, A REDE DE ATENÇÃO: O TERRITÓRIO E OS ATORES.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do(a) discente aos servidores e demais integrantes das equipes de saúde da unidade; • Reconhecimento das dependências da unidade, formas de acesso, agenda, horário de funcionamento, serviços ofertados, e projetos da unidade; • 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. • Reconhecimento da ficha/prontuário odontológico e médico, fichas de referência, fichas de notificação compulsória, fichas do E-SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cadernetas da criança, adolescente, gestante e idoso; • 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, • Apresentação do mapa da área de abrangência da ESF vinculada.
PLANO DE ESTÁGIO	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do Plano de Estágio; • Reconhecimento das matrizes de avaliação diária e seus indicadores (ver Anexos A, B e C do capítulo 8); • Construção conjunta do cronograma de estágio (Apêndice A do presente capítulo). • 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.); • Revisão de conteúdos (atribuições dos trabalhadores, Leis orgânicas do SUS, territorialização, cadernos da atenção básica, PSE, Política Nacional de Humanização, Política da Atenção Básica).

ATIVIDADES	
VISITA / ATENDIMENTO DOMICILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar com o ACS/equipe para conhecer uma família e observar como é realizado o cadastramento dos usuários. • Planejamento e execução de uma visita domiciliar, visando, entender o papel do(a) dentista nesse contexto e identificar ações possíveis de serem desenvolvidas nesse âmbito; • Realização de visita domiciliar e atendimento, juntamente com o(a) preceptor(a), para orientar, realizar escovação, aplicar flúor e fazer tratamento odontológico, quando necessário, principalmente para pacientes acamados ou com mobilidade reduzida e puérperas; • Registro das fichas de atendimento coletivo, individual e de visita/atendimento domiciliar.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	<ul style="list-style-type: none"> • atendimentos à população da área adscrita e à demanda aberta; • Discussão acerca do caso e/ou usuário com abordagem ampliada – construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), quando possível. (Saiba mais sobre PTS lendo o Capítulo 6 deste manual); • Definição acerca da melhor conduta e/ou 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: primeira 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 (ATF), 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, 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, 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.

ATIVIDADES	
ATIVIDADES COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS	
Ações Intersectoriais	<ul style="list-style-type: none"> 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); Regísto das ações realizadas e preenchimento de formulários; Visitas às creches e escolas da área de abrangência para realizar educação em saúde, escovação supervisionada e ATF; 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 ATF, 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 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).
Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> 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); Reconhecimento das fichas de notificação compulsória; Planejamento das ações a serem realizadas com base diagnóstico da situação de saúde.
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> 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.

ATIVIDADES	
ATIVIDADES COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do atendimento aos usuários de ações programáticas (agenda compartilhada); • Interação com a sala de curativos, sala de procedimentos, sala de vacina e farmácia (observação da rotina de trabalho nesses espaços); • Atendimento clínico interdisciplinar; • Grupo de gestantes; • Grupos de educação em saúde de HAS/DM; • Grupo de escovação; • 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; • Atendimento e acompanhamento da saúde bucal do bebê; • Sala de espera (temas sugeridos: orientação de higiene bucal, alimentos cariogênicos, tabagismo, câncer bucal, DSTs, pré-natal odontológico, odontologia para bebês, etc.); • Educação permanente com os profissionais da USF e na comunidade; • Escovação supervisionada e ATF nos usuários presentes na unidade; • Reunião geral da unidade; • Reunião de equipe para planejamento de ações, discussão de casos de forma ampliada e construção de PTS; • Reunião para apresentação e discussão de casos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) • Reunião de equipe e discussão do processo de acolhimento; • Participação no “Sábado do Homem”, com atendimento clínico e coletivo; • Territorialização com a equipe de saúde; • 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.); • Ações educativas (visite o Capítulo 3 deste manual e conheça um pouco mais sobre educação em saúde).

Partilha de experiências

ATIVIDADES	
GESTÃO EM ODONTOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do sistema de referência e contrarreferência; • Controle de insumos e instrumentais odontológicos, e medicações da farmácia básica; • Atualização dos códigos para solicitação de insumos odontológicos e medicamentos; • Gerenciamento de resíduos e supervisão do processo de esterilização - aprender a manusear a autoclave e a fazer o teste bacteriológico-; • Acompanhamento da visita dos técnicos responsáveis pela manutenção do consultório odontológico.
AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, AUTO-AVALIAÇÃO E DESPEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa no processo avaliativo, reconhecendo suas fragilidades e potencialidades no âmbito do processo de trabalho do dentista na atenção primária; • Avaliação da atuação do preceptor; • Feedback da ficha de avaliação; • Sistematização da experiência vivenciada em forma de portfólio; • Encerramento do estágio com fechamento da nota de avaliação do estágio pela matriz de avaliação e discussão sobre a experiência vivenciada; • Despedida - participação de reunião geral com reflexões, sugestões para todas as equipes da unidade.

Fonte: construído pelos preceptores.

RELEMBRANDO ALGUNS CONCEITOS

Neste ponto, após sugerirmos uma diversidade de atividades a serem desempenhadas durante o estágio, é válido que busquemos também revisar alguns conceitos e algumas dessas estratégias.

A 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 multiprofissionais uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (RODRIGUES et al., 2012)

- **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 pode expressar 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 et al., 2012)
- **Visita domiciliar:** é uma importante ferramenta do processo de trabalho da equipe de saúde da família, sobre qual faremos um parêntese no capítulo para alertar características básicas desta. 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.

No cotidiano, os profissionais tendem a reproduzir a prática clínica odontológica nas 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; 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; OLIVEIRA, 2001)

Egry e Fonseca (2000)² 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 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; MACHADO, [19--], p.1, grifo nosso) 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 uma visita por família ao 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

² A leitura deste artigo é super interessante e esclarecedora! Fica a dica.

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.

***Atenção**

A avaliação do processo ensino-aprendizagem no estágio supervisionado é parte fundamental do estágio. No capítulo 8, essa temática será discutida e serão apresentadas propostas da utilização de alguns instrumentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo 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 e um cronograma de estágio. Esses e outros materiais, a exemplo da matriz para avaliação dos estagiários e contrato de convivência, apresentados no capítulo 8 foram construídos 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, Glauca 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, Mário Antonio Valença Bove, Mylena Leal, Paula Roberta da Conceição Brasil, Priscilla Lobo, Renata Cardoso de Castro Tourinho, Tamy Fonseca, Thaís Pérez Iglesias, Vanessa Oliveira Pita.

SUGESTÕES DE LEITURA COMPLEMENTAR

Seguem algumas sugestões de leitura para aqueles que desejam aprofundar os conhecimentos sobre a temática aqui apresentada.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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 União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 1, 31 dez. 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 29 abr. 2018.

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

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

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 1.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

REFERÊNCIAS

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 União*: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 178, p. 71-72, 15 set. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html. Acesso em: 29 abr. 2018.

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 União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011.

CECCIM, R. B.; MACHADO, N. M. *Contato domiciliar em saúde coletiva*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [19--].

DE-CARLI, A. D.; SANTOS, M. L. M.; SOUZA, A. S. *et al.* 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, 2015.

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. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, 2000.

LONGHI, D. M.; OLIVEIRA, J. C.; GALHARDI, M. P. *et al.* *Manual de Preceptoría*– Interação Comunitária da Medicina UFSC/SMS. Florianópolis: Setor de Educação em Saúde Assessoria em Gestão de Pessoas: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

MOYSES, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. S. Saúde bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D. S.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G. *et al.* (org.). *Os dizeres da boca*. Rio de Janeiro: Ed. CEBES, 1999. p. 133-162.

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

SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. *Mapa da Saúde*. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/mapa-da-saude>. Acesso em: 4 maio 2018.

SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021: versão preliminar*. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018. v. 1.

SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 147, 11 de março de 2015. Dispõe sobre a tipologia das Unidades de Saúde. *Diário Oficial do Município de Salvador: seção 1*, Salvador, ano 2015, n. 6295, p. 6511, 11 mar. 2015b.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). *Manual de Enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p. 43-46.

APÊNDICE A CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

O cronograma de estágio é um instrumento de registro que auxilia o estudante e o preceptor a lembrarem de situações que foram pactuadas para as datas futuras, bem como aquelas já vivenciadas, facilitando o planejamento das ações e o processo de avaliação do aluno.

SUGESTÃO PARA CONSTRUÇÃO DE CRONOGRAMA

Atividades	Profissionais envolvidos	Semanas																
		Mês: _____					Mês: _____					Mês: _____						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Ambientação na USF e no território																		
Construção do Plano de Estágio																		
Apropriação da Rede Municipal de Saúde Bucal																		
Acolhimento ao usuário																		
Manejo de documentação de odontolegal e do SUS																		

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 (2015, p. 100)

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Olá, pessoal!

Este 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

***Pra 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 inovar, 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, 2017) Mundialmente conhecido, afinal, quem é Paulo Freire?¹

No papel de educadores do 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

¹ Para saber mais sobre Paulo Freire ver: Emmerich e Fagundes (2016).

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 Prof.^a 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 isto 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 mesmas(os) 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, Organizações Não Governamentais (ONGs), as escolas e os demais aparelhos sociais do nosso território.

A relação profissional-usuário é notoriamente assimétrica e verticalizada. Não abrimos espaço para as trocas e isso nos distancia das pessoas, uma vez que as excluímos “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, auto-centrados, em que ignoramos, sobretudo, a nossa própria ignorância!

Essa nossa ignorância serve para nos fazer acreditar e perpetuar o que As Meninas 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...
(XIBOM..., 2000, grifos nosso)

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/agir assim, estamos incorporando à nossa prática um ensinamento de Paulo Freire (2015, p. 25): “[...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado”. 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 improviso. 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, grifos nosso) 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 (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora).

Não apenas do ponto de vista profissional, mas também pessoal, 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 (2005). 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!**

Assista com atenção ao vídeo: *Lixo é no lixo*,² da Tia Cecéu e reflita: quais “modelos prévios” estão implícitos nessa estorinha?

“[...] *toda prática educacional* específica (escolar ou não escolar) é política porque estabelece relações de poder e de contrapoder”.
(CARRILLO, 2013, p. 24, grifos nosso)

Precisamos ser muito cuidadosas(os) 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 deve se dar somente em eventos específicos (ex.: dia da consciência negra), mas 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, vai junto no “pacote”.

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

² Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=wXFNS9z3HAK&t=19s>.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A educação popular foi um movimento iniciado na América Latina na década de 1950, em resposta às estruturas opressoras, às ditaduras, que assolavam e que até hoje ameaçam 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 ideias 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 inseridas(os), 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 (2001), que, a partir de seu livro, 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, p. 12, grifos nosso)

***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...

Diante desse mundo tão incerto, inclusive para nós, precisamos retomar (iniciar, para muitos) a educação popular em saúde. Ceccim (2007, p. 33) pontua alguns princípios defendidos por Paulo Freire sobre: “*Como trabalhar com o povo*”.³

³ Os trechos entre aspas, em 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!⁴
3. *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.

⁴ Leia mais sobre a relação entre comunicação e humanização em saúde. Ver: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215.

*Uma pausa

Ouçã, quando puder, a música “Volte para o seu lar” de Arnaldo Antunes e cantada por Marisa Monte,⁵ e reflita...

Em muitos momentos, tudo se facilita com um bom exemplo! Então, vamos a um diálogo extraído diretamente do Caderno de Educação Popular e Saúde, 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.

⁵ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=UOECOiEs5Qs>.

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 nao.

- Eu concordo, Deus é um cara bacana! E 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 silencio 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, nao é? Não se faz isso na marra, no peito. (BRASIL, 2007, p. 38)

4. *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!
- Basismo: “Há uma sabedoria que se constitui na massa popular pela prática”– superestimar o conhecimento popular, como se apenas quem estivesse “na base” pudesse dar os seus palpites. Isso seria desconsiderar que temos sim, a contribuir.

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.

5. *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 denominamos 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.

6. *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!*⁶

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.

⁶ “Pacientes impacientes: Paulo Freire” de Ricardo Ceccim, no “Caderno de Educação Popular de Saúde, do Ministério da Saúde” (2007).

Quadro 1 - Sistematização das características psicossociais dos ciclos de vida e recursos pedagógicos aconselháveis

A criança pré-escolar (3 a 5 anos)	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Forte influência do Pensamento mágico • Animismo (atribui características humanas aos não humanos: a nuvem que chora, o sol que ri...) • Super valorização dos pais, imitando-os • 5 anos: pensamento mais estruturado: consegue entender uma estória com começo, meio e fim. <p>DICA: conversar com as professoras para saber em que fase de aprendizagem estão para escolher atividades compatíveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teatro de fantoches • Contação de histórias • Brincadeiras • Desenhos pinturas • Brincar de imitar os adultos: <i>Vamos fazer de conta que...</i> <p>Ex: brincar de MasterChef Júnior para aprender sobre alimentação saudável.</p> <p>Precisamos “viajar” com eles e fazer o exercício de voltarmos a ser crianças.</p>
A criança em idade escolar (6 a 12 anos)	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamento mágico em declínio, o mundo real dos iguais fica mais interessante (não desejam mais imitar os adultos como antes). • Já apresentam curiosidade científica, a busca pela razão. • Medo de não aprender e de ser rejeitado pelo grupo • 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. • Gostam de ser desafiados. • Início da individuação ética. <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>	<ul style="list-style-type: none"> • “fazer experiências” que ajudem a “comprovar” fenômenos <p>(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa interativa (mesa bastante colorida, chamativa, com objetos que possam pegar, brincar, montar.) • Jogos • Gincanas

A adolescência	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia com a ruptura da onisciência dos pais, “processo profundo de revisão de seu mundo interno e de suas heranças infantis,” – necessidade do isolamento. • Erupção vulcânica da puberdade – forças internas desconhecidas, temidas, mas renovadoras. • Fase dos grandes sonhos da vida, fase muito ávida pelo empoderamento! • 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! • Os adultos serão contestados, pois estão buscando saber quem eles querem ser (diferente das crianças pequenas que os imitam). • Evitar situações que os infantilizem. <p>DICA: é melhor começar pelos assuntos desejados 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"> • Gincanas • Jogos • Mesas interativas • Oficinas • Roda de conversa com caixinha de perguntas (anônimas, sempre!) e mesa interativa.
O adulto jovem (18 aos 35 anos)	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Fase de luta pela vida, nascimento dos filhos. • Aparecimento de algumas doenças crônicas, como diabetes e hipertensão – pelo sedentarismo, má alimentação, estresse etc. • Entre 18 e 24 anos: período em que mais acontecem/surgem os transtornos mentais. • Violência urbana e doméstica, adoecimento pelo trabalho: necessitam muito do empoderamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas interativas • Oficinas • Roda de conversa com uso de filmes, vídeos, textos • Terapia comunitária

A madurecência (40, 50 anos)	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Psicanaliticamente é a fase de “Descida ao inferno” – sofrimento pelo questionamento sobre sentido da vida. Os planos feitos no passado não servem mais para o presente e o futuro. • O que foi reprimido ressurge e precisa ser tratado de outra maneira, exigindo imprevisíveis desenvolvimentos psicológicos. • Ninho vazio – a saída dos filhos. • Perda dos pais. • Convívio com a finitude da vida e o envelhecimento • Desfechos mais comuns na superação da crise da meia idade: 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). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas interativas • Oficinas • Roda de conversa com uso de filmes, vídeos, textos • Terapia comunitária
A velhice	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> • Vários tipos de perda: da saúde, capacidade funcional, cônjuge, amigos, parentes, padrão de vida. • Lutos sucessivos sem tempo para recuperação, • Muito passado, muitas histórias (por isso gostam tanto de contar sobre sua vida, isso precisa ser utilizado porque é prazeroso para a maioria deles). • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas interativas • Rodas de conversa fazendo artesanato • Trocas de receitas • Dança • Terapia comunitária • Brindar a vida!

A velhice	
Características Psicossociais	Recursos Pedagógicos
<ul style="list-style-type: none"> A sexualidade é um dos pilares para um envelhecimento ativo, não se devendo restringi-la a disfunções sexuais tratáveis pela indústria farmacêutica, exemplo: 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. <p>DICA: Promover esses “segundos de eternidade” com vivências prazerosas. Mais vida e menos doenças nas nossas atividades!</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mesas interativas Rodas de conversa fazendo artesanato Trocas de receitas Dança Terapia comunitária Brindar a vida!

Fonte: adaptado de Eizirik e Bassols (2013), Quadros (2017), Stein (2007), e recursos pedagógicos sugeridos.

OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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 a 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 (2015, p. 67, grifo nosso) define as oficinas de dinâmica de grupo como:

[...] um trabalho estruturado, independente do número de encontros, focalizado em uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. [...] não se restringe à reflexão racional, mas envolve os participantes de maneira integral, formas de *pensar, sentir e agir*.

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 onde? 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!
(AFONSO, 2015)

Esse foi um apenas delineamento inicial, segue como Anexo A deste capítulo um roteiro idealizado pela Prof.^a Eliane Souza, (professora aposentada da Faculdade de Odontologia da UFBA). Para fins didáticos, preenchemos esse roteiro com as explicações sobre cada momento, seguidas de exemplo.

FECHANDO ESTE 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. Este 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 e 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 (2017, p. 37, grifos nosso), 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.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. (coord.). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2015.
- ALVES, V. S. 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, 2005.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CARRILLO, A.T. A educação popular como prática política e pedagógica emancipadora. In: STRECK, D. R.; ESTEBAN, M. T. (org.). *Educação popular: lugar de construção social coletiva*. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 24 -60.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-167, 2005.
- CECCIM, R. B. 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*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 32- 45. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre, Artmed, 2016.
- EMMERICH, A. O.; FAGUNDES, D. Q. Paulo Freire e Saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 1-8, 2016.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2015. (Coleção Leitura).
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 64. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

MALVEZZI, S. Psicologia organizacional: da administração científica à globalização: uma história de desafio. *Interfaces da psicologia*, [s. l.], 2000. Slide.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1069-1083, 2012.

QUADROS, E. A. *Psicologia e desenvolvimento humano*. Petrópolis: Vozes, 2017.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2009.

SOUZA, E. S. Oficina de Educação em Saúde. *Scribd*, [s. l.], 2012. Slide.

STEIN, M. *No meio da vida: uma perspectiva junguiana*. São Paulo: Paulus, 2007. (Coleção Amor e Psique).

XIBOM Bombom. Intérprete: As Meninas. Compositores: Rogério Gaspar e Wesley Range. In: XIBOM Bombom. Intérprete: As Meninas. [S. l.]: Universal Music, 1999. 1 CD, faixa 1 (4 min).

ROTEIRO DA OFICINA

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.

Quadro 1 - Momento 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!

Quadro 2 - Momento 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 julgam 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 desliz nesse sentido pode comprometer todo o restante da oficina.

Quadro 3 - Momento 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.

Quadro 4 - Momento 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.

Quadro 5 - Momento 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!

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...

Capítulo 4

O papel do Planejamento em Saúde e da Epidemiologia nas ações de saúde bucal

Tatiana Frederico de Almeida

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Olá, colegas dentistas da rede de Atenção Primária à Saúde de Salvador!

Este capítulo visa introduzir o campo do Planejamento em saúde para o(a) dentista que atua na rede básica do nosso município, desmistificando e apresentando conceitos introdutórios e estruturantes, assim como a aplicabilidade das suas ferramentas, a exemplo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) 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 coleta dados de natureza epidemiológica e necessita analisá-los para que possa programar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e ações restauradoras, condizentes com o perfil da população que assiste.

Boa leitura a todos(as)!

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 das 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, p. 74, grifos nosso)

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 improvisado, 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 e Teixeira (2006) nos dizem 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 e saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito) sob determinadas relações sociais, em uma dada organização.

Os autores também nos esclarecem quais os principais produtos do planejamento em saúde:

- **Plano:** define o *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.).¹

No Brasil, identificamos algumas correntes teóricas/ metodológicas do planejamento e gestão na saúde, vamos explorar aqui 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; 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.

¹ Para saber 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! Ver: Paim e Teixeira (2006).

Essa 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 como ferramenta para o nosso processo de trabalho. Nós, enquanto profissionais da rede básica do município, necessitamos dialogar constantemente com a comunidade que assistimos sobretudo quando atuamos em equipe. 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 primária.

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 essa 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 consequências), 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 didático fictício, 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.²

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 Programa Saúde na Escola (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 quê (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 dessa etapa.

Quadro 1 - Lista de problemas

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

Fonte: adaptado 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

² Para aqueles que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o planejamento em saúde, aqui está uma interessante indicação de leitura. Está disponível no Repositório Institucional da UFBA. Ver: Teixeira (2010).

Centro de Estudos do Desenvolvimento da Organização Panamericana de Saúde (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 no Quadro 2. Ao final, teremos o problema com maior pontuação, o qual será alvo das ações planejadas.

Quadro 2 - Matriz de priorização de problemas

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)

Fonte: adaptado de 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 consequências (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, e as consequências nas folhas e frutos (copa da árvore).

Quadro 3 - Matriz para construção da árvore de problemas

Consequências
1. Perda dentária precoce 2. 3.
Problema
Alta prevalência de cárie dentária, em escolares de 6 a 12 anos da Escola Municipal José Braz em 2019
Causas
1. Falta escovação supervisionada na escola 2. 3.

Fonte: adaptado de Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010).

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

Partiremos para o momento seguinte da oficina, conhecido como *momento normativo* do PES/ Definição de Políticas, quando elegermos 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.

***Atenção**

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; desse modo, devemos explicitar na matriz essas 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 no Quadro 4 um exemplo com base no problema que estamos trabalhando.

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*, os *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). O Quadro 5 ilustra este momento de acordo com o problema aqui exposto.

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.

Quadro 4 - Matriz de análise de viabilidade

Objetivos	Atividades	Facilidades	Dificuldades	Estratégia de ação
Implantar a escovação supervisionada na Escola JB	Elaborar um programa de escovação supervisionada na Escola JB	Existência de escovódromo na escola Parceria com a Universidade X Parceria com a Universidade X	Falta treinamento para os professores	Realizar capacitação dos professores em parceria com a Universidade X

Fonte: adaptado de Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010).

Quadro 5 - Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais

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 Universidade X	Computador, data-show, escovódromo etc.	Prazos: 1º semestre de 2019	Todos os professores treinados para a realização da escovação supervisionada
2.					
3.					

Fonte: adaptado de Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010).

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 primária, é necessário salientar uma temática que muitas vezes não refletimos no cotidiano de nossas atividades nas unidades de saúde. Comentaremos 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 é o centro de todo sistema de serviços de saúde, representa as práticas de cuidado ao usuário. Paim (2008) define modelo de atenção como um conjunto de saberes e técnicas destinados a resolver problemas e necessidades individuais e coletivas. Não representa 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 último modelo, 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, constituído por um conjunto de práticas sócio-sanitárias com combinações tecnológicas variadas destinadas a controlar

determinantes, prevenir riscos e danos à saúde e assistir indivíduos e grupos. (PAIM, 1994)³

Para concretizarmos esse modelo em nossas práticas, precisamos ir além da clínica médica e/ou 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 *intersetoriais*, a exemplo das ações previstas pelo PSE,⁴ 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 intersetoriais e intervenção no nível populacional pautada no saber epidemiológico.

A epidemiologia, portanto, não está distante do nosso processo de trabalho enquanto dentistas da atenção primária. 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,

³ Interessou-se por ler mais sobre modelos de atenção no SUS? Então veja: Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

⁴ Quer compreender um pouco mais sobre o PSE? Leia a portaria que trouxe mudanças recentes nas ações do programa. A Portaria Interministerial n° 1.055, de 25 de abril de 2017 "Redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações". (BRASIL, 2017, p. 36)

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, p.17, grifos nosso)

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 e 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 do Brasil (MS) 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.⁵ Destacaram-se, nesse 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*.⁶

⁵ Os resultados dos últimos inquéritos de saúde bucal estão disponíveis na internet, acessando o site do MS. 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 esses resultados.

⁶ Para isso, ver: Brasil (2004, 2011).

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 esses 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 A) padronizada para a coleta de dados de saúde bucal e está disponível na intranet da Secretaria Municipal de Saúde. Essa 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 nessa ação, seja na organização dos escolares, na escovação supervisionada ou anotação dos exames.

Essa ficha está disponível no final deste capítulo, assim como roteiros elaborados especificamente para a análise de dados. (Apêndices A e B) Essa 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 nesse 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. Essa proposta está anexada ao final deste capítulo e pode orientar o planejamento e programação das nossas ações. (Anexo B)

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 esse 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

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 79, p. 36-37, 26 abr. 2017.

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

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Projeto SB Brasil 2010).
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. São Paulo: MEDSI, 1994. p. 455-466.
- 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.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2008.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número especial.
- SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021: versão preliminar*. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018. v. 1.
- SOARES, F. F.; CHAVES, S.C.L.; CANGUSSU, M.C. T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 586-596, 2015.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C.F. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.
- TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010. p. 51-76.

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 E 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 (N^0); 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, em que 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 (N^0); 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, em que 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 (N^0); 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, em que 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, em que 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 (N°); 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, em que 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 (N°); 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 (N^o); 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: $N^o = \text{Total de dentes permanentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)}$. Somar: $N^o = C + P + O$; 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, em que 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 (N°); 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 (N°); e Média de dentes permanentes examinados (X, dividir o total de dentes permanentes examinados pelo total da amostra especificada).

ANEXO A FICHA DE EXAME EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL DO PSE, SALVADOR-BA



Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA



USF: _____ Escola: _____ Série: _____ Prof: _____ Profissionais responsáveis: _____

AValiação das Condições de Saúde – Componente I

SAÚDE BUCAL

NOME	SEXO ¹	Idade	ceo-d		CPO-D		ATIVIDADE DE CARIÊ ²	Alargado gengival ³	Má Oclusão ⁴	Fluorese ⁵	HIGIENE ORAL ⁶	ORDEM ^{1, 2}
			c	e o	TE ¹	Total ²						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												

- 1 Masculino=1, Feminino=2
- 2 TE=total de dentes decíduos examinados
- 3 Total=total de dentes decíduos cariados(c), extraídos(e) e obturados(o)
- 4 Total=total de dentes permanentes cariados(C), perdidos(P) e obturados(O)
- 5 TE=total de dentes permanentes examinados
- 6 ALTA=3 (cáries existentes ativas e também em incisivos inferiores ou proximais; placa abundante e globulosa; manchas brancas ativas); MÉDIA=2 (placa abundante, cáries ativas); BAIXA=1 (sem cáries ou com cáries crônicas)
- 7 Ausência de Sangramento=0, Presença de Sangramento=1, Sem informação=9
- 8 Normal=0, Leve=1, Moderada a Severa=2
- 9 Ausência de fluorose=0, Presença=1, Sem informação=9
- 10 INSATISFATÓRIA=3 (presença de placa bacteriana na maioria dos dentes presentes); REGULAR=2 (presença de placa em alguns dentes presentes); SATISFATÓRIA=1 (ausência de placa)
- 11 ORDEM DE PRIORIDADE (registro): ALTA=3 (soma 3 ou mais condições sugeridas abaixo 10), MÉDIA=2 (soma 2 das condições 10), BAIXA=1 (possui só 1 das condições 10)
- 12 ORDEM DE PRIORIDADE PARA ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO: 1. ATIVIDADE DE CÁRIE ALTA; 2. DOENÇA PERIODONTAL (gingivite, suspeita de bolsas periodontais, etc.); 3. MOLARES PERMANENTES COM CÁRIE; 4. OUTROS DENTES PERMANENTES COM CÁRIE; 5. DENTIÇÃO DECÍDUA COM CÁRIE; 6. ABSCESSO DENTO-ALVEOLAR. PRIORIZAR INICIALMENTE ORDEM ALTA.

Fonte: adaptado de Salvador (2018).

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

Categorização do risco coletivo	Discriminação	Intervenções propostas	Periodicidade
Baixo	Escola localizada em distrito com baixa prevalência e gravidade da cárie Área coberta pela ESF há mais de cinco 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

Categorização do risco coletivo	Discriminação	Intervenções propostas	Periodicidade
Moderado	Escola localizada em distrito com baixa a média prevalência e gravidade da cárie Área coberta pela ESF há menos de cinco 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 Escola com atividades há menos de 2 anos Escola em área de vulnerabilidade social	Escovação supervisionada Atividade de educação em saúde	Bimensal ou menor

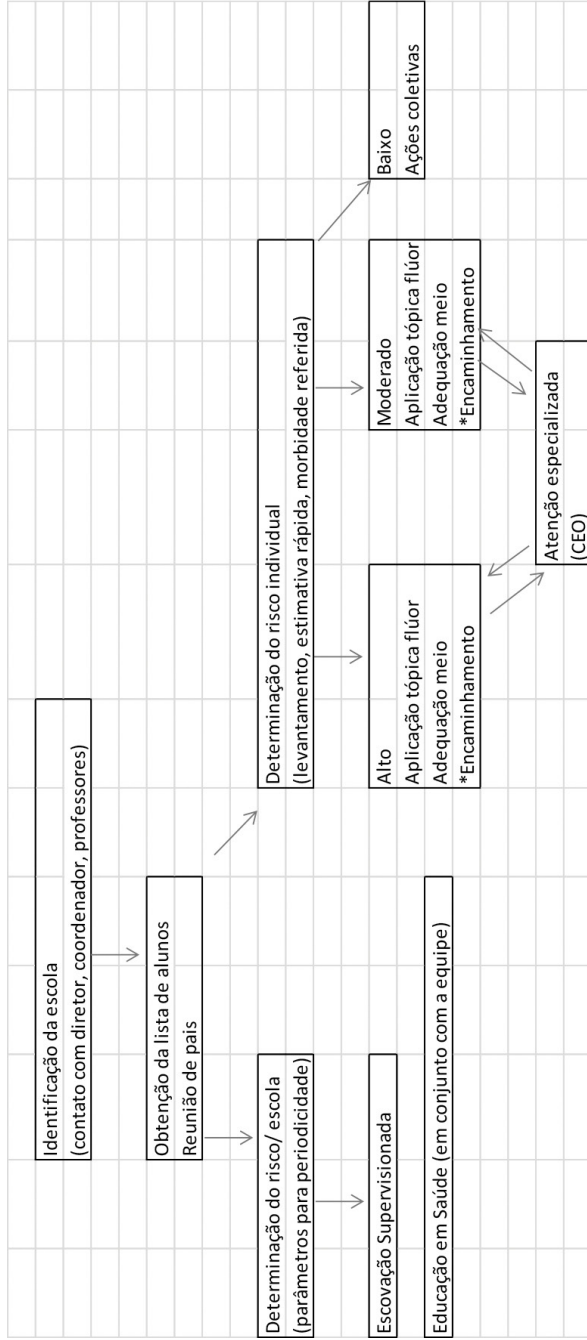
Fonte: adaptado de Soares, Chaves e Cangussu (2015).

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).

Categorização do risco Individual	Discriminação	Intervenções propostas	Periodicidade
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 Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em ambiente escolar Encaminhamento à Unidade quando possível	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	Bimensal Adequação do meio bucal/ revisão semestral Revisão anual

Fonte: adaptado de Soares, Chaves e Cangussu (2015).

Figura 1 - Fluxograma



Fonte: adaptado de Soares, Chaves e Cangussu (2015).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

101

Parâmetros:

- Cobertura de ações coletivas na população adscrita;
- Tratamento concluído;
- Impacto epidemiológico: incidência inferior a 10% do indicador anterior.

Capítulo 5

**Programa Saúde na Escola (PSE)
algumas experiências a partir do olhar
da equipe de saúde bucal**

Carolina Ribeiro Pedral Sampaio
Haline Souza Antunes

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Caros leitores,

Neste capítulo, nossa pretensão é falarmos um pouco sobre o Programa Saúde na Escola (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. Ressaltamos que os principais documentos norteadores das nossas ações são os produzidos pelos Ministérios da Saúde e Educação e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador (BA).

O que é Programa Saúde na Escola (PSE)?

O 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 equipes de saúde da família e da educação básica. (BRASIL, 2007, 2015, 2017)

Iniciando o PSE na ESF: alguns marcos regulatórios

A prática das ações estabelecidas no PSE requer atores engajados para *planejar, executar e monitorar*. Nessa perspectiva, para gerir o programa, o Ministério da Saúde e da Educação exigem a formação de Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) a nível federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). As responsabilidades desses GTI estão definidas na Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013.

O GTI deve ser composto, obrigatória e minimamente, por: representante(s) da(s) equipe(s) de saúde e da escola e/ou creche vinculada a 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 de Saúde da Família (USF), o(a) diretor(a) da escola, representantes dos pais dos alunos, representantes dos alunos – se for pertinente –, façam parte dessa comissão. Esses atores são responsáveis por várias ações, que estão expressas no modelo de ata, que a coordenação municipal do setor saúde disponibilizou para registro da reunião de formação do grupo (Anexo A).

Para dar início ao PSE, propõe-se que, durante a jornada pedagógica, as equipes de saúde apresentem o programa, articulem a formação do GTI, discutam o diagnóstico preliminar elaborado pelo corpo docente

da escola, conheçam o projeto pedagógico da escola e os temas trabalhados na área de saúde. 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 e apresentar suas responsabilidades. Em um *terceiro momento*, os componentes do GTI se reunirão para construir 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 (ATF);
- 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;
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. (BRASIL, 2017, p. 37)

O planejamento dessas ações 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) sendo debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados e/ou orientados pelo pessoal da equipe de saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Nesse processo, pode-se ter a participação juvenil, desde o agendamento e a organização das atividades até 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 às escolas participantes do Programa para avaliar as condições de saúde dos educandos e promover o cuidado à saúde. (BRASIL, 2007)

Entre as ações preconizadas pelo PSE relacionadas à saúde bucal realizadas cita-se: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, escovação dental supervisionada, ATF, entrega de escova e dentífrico fluoretado e, sempre que possível, de fio dental. (BRASIL, 2018) Em relação à periodicidade da realização dessas ações, 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 realizada pelos profissionais de saúde, também denominada de escovação supervisionada direta deve ser feita, no mínimo, duas vezes ao ano. E os profissionais de educação poderão realizar a escovação, denominada por “indireta”, conforme a necessidade de acompanhamento identificada nas avaliações de saúde bucal. (BRASIL, 2015)

A ATF não tem periodicidade previamente estabelecida, podendo variar conforme avaliação de saúde bucal realizada. Na prática, não existe um protocolo de regime de fluoretos e da frequência de aplicação, mas podemos utilizar guias como o produzido pela Associação Dentária Americana (ADA), adaptado por Cortellazzi e demais autores (2013), que orienta quanto ao uso de géis e vernizes fluoretados de acordo com a idade e a categoria de risco do paciente. 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.

A Coordenação de Saúde Bucal de Salvador e o Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), 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 Anexo B do Capítulo 4. (MENDONÇA et al., 2015) Trata-se de um guia, com o intuito de auxiliar, e não como regra a ser seguida.

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 definirmos a periodicidade das escovações e da ATF. Além disso, viabiliza o *monitoramento* da saúde bucal dos(as) educandos(as), identificando aqueles(as) que poderão receber Tratamento Restaurador Atraumático (ART) no ambiente escolar, com consentimento informado previamente assinado pelo responsável, ou conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), poderão ser encaminhados(as) para suas unidades básicas de saúde de referência.

Para aqueles(as) que desejam relembrar ou aprofundar seus conhecimentos sobre Planejamento em Saúde e sobre o uso da epidemiologia nos serviços de saúde, basta visitarem 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 às ações de saúde bucal foram sintetizadas em um quadro e podem ser visualizadas no Anexo B do presente 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 Programa para coordenação municipal (veja modelo no Anexo C).

Nosso município, apesar da mobilização das equipes de saúde para realização das ações, ainda apresenta outros desafios, como: integração entre equipe de saúde e escola; fortalecimento do GTI-local na gestão do programa; planejamento conjunto das ações, dentre outros. (SALVADOR, 2018)

“DA TEORIA PARA A PRÁTICA, COLOCANDO A MÃO NA MASSA”

Precisamos avançar na transformação do antigo modelo de práticas de saúde na escola, em que o(a) profissional da saúde utilizava o espaço escolar sem a participação efetiva dos(as) trabalhadores(as) 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 e 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 e 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, compartilhar também sua experiência, e sugerir melhorias das ações nos cenários aqui expostos!

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 compartilhado por todos, e o vínculo com os(as) estudantes de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), que fazem estágio supervisionado na unidade, foi estabelecido por todos(as) os(as) 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, quando 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 (que visa ampliar o acesso ao tratamento da cárie, apenas nos casos indicados para a utilização da técnica).

Após o exame epidemiológico, são selecionados os(as) estudantes com indicação para realização do ART e enviados termos de consentimento para os responsáveis pelos(as) 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 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/ Técnica de Saúde Bucal (TSB), sendo que algumas práticas têm a participação dos(as) estagiários(as) de odontologia.

A criança deita sobre a mesa, apoia 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(as) educandos(as) com lesões de mancha branca ativas, é aplicado o verniz com flúor. No ano de 2017, foram atendidas 30 crianças em uma das escolas.

Os(as) estudantes com necessidade de tratamento odontológico são encaminhados(as) para a USF Canabrava para agendamento com os(as) dentistas de suas respectivas equipes e os(as) não cadastrados(as) na USF são orientados(as) 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 Hanseníase e administração de Albendazol:** essas ações do PSE são realizadas em mutirão, com a participação dos(as) profissionais de duas equipes de saúde na escola, sendo o planejamento realizado pelas enfermeiras juntamente com os(as) outros(as) profissionais. Após a realização dessas ações, 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(as) profissionais capacitados(as) 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(às) 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(as) profissionais da educação com a estratégia de “contação 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(as) 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(as) professores(as) 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 fica a cargo dos(as) profissionais de saúde, que, na reunião mensal do GTI, fazem o levantamento das ações realizadas no mês, inclusive das realizadas pelos(as) 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 facilita o trabalho de registro no e-SUS, já que para algumas ações, como a avaliação antropométrica, ATF, dentre outras, devem ser registrados o número do cartão do SUS e data de nascimento de todos(as) os(as) 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).

Fatores facilitadores para implementação das ações do PSE de Canabrava, destacamos:

- Parceria entre as equipes;
- O número pequeno de alunos(as) da escola (270), que possibilita a realização das ações contemplando todos(as) os(as) alunos(as);
- 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.

Dificuldades enfrentadas:

- Exigência de registro do número do cartão do SUS e data de nascimento de todos(as) os(as) alunos(as) na ficha do e-SUS para algumas ações, sendo que esses dados também são digitados no sistema de gestão da SMS;
- Resistência da escola 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”;
- Diante da falta de alguns materiais para desenvolvimento das atividades do PSE as equipes acabam financiando a compra com recursos próprios;
- O PSE é um programa do Ministério da Saúde e da Educação, mas a percepção das equipes de saúde é que o envolvimento das secretarias de educação ainda está muito aquém do esperado;

- A rede de atenção à saúde do município ainda tem baixa cobertura e encontra dificuldade para referenciar a algumas especialidades, principalmente na atenção secundária.

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(as) e na qual, vários(as) já tiveram experiência 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 implementadas. Para entender melhor o contexto atual do PSE na escola em questão, voltaremos um pouco ao passado.

Era o ano de 2013, quando atividades coletivas inspiradas no PSE começaram a ser realizadas em uma escola da área de abrangência da USF. Inicialmente, as ações contemplavam apenas pré-escolares. O exame epidemiológico e escovação assistida eram realizados pelas duas equipes de saúde bucal da USF Cabula VI e os(as) estagiários(as) de enfermagem colaboravam, realizando ações de educação em saúde. Aos poucos, foi observado o engajamento dos(as) professores(as), pois começaram a realizar escovação com os(as) alunos(as) alguns dias da semana (denominada escovação supervisionada indireta).

No ano seguinte, em acordo com a coordenação da escola, as ações passaram a contemplar também os escolares. Nessa época, a análise dos exames epidemiológicos permitiu verificar que, entre os pré-escolares, a experiência de cárie na dentição decídua foi mais elevada e, nos escolares, a experiência de cárie na dentição permanente foi mais baixa. Havia um elevado percentual de dentes cariados, sendo que aproximadamente 73% dos(as) alunos(as) necessitavam de tratamento odontológico. Diante dessa condição, algumas crianças foram encaminhadas para o ambulatório de odontologia. Mas, devido à grande demanda, não foi possível, durante esse ano, encaminhar todas. Outra dificuldade foi que algumas crianças encaminhadas não

compareceram no dia do agendamento, procurando o serviço, geralmente, em situações de urgência.

Em 2016, a escola e a unidade de saúde foram cadastradas no PSE, a escola ganhou um novo espaço físico, maior que o anterior, ampliou a quantidade de alunos(as), e a faixa etária passou a contemplar escolares até 14 anos. Salienta-se que, anteriormente, não havia divisão de equipes por área na USF Cabula VI e as duas equipes de saúde bucal realizavam as ações nessa escola. Mas, o cenário mudou! Aumentou o número de crianças e a realização das ações de saúde bucal ficou sob a responsabilidade apenas da equipe da área na qual a escola está situada.

Então, o dilema era: como atender as demandas dos usuários de duas equipes de saúde da família – isso porque nesta unidade a divisão era 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 mais de 600 alunos do PSE? Além disso, como disponibilizar 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?

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(uas) alunos(as). Dessa forma, os(as) estagiários(as) 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).

Nos anos de 2016 e 2017, foi realizada uma avaliação da condição epidemiológica de saúde bucal dos(as) alunos(as) neste novo cenário e os dados mostraram que: entre os pré-escolares, a média de ceo-d diminuiu, mas o componente cariado ainda se destacava; entre os(as) alunos(as) de 7 a 14 anos foi observado que a média de CPO-D aumentava gradualmente de acordo com a idade e o componente cariado continuava se destacando.

Essa situação foi discutida em rodas de conversa com os(as) integrantes do GTI nos anos de 2017 e 2018 e a conclusão foi que havia necessidade de incluir, 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 o questionamento se eram incentivadas e supervisionadas em casa.

Outro aspecto percebido pela equipe de saúde foi a valorização dos(as) trabalhadores(as) 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. Entretanto, a equipe de saúde bucal explicava sobre a importância das ações e promoção e prevenção da saúde bucal, e salientava que não tinha como agendar para atendimento ambulatorial toda a demanda de tratamento clínico restaurador. Sendo orientado que os(as) alunos(as) que moravam fora do território de abrangência da unidade poderiam procurar unidades de saúde próximas às suas residências.

Depois da participação da dentista – que atuou como preceptora – na equipe de trabalho do PET Gradua SUS, programa do Ministério da Saúde que incentiva a integração ensino-serviço, houve uma maior aproximação com o trabalho do Professor Hugo Delfor Rossetti e após discussão com integrantes do GTI optou-se por adotar sua metodologia.

Hugo Delfor Rossetti é um renomado professor argentino, autor dos livros *Odontologia latino-americana* e *Saúde para a odontologia* (ROSSETTI, 2004; 1999), que se dedica há mais de 40 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 inspiram a pensar ações preventivas e coletivas em saúde bucal, que devem ser consideradas na 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 à formação de líderes e/ou agentes multiplicadores (alunos, professores, trabalhadores e pais), implicando-os desde a organização das atividades até a realização delas, estimulando a co-responsabilização com a saúde deles e das crianças.

O que Hugo Rossetti chama de “olhar para a saúde” diz respeito ao investimento e valorização das ações de prevenção e promoção, visando promover saúde. Partindo dessa perspectiva, em uma comunidade

escolar com crianças com elevada experiência 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(as) trabalhadores(as) da educação e com alguns pais e/ou responsáveis pelos(as) alunos(as) 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.

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

Em relação às ações assistenciais, o objetivo é priorizar para atendimento ambulatorial os(as) alunos(as) da área descrita com cárie na dentição permanente e orientar aqueles(as) que moram em outros territórios para se dirigirem à unidade próxima à sua casa.

Observou-se que, a partir do momento que começaram a ocorrer reuniões com os GTI e rodas de conversas com pais e professores(as) para apresentação dos resultados dos exames epidemiológicos que indicavam a prevalência de cárie e explicar sobre a importância da escovação e da ATF, os trabalhadores da educação sugeriram ações estratégicas. Entre as ações sugeridas e realizadas, destacam-se: uma feira de saúde direcionada para os pais dos(as) alunos(as) e a participação dos(as) profissionais de saúde no dia de reuniões com os pais.

Nota-se que 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 dessas estratégias.

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,¹ no qual Dr. Hugo faz uma conferência no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, tratando da odontologia para a saúde.

Ressalta-se que, assim como as equipes de saúde de Canabrava, temos algumas *facilidades* para a implementação do PSE, como: equipe de saúde responsável pelo PSE unida e proativa; proximidade da escola; e cooperação da coordenação da escola e professores. 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 alguns materiais para realização de ações educativas.

***Dica**

A partir de 2013, a gestão federal do PSE desenvolveu um conjunto de materiais produzido 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. (BRASIL, 2015) O objetivo desses materiais, compostos de *cadernos e guias 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. (BRASIL, 2015) Esses cadernos são disponibilizados *on-line*² e impressos e distribuídos aos municípios que aderem ao programa. Abaixo estão alguns desses cadernos:

¹ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=WwRGIGDc71M2>.

² Ver: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>.

- Caderno da Saúde Ambiental;
- Caderno da Atividade Física;
- Caderno da Alimentação Saudável;
- Caderno da Verificação da Situação Vacinal;
- Caderno da Saúde Bucal;
- Caderno da Saúde Ocular;
- Caderno dos Direitos Humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência no PSE tem mostrado que necessidades de saúde da comunidade escolar podem variar a cada ano de acordo com o contexto biopsicossocial dos(as) alunos(as). Assim, para melhoria da condição de saúde dos pré-escolares e escolares, práticas focadas na assistência ambulatorial não são suficientes, pois voltam a adoecer. Faz-se necessário investimento em ações de promoção e prevenção que considerem as condições que influenciam no processo saúde-doença e promovam o envolvimento de pais e/ou responsáveis e professores(as) no processo de educação em saúde, pois são os principais atores que contribuem para o processo ensino-aprendizagem das crianças. Salienta-se também a importância das parcerias com instituições de ensino superior que possam contribuir na operacionalização do Programa.

- 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. 1151-1159, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do gestor do PSE*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://atenaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/19162638-manual-esus-pse-1.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 234, p. 2-3, 6 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 79, p. 36-37, 26 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 132, p. 263-265, 11 jul. 2013.
- CORTELLAZZI, K.L.; TONELLO, A. S.; MIALHE, F. L. *et al.* 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: Napoleão Ed., 2013. p. 508-523.
- MENDONÇA, T.; BAULTAR, J.; CANGUSSÚ, M. C. *et al.* *Proposta em discussão PSE: Programa de Saúde na Escola*. Salvador: UFBA, 2015.

ROSSETTI, H. D. *Odontología Latino Americana*. Buenos Aires: DUNKEN, 2004.

ROSSETTI, H. D. *Saúde para a Odontologia*. [S. l.: s. n.], 1999.

SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021: versão preliminar*. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018. v. 1.

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

121



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

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 GTI, 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 20 ____.

**Assinatura dos Participantes
da reunião**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fonte: adaptado de Salvador (2018).

LINHA DE AÇÃO/TEMA	NÍVEL DE ENSINO	ESSENCIAL	AÇÃO	
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
				Aplicação Tópica de Flúor
				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)

META PACTUADA/ UNIDADE DE MEDIDA	PERIODICIDADE DA AÇÃO COM OS MESMOS EDUCANDOS	INDICADORES PARA RELATÓRIOS	REGISTRO – Ficha coletiva do e-SUS
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 com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde bucal) dentre os educandos avaliados.”	“15 - Saúde Bucal e-SUS/AB”
	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”
	“Duas vezes ao ano (direta).”	% de educandos avaliados em relação ao total de de educandos pactuados	09 -Escovação dental supervisionada e-SUS/AB”

Fonte: adaptado de Brasil (2013 apud BRASIL, 2015).

LEGENDA

<ol style="list-style-type: none">1. Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>2. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável3. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS4. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas5. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos6. Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas	<ol style="list-style-type: none">7. Prevenção das violências e dos acidentes8. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação9. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor10. Verificação da situação vacinal11. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alterações12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração
--	--

Capítulo 6

Projeto Terapêutico Singular e a importância de sua utilização nos serviços de Atenção Primária em Saúde

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

INTRODUÇÃO

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, 2013; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013) Mas, afinal, você já se perguntou como surgiu o PTS?

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). (NICÁCIO, 2003; OLIVEIRA, 2008) 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. Para operacionalizar essa construção, 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 APS, o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe multiprofissional – segundo o referencial da interdisciplinaridade e interprofissionalidade –,¹ visando o planejamento das ações e a resolução de casos muito complexos em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente nos serviços em que o trabalho está organizado na lógica de *equipe de referência e apoio matricial*. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012; OLIVEIRA, 2008a) Portanto, a seguir, 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

¹ Para saber mais sobre interprofissionalidade e interdisciplinaridade. Ver: Ceccim (2018) e Farias e demais autores (2018).

e procedimentos, buscam construir a “responsabilidade de pessoas por pessoas”. É como um “time” em que os trabalhadores têm 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; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; OLIVEIRA, 2008)

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 articulada de projetos, planos e ajuda para que os agentes consigam cumprir os compromissos. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 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; CUNHA; FIGUEIREDO, 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 que participem da formulação e/ou reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um indivíduo, família, ou coletivo, naqueles casos que a equipe de referência, a princípio, teve dificuldades. (OLIVEIRA, 2008)

Entendida essa questão, apresentamos 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 e 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 e 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 e/ou equipes de saúde, mas também do usuário. (BRASIL, 2007a, 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)

Salienta-se 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 tem a cobertura de NASF. A seguir temos um quadro explicativo sobre as quatro fases para elaboração de um PTS:

Quadro 1 - Fases do PTS

1 - DIAGNÓSTICO
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: adaptado de Brasil (2007b, p.41) e Brasil (2013, p.15-16).

***Saiba mais**

Aqui vai uma sugestão para aqueles que querem fazer uma avaliação da estrutura familiar e das relações na perspectiva de identificar os 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*.²

Agora convidamos você a mergulhar em algumas experiências reais de PTS elaboradas por equipes de saúde de Salvador e compartilhadas

² Ver: Brasil (2007a).

por cirurgiões dentistas integrantes dessas equipes e participantes do curso de Preceptoria em Saúde Bucal ocorrido em 2017, uma iniciativa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador (BA).

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

PTS individual

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

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 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e eu (dentista). A equipe estava sem médico desde dezembro de 2016. No espaço da discussão das demandas de visita domiciliar (VD), a ACS da microárea 3 relatou que foi solicitada uma VD para um usuário que não frequentava a Unidade de Saúde da Família (USF) há um ano e meio.

Esse usuário, ficticiamente denominado “Antônio” a fim de preservar sua identidade, 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 10h 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 40 anos. Histórico de contato com irmãos com Tuberculose há 20 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-se 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.

Quadro 2 - Projeto Terapêutico Singular

<p>1º Momento: Avaliação biopsicossocial</p> <p>Sr. Antônio tem 53 anos, viveu em situação de rua durante um ano. Mora atualmente com a ex-mulher, três enteadas e duas filhas destas. 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 de transmissão das doenças para suas filhas de oito e dez anos.</p>
<p>2º Momento: Definição de Metas</p> <p>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 teste da Proteína Purificada Derivada (PPD) e a vacina Bacilo Calmette Guérin (BCG). Após resultado de baciloscopia para Tuberculose positivo, iniciar esquema de tratamento e entregar medicações para Tuberculose em visita domiciliar para sensibilização das duas enteadas que não compareceram para consulta.</p> <p>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 e iniciar tratamento após resultado de baciloscopia negativo.</p> <p>3. de longo prazo: contactar com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS- AD) para referência do usuário para acompanhamento.</p>
<p>3º Momento: Divisão de Responsabilidades</p> <p>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.</p> <p>Médica: realizar consulta, solicitar exames e prescrever tratamentos necessários.</p> <p>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.</p> <p>Dentista: realizar tratamento odontológico assim que a baciloscopia der negativa.</p> <p>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.</p> <p>Gerência: articular com assistência social do Hospital Couto Maia para coordenação do cuidado e viabilização de consulta em unidade de referência.</p> <p>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 ACS ou outros profissionais da equipe qualquer intercorrência.</p>

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.

Fonte: adaptado de Brasil (2007b, p. 41) e Brasil (2013, p. 15-16).

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

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 2009, possuíam o diagnóstico de Síndrome de Duchenne, que causa distrofia muscular progressiva. Depois houve uma reunião de equipe, na qual 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 residência 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 cuida 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 estes não eram capazes de fazer sem auxílio, devido às limitações motoras. Após o consentimento dos mesmos e de sua responsável executamos o exame da cavidade oral, através do qual diagnosticou-se grande acúmulo de placa, gengivite e ausência de cáries. Realizamos a escovação supervisionada, raspagem supra-gengival e aplicação tópica de flúor.

Quadro 3 - Projeto Terapêutico Singular

<p>1º Momento: Avaliação biopsicossocial</p> <p>X e Y tem 16 e 18 anos, respectivamente, são deficientes físicos com diagnóstico de Síndrome da Distrofia Muscular de Duchenne. Aos nove anos, iniciou-se o processo degenerativo inerente à doença hereditária, prejudicando o desenvolvimento deles. 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. Os jovens residem em uma rua de difícil acesso, com uma grande escadaria. A renda familiar é em torno de 2 salários mínimos, recebidos através de benefício assistencial. Possuem água tratada, esgotamento sanitário e coleta regular de lixo.</p>
<p>2º Momento: Definição de Metas</p> <p>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).</p> <p>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 à Universidade Estadual do Estado da Bahia(UNEB), fisioterapia para os adolescentes no lar.</p> <p>3. de longo prazo: requerer, junto à SMS, consultórios portáteis para oportunizar que consultas e procedimentos sejam realizados no domicílio; conseguir acompanhamento no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB), que possui atendimento em diversas especialidades; realizar periodicamente visitas domiciliares para acompanhar os pacientes.</p>
<p>3º Momento: Divisão de Responsabilidades</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Médica: acompanhar o estado de saúde geral; fazer a solicitação das consultas especializadas e encaminhamentos necessários.</p> <p>Irmã: garantir o acompanhamento dos adolescentes nas consultas agendadas.</p>
<p>4º Momento: Reavaliação</p> <p>O caso dos adolescentes precisa fazer parte da pauta das reuniões de equipe, para acompanhamento da evolução de forma interprofissional.</p> <p>Realização de visitas domiciliares periódicas para acompanhamento <i>in loco</i> da saúde geral e bucal dos pacientes.</p>

Fonte: adaptado de Brasil (2007b, p.41) e Brasil (2013, p.15-16).

PTS coletivo

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

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

(MÁRIO BOVE)

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 autoestima 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 USF e adentrarmos nos anseios da comunidade.

Através dessa inquietude, amadurecemos a ideia e propusemos em uma reunião geral, com todos profissionais de 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 audiovisual 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 1º de julho de 2016, aconteceu nosso primeiro encontro. Assim nasceu o Projeto Saber Envelhecer.

Quadro 4 - Projeto Terapêutico Singular

<p>1º Momento: Avaliação biopsicossocial</p> <p>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.</p> <p>Conhecimento do perfil de nossos expectadores.</p> <p>Levantamento das necessidades e das habilidades individuais.</p> <p>Descrição das áreas de interesse e interpretação dos anseios.</p> <p>Avaliação médica com a realização do “Mini Mental Test”.</p>
<p>2º Momento: Definição de Metas</p> <p>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.</p> <p>Médio prazo: estimular a autoestima 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.</p> <p>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.</p>

<p>3º Momento: Divisão de Responsabilidades</p> <p>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.</p> <p>Profissionais de saúde equipe mínima (Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares): elaborar o conteúdo e as ações a serem apresentadas em seus respectivos módulos.</p> <p>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.</p> <p>Gerência: viabilizar o apoio institucional.</p> <p>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.</p> <p>Funcionários do Colégio Estadual Norma Ribeiro: divulgar as datas dos encontros; fornecer os recursos audiovisuais e o espaço físico para os encontros quinzenais.</p>
<p>4º Momento: Reavaliação</p> <p>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 <i>feedback</i> e sugestões.</p> <p>Avaliação semestral do grau de satisfação e interação do grupo integrante do Projeto Saber Envelhecer através de perguntas e respostas.</p> <p>Solicitação de sugestões.</p>

Fonte: adaptado de Brasil (2007b, p. 41) e Brasil (2013, p. 15-16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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, responsabilização desses atores no processo de saúde-doença, 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, consequentemente contribui para transformação nas relações de trabalho.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 47-50, 25 jan.2008. Disponível em: http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 4 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos Humaniza SUS, v. 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*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, Botucatu, v. 22, p. 1739-1749, 2018. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso. Acesso 3 mar. 2019.
- FARIAS, D. N. RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, 2018.
- MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORE, C. L. O. O. *Projeto Terapêutico Singular*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

NICÁCIO, M. F. S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

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.

SALVADOR (BA). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021: versão preliminar*. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador, 2018. v. 1. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/volume_i_plano_municipal_saude_2018_2021_versao_consulta_publica.pdf. Acesso em: 4 out. 2018.

Capítulo 7

**Acolhimento em saúde bucal em uma
Unidade de Saúde da Família da periferia
de Salvador (BA), Brasil
*integração de práticas na atenção
às demandas/necessidades dos usuários***

Haline Souza Antunes
Marluce Maria Araújo Assis
Adriano Maia dos Santos

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Prezado leitor,

O termo “acolhimento” é definido no *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa* como “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. (ACOLHIMENTO, 2009) 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. (BRASIL, 2010; CECÍLIO; MERHY, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007)

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. (BRASIL, 2013c; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007)

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 (BA), 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 (UESF), os outros autores são orientadora e coorientador. Assim, a autora cursou odontologia, considerado um curso bastante tecnicista, onde se trabalha, principalmente, com as tecnologias duras¹ e leve-duras.² A aproximação maior com tecnologias

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

² As tecnologias leve-durassão as relacionadas aos saberes estruturados, tais como as teorias. (MERHY, 2006)

leves,³ como acolhimento, aconteceu durante a residência multiprofissional em saúde da família, na qual experienciou estratégias de acolhimento, inclusive para os usuários que procuravam o serviço de saúde bucal. Ainda durante a residência outros cenários foram visitados com diferentes práticas de acolhimento. E a ampliação teórica se deu durante o mestrado, articulada 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, 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 (ASB), uma técnica em saúde bucal (que atua como ASB), 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 (EBMSP) –, Medicina – da Universidade Estadual da Bahia (UNEB) – e Odontologia – da União Metropolitana para o Desenvolvimento da Educação e Cultura (UNIME).

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);
- Figura 1 – Desproporção entre oferta e demanda levando à formação de filas pela madrugada para tentar garantir a vaga de atendimento (Figura 1);

³ As tecnologias leves dizem respeito às relações. (MERHY, 2006)



Fonte: desenho por Etevaldo Souza.

- 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 8h da manhã se 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 vários voltavam para casa chateados e reclamado das poucas vagas. Aqueles usuários que conseguiam a senha aguardavam a chamada na recepção para agendamento, conforme ordem de chegada. Assim, Dona Maria,⁴ que só precisava de uma limpeza e estava com a senha 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 à dor de dente constante, retornou ao serviço antes do dia agendado para atendimento de urgência.

Caso 2

Dona Miralda pegou a senha número 30 e estava feliz porque, pra quem já esperou tanto, agora só ia aguardar apenas alguns dias para iniciar o tratamento odontólogo 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, 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 diversos problemas bucais (ex.: lesões de cárie, gengivite, periodontite...) e o tratamento completo de cada um demandava várias consultas... Percebia-se a 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.

⁴ Salientamos que, para ilustrar, foram usados nomes fictícios.

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 desse 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 (BRASIL, 2013a; FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006) e a encaminhada por outros profissionais.⁵

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.

⁵ Ver: Rodrigues (2005), Castro, Travassos e Carvalho (2005), Brasil (2013a), Friedrich e Pierantoni (2006).

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 (MS) 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 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 nessas 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 (dor espontânea e contínua, pericoronarite e abscesso). Para realização do exame epidemiológico, as cirurgiãs-dentistas e o docente de odontologia adaptaram às fichas de diagnóstico comunitário da rede municipal à realidade local (Anexo A). 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 A).

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

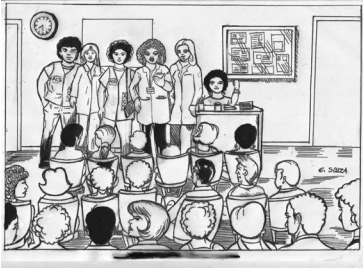
docente de odontologia, realizaram sala de espera sobre as doenças bucais mais prevalentes (cárie, gengivite e periodontite) e suas formas de prevenção. Em seguida, alguns desses estagiários promoveram ações de escovação supervisionada dental direta e aplicação tópica de flúor gel, e outros anotaram, 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 através do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia). 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, proceder com a avaliação da satisfação acerca da estratégia do acolhimento coletivo. Essas atividades estão ilustradas no Quadro 1.

Salienta-se que foi necessário delimitar o quantitativo de usuários através da distribuição de fichas, pois o serviço ainda não estava organizado como ESF e a oferta era disponibilizada aos usuários da área adscrita e de outras localidades. Cerca de 50 usuários foram agendados para tratamento completo no ambulatório de odontologia e, desses, 48 participaram das ações ofertadas.

O acolhimento coletivo foi programado para acontecer periodicamente, à medida que a maioria dos usuários concluíssem o tratamento odontológico completo. A divulgação da data do acolhimento é realizada por todos os trabalhadores da unidade, seja nas consultas, visitas domiciliares, recepção etc. Salienta-se que, como se trata de unidade docente assistencial, no período do estágio curricular, o docente e os estagiários são inseridos no cotidiano das atividades e na ausência deles, os atores do serviço se reorganizam para realizarem as atividades.

Atividades realizadas no acolhimento coletivo

1) **Figura 2** - Sala de espera - espaço democrático para pactuação das ações propostas e também espaço de informação em saúde



2) **Figura 3** - Escovação supervisionada dental direta e aplicação tópica de flúor gel



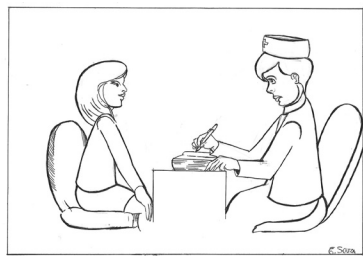
3) **Figura 4** - Aferição da PA e agendamento dos usuários descompensados para atendimentos médicos e de enfermagem



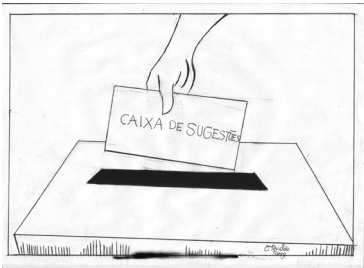
4) **Figura 5** - Escuta das demandas do usuário; exame epidemiológico para priorização da ordem de agendamento considerando critérios de riscos e vulnerabilidades



5) **Figura 6** - Agendamento de consultas; Ficha vermelha indica que o usuário necessita ser priorizado no agendamento!



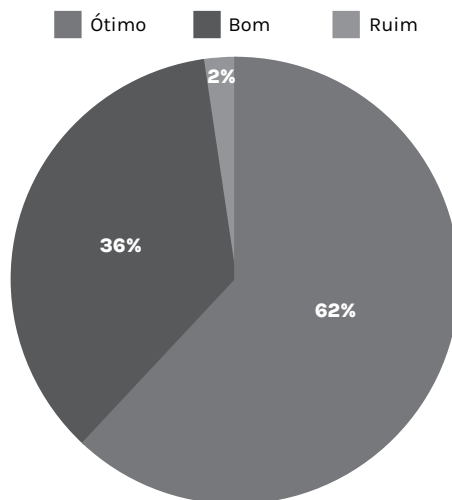
6) **Figura 7**- Avaliação da satisfação do usuário acerca da estratégia do acolhimento coletivo



Fonte: elaborado pelos autores, desenhos por Etevaldo Souza.

A avaliação inicial da satisfação dos usuários pode ser observada na Figura 8.

Figura 8 - Opinião dos usuários em percentual sobre o acolhimento coletivo em saúde bucal na USF Alto da Cachoeirinha em Salvador (BA), 2015



Fonte: elaborado pelos 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 às demandas espontâneas

157

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.

Segundo momento

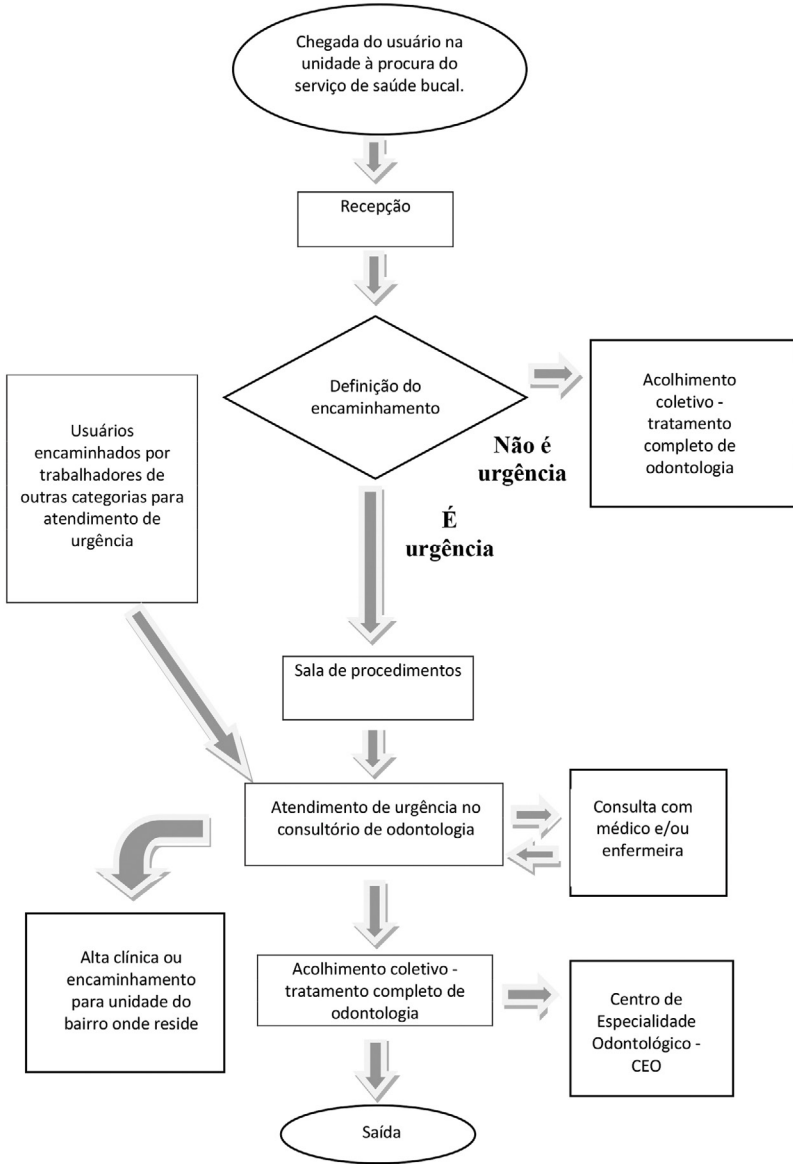
Rodas de conversa sobre a temática *acolhimento*.

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 9), contemplando as propostas de mudança.

Figura 9 - Fluxograma das demandas espontâneas a partir do acolhimento

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PERIFERIA DE SALVADOR (BA), BRASIL



Fonte: construído pela equipe da USF Alto da Cachoeirinha.

Realização do planejamento de um Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para as demandas espontâneas em saúde bucal, baseado no protocolo de Manchester (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO de RISCO, 2010) e nos Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013a, 2013b), volumes 1 e 2; e construção de uma ficha (Apêndice B), 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 poderia aguardar agendamento para atendimento programado sendo acolhido e encaminhado para o acolhimento coletivo 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 C).

Operacionalização do ACCR. Os casos classificados como vermelhos e amarelos receberam na recepção uma ficha (Apêndice B), 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, medição de glicemia e esses dados foram registrados 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% verdes. Apesar destes últimos terem sido encaminhados como urgência e atendidos, 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 pelos trabalhadores da USF que participaram das rodas de conversa 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 (grifos nosso):

[...] 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 [...]

O ACCR, para as demandas espontâneas, ainda foi demarcado como dispositivo potente para descentralização da escuta, antes realizada principalmente pela equipe de saúde bucal, para a equipe multiprofissional.

[...] cheguei na recepção e o trabalhador X estava atendendo aquele paciente [...]. Aí fiquei observando ele falando 'está doendo? O senhor tomou que remédio? Desde quando é a sua dor? Doeu agora ou está doendo há quantos dias?' Aí, já foi verificar a pressão [...]. Aí eu fiquei: 'olha!' Eu achei interessante. Eu senti a diferença na hora. (Trabalhador 1)

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, grifos nosso)

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 do 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:

- 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.
- É importante pontuar que a análise do processo de implantação do acolhimento nesse cenário, apesar de envolver a equipe multiprofissional, demonstrou fragmentação, pois foi direcionado para o serviço de saúde bucal. Entretanto, diante dos entraves anteriormente vivenciados, representou um avanço. O desafio é construir alternativas para continuar implicando os sujeitos e perseguindo as mudanças. Uma nova etapa, um novo momento.

Bem, chegamos ao final desse capítulo e agradecemos a todos que participaram do processo de implantação do acolhimento, bem como a Etevaldo Souza que contribuiu com ilustrações com o objetivo de tornar mais dinâmica e prazerosa a leitura dessa experiência!

REFERÊNCIAS

ACOLHIMENTO. In: DICIO Dicionário Online de Português. [S. l.]: 7 Graus, 2009.

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, 2005.

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.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. In: BRASIL. *Urgências odontológicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. cap. 2, p. 190-207.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

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.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 37-54.

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, 2006.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). *Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

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.

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, 2015.

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, 2005.

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 B FICHA PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS DE SAÚDE BUCAL

USF CABULA VI - SAÚDE BUCAL		
Data: ___/___/___		
Nome: _____		
Idade: _____		
Dentista: _____		
Queixa: _____		

<input type="radio"/> HAS	PA: _____	
<input type="radio"/> Diabetes	Glicemia: _____	
<input type="radio"/> Gestante	<input type="radio"/> Criança (0 a 2 anos)	<input type="radio"/> PCD
<input type="radio"/> Amarelo	<input type="radio"/> Vermelho	

APÊNDICE C **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEAS DE SAÚDE BUCAL**

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

ANEXO A FICHA DO ACOLHIMENTO COLETIVO EM SAÚDE BUCAL



UFS - CABULA VI

NOME DO USUÁRIO	Sexo ¹	Endereço	Idade	ceo-d c e o tt ² te ³	CPO-D					Gen ⁴ sangra ²	Fluorose ⁷	Escovação ⁸	Prótese ⁹
					C	P	O	T ⁴	T ⁵				
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													

Data: ___/___/___
 Dentista: _____
 ASB: _____
 Profissional: _____

<p>1. Sexo: 1 (masculino) ou 2 (feminino) 2. tt: total de dentes decíduos cariados (c), extraídos (e) e obturados (o) 3. te: total de dentes decíduos examinados 4. TT: total de dentes permanentes cariados (C), perdidos(P) e obturados (O) 5. TE: total de dentes permanentes examinados</p>	<p>6. Sangramento gengival: 1= não ; 2= sim 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. 8. Escovação: 0= não realizou; 1= realizou com flúor; 2= realizou com pasta 9. Prótese: 1= não necessita de uso; 2= não necessita de troca; 3= necessita de uso</p>
---	---

Fonte: fornecido pela UFS - Cabula VI.

Capítulo 8

Avaliação do processo ensino-aprendizagem no Estágio Supervisionado

Patrícia Suguri Cristino

APRESENTANDO ESTE CAPÍTULO

Olá! Este 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 dentistas preceptores em saúde bucal da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 2017.

Desejamos que este 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 ele 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 avaliar a 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 (DCN), 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, p.19, grifos nossos)

Sendo assim, tudo começa com a construção do Plano de Estágio,¹ 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

¹ Ver: Capítulo 2.

em equipe, a tomada de decisões, liderança, entre outras. Ou seja, tudo começa com o 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 ser 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, p. 50-51, 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, p. 35) faz um contraponto sobre a ideia 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 (sic) de *auto-avaliação*, porque, se a avaliação sempre for um ato externo, pode levar o educando a uma situação de submissão”. (DEPRESBIERIS, 2004, p. 35, 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,² 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

² Ver Anexo A e B.

determinados critérios e indicadores. A partir daqui, sugerimos que acompanhe a leitura olhando para o barema (Anexos A e B).

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 e atividades realizados e, em 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 EBMSP, 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.

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 C: “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 8h às 12h na unidade. Mas, se a unidade abre às 7h30 e 11h30 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 C e D (indicadores e contrato de convivência). Assim, os acertos ficarão explícitos e os ruídos e desconfortos tendem a ser menores.

ATENÇÃO: 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 A e B (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, deverão se transformar numa nota final. E por quê? Basicamente por dois 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 ideia de valorização do processo!

Cabe esclarecer que a nota final da(o) estagiária(o) será emitida pela(o) preceptora(or). A autoavaliação 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 autorreflexão, 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 essa a sua finalidade.

Em baremas tradicionais, costuma-se fixar pesos para os critérios, exemplo: pontualidade valendo um ponto, ética valendo meio ponto. 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.³

Costa (2007) comenta sobre um dos saberes necessários à educação do futuro proposto por Morin(2003): 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.

³ *UMA PAUSA: Vale a pena a leitura deste lindo artigo: “Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências” (2007), de Íris do Céu Clara Costa!

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 o seguinte 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 revisitar um texto indicado no capítulo 3 – “Ações educativas na Atenção Primária em Saúde” –, a saber: “Pacientes impacientes”, apresentado por Ricardo Ceccim (2007). Paulo Freire (2015), 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?⁴

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 (USF). Parcialmente satisfeita com a atividade, uma professora da escola me chamou e disse:

⁴ Perguntas proferidas pela autora.

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, pró, 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 à 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 D 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 (ESF)! Vocês serão as(os) nossas(os) interlocutoras(es), a nossa ponte, a extensão mesma da docência!

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 preceptoría. A preceptoría precisa ser desejada, e não imposta, uma atividade que nos dê prazer, que nos faça sentido, que mobilize 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 preceptoría 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 preceptoría não desejada pode ter consequências negativas e potencialmente lesivas para a(o)estagiária(o): o pisoteamento de sua subjetividade, e num momento extremamente delicado. Todas(os) 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(um) formanda(o) apresenta dificuldades importantes – e já não esperadas para essa fase de conclusão do curso –, torna-se essencial que as(os) docentes sejam alertadas(os), 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 2 (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 E 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 ESTE CAPÍTULO...

Tentamos abordar um assunto extremamente complexo em poucas 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 (2015, p. 25): “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº3/2002, de 2002. Instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em odontologia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 130, n. 42, p. 10-11, 4 mar. 2002.
- CECCIM, R. B. 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*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45.
- COSTA, Í. C. C. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. *Revista da Abeno*, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 122-129, 2007.
- DEPRESBITERIS, L. *Avaliação educacional em três atos*. 3. ed. São Paulo: SENAC, 2004.
- EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 51. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico*. São Paulo: Cortez, 2011.
- MALVEZZI, S. Psicologia organizacional: da administração científica à globalização: uma história de desafio. *Interfaces da psicologia*, Curitiba, 2000.
- MASETTO, M. T.; PRADO, A. S. Processo de avaliação da aprendizagem em curso de odontologia. *Revista da Abeno*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 48-56, 2004.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.
- NASCIMENTO, E. M. V. GONZALES, R. C. F. *Do que se queixa o adolescente de hoje: clínica psicanalítica e contemporaneidade*. Salvador: Edufba, 2015.

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: saber planejar 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 aplicá-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: _____

Fonte: elemento de avaliação construído por alunos curso de formação de dentistas preceptores em saúde bucal da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 2017.

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.

ANEXO E 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:
Sugestões:	Sugestões:

Fonte: elemento de avaliação construído por alunos curso de formação de dentistas preceptores em saúde bucal da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 2017.

Depoimentos¹

O Estágio Curricular Supervisionado foi uma das minhas primeiras vivências profissionais na Saúde da Família como cirurgiã-dentista, e com certeza a semente dessa semente crioula trouxe novas perspectivas no meu ser profissional. Esse contato trouxe um novo olhar quanto às diversas possibilidades do fazer saúde e da potência que é o entendimento do processo saúde-doença, trazendo à tona a reflexão sobre a importância do olhar às realidades e singularidades do território e dos indivíduos que ali habitam. Essa percepção emergiu a partir do contato diário e vínculo com equipe e comunidade em uma relação de troca de conhecimentos, e também diante a atuação segundo às diversas possibilidades pertencentes à Estratégia de Saúde da Família como por exemplo: visitas domiciliares, atividades de promoção e prevenção à saúde, pesquisas epidemiológicas (CPO-D e ceo-d), atendimentos multiprofissionais, atividades em educação em saúde, articulações com a rede de educação, dentre outros. Essa possibilidade de viver a Odontologia de outra forma permitiu-me ressignificar o atendimento odontológico curativista puramente ambulatorial, o qual ainda é valorizado/fortalecido e, muitas vezes, considerado único dentro processo formativo das academias onde, inclusive, carecem de incentivos e articulações à vivências dentro dos serviços de saúde pública, afetando diretamente o perfil de atuação do profissional e, conseqüentemente, a resolução de problemáticas sociais/econômicas/culturais/religiosas da saúde as quais não conseguem ser “tratadas” dentro do consultório. Sinto que o estágio realizado trouxe o florescer de muitos aprendizados únicos, transformadores e inspiradores de

¹ Depoimentos de dentistas egressos(as) do curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) que realizaram estágio em Unidades de Saúde do município de Salvador-BA.

fortalecimento à minha atuação profissional e da minha defesa por um SUS com profissionais qualificados atuados por ações humanas e integrais em prol do fruto que é: o direito à saúde de qualidade.

Depoimento de Maria Leal Lima Silva

Agradeço os aprendizados durante o estágio na Estratégia de Saúde da Família. Comecei a trabalhar em uma unidade de saúde e me lembro muito dos atendimentos realizados durante o estágio. Desde o preenchimento da ficha do SUS até os procedimentos. Tenho certeza que estaria perdidinha se não tivesse feito o estágio. Foi muito construtivo, pois foi possível ampliar a visão além da faculdade e me preparar melhor para realidade da Saúde da Família.

Depoimento de Leila de Almeida Fidelis Habib

Atuar na Unidade de Saúde da Família (USF) Arenoso foi extremamente importante pra mim. Além de adquirir experiência como cirurgiã-dentista, pude vivenciar, na prática, diversos conceitos abordados na saúde coletiva: equipe multiprofissional, territorialização, sala de espera, projeto terapêutico singular, apoio matricial, entre outros. No momento em que ainda tinha dúvidas de qual área seguir, o estágio foi decisivo pra mim. Hoje sou completamente apaixonada pela saúde pública e pretendo me especializar na área.

Depoimento de Daniele Boaventura de Souza Avelino

O estágio em Saúde da Família faz parte de um projeto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública ao longo do 10º semestre de do curso. Durante esse processo, realizamos atendimentos em unidades básicas de saúde, onde há convivência com dentistas já atuantes e experientes na área, que nos norteiam, enfatizam e ensinam os conceitos aprendidos durante as aulas teóricas da faculdade. Há oferta de uma prestação do serviço prático como a realização de tratamentos do tipo: limpeza, restaurações, urgências, exodontias. Mas, atuando principalmente na Atenção Primária da Saúde.

Além do atendimento ambulatorial, a equipe de saúde da família presta serviços de visita domiciliar juntamente com componentes da equipe do NASF com a equipe de saúde integrada entre médicos, enfermeiros, dentistas e assistentes

sociais, para pacientes que não podem se deslocar até a unidade, portadores de necessidades especiais, dentre outras. Estes, recebem todo o atendimento da equipe e são orientados a proceder da forma mais conveniente.

O atendimento odontológico não fica restrito somente ao tratamento curativo, mas também ao preventivo. Existe acompanhamento de pré-natal de gestantes, orientação de saúde bucal de crianças e recém-nascidos, jovens, adultos e idosos.

Em casos específicos de pacientes especiais, há uma reunião de toda equipe para discussão e para traçar estratégias para o melhor tratamento do paciente em questão com o acompanhamento psicológico e assistência do Capes.

Atividades extra ambulatoriais são realizadas em escolas, creches para orientação de saúde bucal com a realização de demonstração de escovação e aplicação de flúor.

Toda essa convivência e experiência vivenciadas de perto, traz toda real necessidade e carência que ainda existe por parte da população mais humilde, quanto a assistência odontológica. E abre a cabeça do jovem estudante de odontologia para uma área diferente, onde há de existir uma entrega pessoal e profissional para que essa escolha de atuar com odontologia de assistência, de atenção primária e de um cuidado mais próximo ao paciente, seja rejuvenescida e explorada por mais cirurgiões-dentistas, que em consequência trarão bons resultados a toda comunidade envolvida.

Depoimento de Alan Maurício Guimarães Mariani Wanderley

Sobre os autores

Adriano Maia dos Santos

Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), doutor em Saúde Pública (Ensp-Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva e especialista em Saúde da Família, pela UEFS. É professor adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Líder do Grupo de Pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (OBRAS) na UFBA. Pesquisador do Núcleo Epidemiologia e Saúde Coletiva (Nesc), na UFBA. Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UFBA e professor do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na UEFS.

Ana Caroline de Marinho

Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Endodontia pelo Centro Baiano de Estudos Odontológicos. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal da Bahia. Mestranda em Odontologia Clínica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Odontóloga da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Salvador (BA). Dentista da I Turma do curso de preceptoría em saúde bucal promovido pelo PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Carolina Ribeiro Pedral Sampaio

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela

Universidade São Camilo. Cirurgiã-dentista e Preceptora do PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Caroline Morais Sena

Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Cinara Cícera Salgado Nunes

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Assistência Integral à Saúde com ênfase em Saúde da Família pelo Instituto Hólton em convênio com Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Periodontia pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde – FAS (UNIME). Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA). Dentista da I Turma do curso de preceptoria em saúde bucal promovido pelo PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Gabrielle Teles de Souza

Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Unyleya. Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA. Dentista da I Turma do curso de preceptoria em saúde bucal promovido pelo PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Haline Souza Antunes

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Cirurgiã-dentista na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Saúde da Família pelo Instituto Hólton em convênio com a Secretaria de Saúde da Bahia e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Preceptora do PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA). Dentista da I Turma do curso de preceptoria em saúde bucal promovido pelo PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Mário Antonio Valença Bove

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Programa Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo, USC, Brasil. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, FGF, Brasil. Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA). Dentista da I Turma do curso de preceptoria em saúde bucal promovido pelo PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Marluce Maria Araújo Assis

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escuela Andaluza de Salud Publica, em Granada-Espanha. Professora Titular aposentada. Atualmente atua na Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Acadêmico e Profissional) e de Enfermagem (Profissional) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS).

Mônica Moura da Costa e Silva

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, especialização em Medicina Social e Mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é graduanda em Direito pela Universidade Federal da Bahia. Sanitarista

da Diretoria de Vigilância e Atenção em Saúde do Trabalhador (Divast-Sesab) (2006-2012). Professora de Saúde Coletiva e Tutora no PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Patrícia Suguri Cristino

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Especialista em Saúde Coletiva e Metodologia do Ensino Superior, Mestre em Odontologia Restauradora pela Universidade de São Paulo, doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Coordenadora do grupo de Odontologia do PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Tatiana Frederico de Almeida

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Programa de Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA).

Ticiane Teixeira de Mendonça

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Odontologia- Seção Bahia. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA). Atuação profissional na área de gestão como Apoiadora Estratégica Institucional de Salvador (BA) (2010-2012) e Coordenação de Saúde Bucal do município de Salvador (BA) (2013- 2018). Preceptora do PET-SAUDE GraduaSUS (2016-2018) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/SMS Salvador (BA).

Esta obra foi publicada no formato 160 x 230 mm utilizando as fontes *Gelasio* e *Karla*. Capa impressa na Cartograf em Cartão Supremo 300 g/m². Tiragem de 300 exemplares.

Salvador, 2021

Haline Souza Antunes

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialização em Saúde da Família (Residência Multiprofissional em Saúde da Família); mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); e é cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA (SMS).

Patrícia Suguri Cristino

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (Forp-USP); especialização em Saúde Coletiva; Mestrado em Odontologia Restauradora pela USP; é doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e professora da Faculdade de Odontologia da UFBA (FOUFBA), e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Tatiana Frederico de Almeida

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA); mestrado em Saúde Comunitária e doutorado em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); é professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFBA (FOUFBA); e cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA (SMS).

Esta publicação é resultante de um processo de busca da integração da academia com o serviço de saúde, e reúne textos que contribuem para um melhor entendimento do papel do estágio e da preceptoria na formação do(a) dentista. É uma obra que pode ser apreciada por estudantes da graduação em Odontologia e por dentistas já formados(as), com interesse em se aprofundar ou se reaproximar de temáticas relacionadas com o processo de trabalho na saúde pública, no cotidiano das unidades de saúde. São apresentadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Odontologia e uma proposta de plano de estágio, as ações de educação em saúde e do processo de avaliação do ensino-aprendizagem são discutidas a partir de um olhar dialógico e democrático da educação, os usos da epidemiologia e do planejamento em saúde no serviço são apresentados com base nos instrumentos utilizados no Programa Saúde na Escola (PSE). Além disso, este livro compartilha experiências reais de profissionais e equipes de saúde, como a vivência do acolhimento em saúde bucal e de projetos terapêuticos singulares.

As organizadoras

ISBN 978-65-5630-123-5



9 786556 301235