



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SILVIA REGINA PIMENTEL PEREIRA

SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR:
A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL

FORTALEZA

2019

SILVIA REGINA PIMENTEL PEREIRA

SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR:
A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andrea Gomes Linard
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Ramalho de Farias.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P495s Pereira, Silvia Regina Pimentel.
 Saúde bucal em atenção domiciliar : a construção de um plano de cuidado interprofissional / Silvia Regina Pimentel Pereira. – 2019.
 135 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 1, Fortaleza, 2019.
 Orientação: Profa. Dra. Andrea Gomes Linard.
 Coorientação: Profa. Dra. Mariana Ramalho de Farias.
1. Pacientes Domiciliares. 2. Saúde Bucal. 3. Relações Interprofissionais. 4. Grupos de Treinamento de Sensibilização. I. Título.

CDD

SILVIA REGINA PIMENTEL PEREIRA

SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR:
A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Andrea Gomes Linard (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Gerídice Lorna Andrade de Moraes
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

AGRADECIMENTOS

Ao Big-Bang que gerou este Universo e possibilitou esta aventura.

Aos meus pais, Iêdo e Luzanira, pelo abnegado apoio, tolerância e respeito ao meu espaço.

Ao meu marido e sempre companheiro, Markan, pelo compartilhamento absoluto da vida.

Aos colegas do mestrado e de vários processos formativos marcantes na minha vida.

Aos grandes educadores que marcaram meu caminho.

Aos grandes mestres da Educação Popular que compartilharam comigo seus saberes, sobretudo, à Verinha Dantas.

Aos colegas de trabalho e de luta, por sua capacidade de contagiar com inéditos encantamentos.

RESUMO

A população brasileira vivencia um processo de envelhecimento caracterizado pela longevidade e conseqüente mudança no perfil de adoecimento. Referido contexto reflete-se no aumento de pessoas restritas ao domicílio e que requerem uma atenção em saúde domiciliar com enfoque multiprofissional. Diante desse cenário, este trabalho analisa a construção de um plano de cuidado interprofissional para a atenção domiciliar em saúde bucal. Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e natureza crítico-analítica. A pesquisa foi desenvolvida pelo método da pesquisa-ação, com realização de oficinas de produção de dados iniciadas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer de número 3.420.571, com posterior emenda aprovada no parecer de número 3.618.327. Os participantes da pesquisa foram 10 profissionais de diferentes categorias de uma unidade de atenção básica em saúde de Fortaleza. As oficinas ocorreram em junho e agosto de 2019 e foram registradas em áudio, vídeo e fotografias. Além desses registros, o portfólio também agregou informações percebidas nesses momentos. Os dados foram organizados, analisados e discutidos por meio de sistematização de experiências e narrativas autobiográficas. Foram realizadas três oficinas. A primeira abordou os saberes e práticas dos participantes a respeito do tema a ser contemplado no plano; a segunda foi uma atividade educativa sobre o tema; na terceira, construiu-se o plano de trabalho. Os participantes concluíram que diversas categorias profissionais podem contribuir com a promoção da saúde bucal na atenção domiciliar e que esta se encontra fragmentada no serviço. Os dados produzidos apontaram para a realização de ações de educação permanente como principal instrumento para reverter este quadro. A educação permanente, como parte dos processos de trabalho das equipes, pode contribuir com uma prática colaborativa entre os profissionais de forma a proporcionar atenção domiciliar integral. O reduzido número de participantes da pesquisa não permite generalizações, mas indica ser viável a realização de encontros, nos quais as equipes possam avaliar suas práticas, planejar e construir novas formas de enfrentamento das dificuldades inerentes ao cuidado domiciliar em saúde bucal.

Palavras-chave: Pacientes Domiciliares. Saúde Bucal. Relações Interprofissionais. Grupos de Treinamento de Sensibilização.

ABSTRACT

The Brazilian population is experiencing an aging process characterized by longevity and consequent changes in its disease profile, which is reflected in the increase of housebound people requiring multidisciplinary home health care. Given this scenario, this study analyzes the creation of an interprofessional oral health plan for home care. This exploratory research has a critical-analytical, qualitative approach. The research was developed using the action research method and data production workshops, following approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará under the opinion n° 3,420,571, with the subsequent amendment n° 3,618,327. The research participants were 10 professionals from different categories in a primary health care unit in Fortaleza. The workshops took place in June and August 2019 and were recorded using audio, video, and photographs. In addition to these records, the portfolio also included information observed at these meetings. The data were organized, analyzed, and discussed through the systematization of experiences and autobiographical narratives. The first of the three workshops addressed the knowledge and practices of the participants regarding the theme in question. The second was an educational activity on the topic, and the work plan was constructed in the final meeting. The participants concluded that several professional categories could contribute to the promotion of oral health for home care, which is fragmented in the service. The data pointed to the need for permanent education actions as the main instrument to reverse this situation. As part of a health teams' work procedures, permanent education can contribute to a collaborative practice among professionals to provide comprehensive home care. The limited number of research participants does not allow for generalizations but indicates the feasibility of holding meetings, in which teams can evaluate their practices, plan, and develop new ways of coping with the difficulties inherent in providing oral health for home care.

Keywords: Homebound Persons. Oral Health. Interprofessional Relations. Sensitivity Training Groups.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mural da evocação de palavras.....	41
Figura 2 – Tematização.....	45
Figura 3 – Visão de trecho do portfólio.....	58
Figura 4 – Visão de parte da reconstrução da história.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição do Plano de Ação.....	48
Quadro 2 – Roteiro de ordenação.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião Dentista
CDPD	Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPPES	Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Coreq	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRMSFC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE SÍMBOLOS

- % Porcentagem
- © Copyright
- ® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	Saúde bucal e atenção domiciliar	20
2.2	Interprofissionalidade como um caminho necessário	25
2.3	Planejamento: o processo de transformação da prática	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	Geral	32
3.2	Específicos	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de estudo	33
4.2	Local da pesquisa	35
4.3	Participantes do estudo	36
4.4	Desenvolvimento da pesquisa	37
4.4.1	<i>Fase exploratória</i>	38
4.4.2	<i>Oficinas de produção de dados</i>	39
4.4.2.1	<i>Descrição da primeira oficina</i>	40
4.4.2.2	<i>Descrição da segunda oficina</i>	42
4.4.2.3	<i>Descrição da terceira oficina</i>	44
4.4.2.4	<i>Primeiras impressões</i>	48
4.5	Coleta e análise de dados	51
4.6	Aspectos éticos	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	Reconstrução da história	57
5.2	Ordenamento e classificação da informação	59
5.3	A reflexão de fundo	60
5.3.1	<i>Narrativa 1</i>	60
5.3.1.1	<i>Minha experiência com visitas domiciliares</i>	60
5.3.1.2	<i>O impacto de processos formativos na minha prática profissional</i>	63
5.3.2	<i>Narrativa 2</i>	69
5.3.2.1	<i>O clima para a pesquisa</i>	69
5.3.2.2	<i>Educação permanente</i>	70

5.3.2.3	<i>Primeira oficina</i>	73
5.3.2.4	<i>Segunda oficina</i>	78
5.3.2.5	<i>Terceira oficina</i>	81
5.3.2.6	<i>Um feliz e inesperado desdobramento</i>	90
5.4	Os pontos de chegada	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
	APÊNDICE B – QUADRO DE RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA	125
	APÊNDICE C – PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR	126
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	129
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – EMENDA	132

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas no mundo terá 60 anos ou mais em 2050, totalizando 2 bilhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Esse é o segmento da população que aumenta mais rapidamente no mundo, de acordo com as Nações Unidas. Em 2015, os idosos representavam 12% da população mundial, totalizando 901 milhões de pessoas, com projeções de chegarem ao número de 1,4 bilhão em 2030 e de 2,1 bilhões em 2050 (UNITED NATIONS, 2015).

O Brasil sofre hoje com o envelhecimento acelerado da sua população (transição demográfica) e uma mudança no perfil de adoecimento, com aumento da carga de agravos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis e por causas externas, tais como as diversas formas de violência que permeiam a vida nos grandes centros urbanos (transição epidemiológica) (MENDES, 2012).

A mais, destaca-se que as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas o maior problema de saúde do mundo, implicando em muitas “mortes prematuras e perda de qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade (...)” (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018, p. 259).

Ainda nesse contexto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) mostra que o índice de envelhecimento na população do país era de 29,55% em 2010, com projeção de aumento para 71,05% em 2030, enquanto a proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população, que em 2010 era de 10,71%, deverá passar para 18,73% em 2030. Para o estado do Ceará, esses dados mantêm o padrão (IBGE, 2018). Para entendermos como os idosos estão distribuídos em nosso país, nota-se que a maior parte do volume absoluto de idosos em 2010 estava concentrada nas regiões Sudeste (46,27%), Nordeste (26,48%) e Sul (15,97%), com as menores porcentagens encontrando-se nas regiões Centro-Oeste (6,01%) e Norte (5,25%) (CARMO; CARMAGO, 2018).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em Fortaleza, no ano de 2012, registrou-se o número de 190.000 pessoas com 65 anos ou mais e, em 2017, de 243.000. A distribuição percentual desse estrato na população aumentou de 7,5% para 9,2% no mesmo período (IBGE, 2017).

A transição demográfica, marcada pelo envelhecimento da população, leva a necessidades específicas em saúde. A mudança do padrão epidemiológico, a qual acompanha esse processo, reconfigura o perfil etário dos gastos com a saúde, aumentando a demanda de atendimento aos idosos, que necessitam de cuidados mais complexos, geralmente por equipes

multidisciplinares e no domicílio, suscitando, assim, maiores investimentos públicos (CARMO; CARMAGO, 2018; COELHO FILHO, 2018). Isso é ainda mais dramático em países em desenvolvimento, como o Brasil, profundamente marcado pela desigualdade social e econômica (COELHO FILHO, 2018).

O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (PMS), em sua análise situacional, aponta a tendência ao envelhecimento da população do município, seguindo o padrão demográfico e de morbimortalidade do restante do país. Também demonstra o cenário da tripla carga de doença em Fortaleza, ou seja, a persistência de doenças infecciosas, um aumento de causas externas e predomínio de condições crônicas de saúde (FORTALEZA, 2017a).

Mesmo considerando as fragilidades no seu registro e deficiência nas notificações, problemática exposta no PMS, as causas externas, as quais consistem em acidentes ou violência, têm causado cada vez mais mortes no município. No período de 2010 a 2013, elas se tornaram a segunda maior causa de morte, registrando coeficiente de 127,7 mortes por 100.000 habitantes em 2013. No momento, não são bem conhecidos, no entanto, os números relativos ao seu impacto na situação de saúde da população especificamente nos casos que não levam a óbito da vítima (FORTALEZA, 2017a).

Ainda no cenário do envelhecimento da população residente no Brasil, é necessário direcionar o olhar para as condições crônicas que, para Mendes (2012), envolvem doenças crônicas, doenças infecciosas persistentes, condições ligadas ao envelhecimento, deficiências, dentre várias outras.

Dessa forma, configura-se um quadro de aumento de pessoas com deficiências, seja por condições mais comumente associadas ao envelhecimento, seja por causas externas. De acordo com a OMS (2012), a deficiência é uma questão de direitos humanos ressaltada a partir da entrada em vigor da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD). As pessoas, nessa condição, vivenciam piores resultados nos indicadores socioeconômicos e, ainda assim, falta informação científica sobre os aspectos sociais a respeito dessa população. Ainda de acordo com a OMS (2012), ainda não se chegou a um consenso quanto a definições, e há sérios problemas quanto à informação que possa ser comparável internacionalmente e que facilite o monitoramento e desenvolvimento de políticas e iniciativas que deem conta das necessidades dessas pessoas.

Essas necessidades podem exigir tanto intervenções menores e de baixo custo, quanto intervenções mais onerosas. As políticas e programas públicos precisam de dados sobre essas necessidades, quer estejam sendo atendidas, quer não. A OMS alerta para a necessidade

de mais pesquisas abordando as barreiras que essas pessoas sofrem no acesso à atenção geral em saúde e a resultados específicos (OMS, 2012).

O aumento nas causas externas e nas condições crônicas repercute negativamente no número de pessoas restritas ao domicílio por se encontrarem com dificuldades de locomoção. Nesse sentido, 23,9% da população brasileira apresenta algum grau de deficiência, com 3,6 milhões de pessoas apresentando grande dificuldade de locomoção. Na região Nordeste, essa proporção é de 26,3%, a mais elevada do país, e no Ceará foram identificadas 2.340.150 pessoas com alguma deficiência (IBGE, 2012).

A exata quantidade de pessoas restritas ao domicílio em Fortaleza é desconhecida. Para esta pesquisa, foram analisados os Planos Municipais de Saúde de Fortaleza vigentes de 2014 a 2021. Em todo esse período, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) elenca, dentre seus objetivos estratégicos, ações que visem ao mapeamento e melhoria no cuidado a esse segmento da população (FORTALEZA, 2017a; 2017b). Essa conjuntura nos leva a formular as seguintes questões: Quantas são e onde estão essas pessoas? Qual seu grau de limitação e como isto impacta em sua capacidade para o autocuidado e o acesso à atenção em saúde?

A população restrita ao domicílio necessita de um olhar diferenciado das equipes de saúde responsáveis pelo seu cuidado. Sendo a Atenção Básica¹ (AB) o ponto da rede mais próximo do domicílio dessas pessoas, compete a suas equipes multiprofissionais organizarem-se para prover a esse público o acesso a um atendimento integral, equânime e humanizado (BRASIL, 2012a).

“O núcleo central da atenção ao idoso deve ser a atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui a porta de entrada no SUS”. Essa é a instância privilegiada para ações de promoção de saúde, dentre outras atividades estratégicas para a atenção à pessoa idosa (COELHO FILHO, 2018, p. 389).

A mais, destaca-se que programas interprofissionais são fundamentais no atendimento ao idoso, pois esse tipo de assistência requer conhecimento de várias áreas da saúde (MOTTA; PACHECO, 2014; COELHO FILHO, 2018). Corroborando essa ideia, Arruda e Moreira (2018, p. 207) acrescentam que “as práticas na área da saúde do idoso articulam diferentes profissionais do campo da saúde, sendo, então, um espaço apropriado para compreender melhor a operacionalidade do trabalho compartilhado, suas características e seus limites”. Para tal, como complementam Lima *et al.* (2018, p. 1670), deve-se mobilizar atores tanto das instituições de ensino quanto dos serviços, de forma a se “discutir e construir

¹ No Brasil, é usada a denominação “Atenção Básica” como equivalente à “Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2017). Neste trabalho, os termos serão usados da mesma forma.

coletivamente projetos pedagógicos que promovam a formação de profissionais de saúde à luz do envelhecimento ativo, da formação interprofissional e dos princípios do SUS”.

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma o princípio da equidade, segundo o qual a oferta do cuidado deve se pautar pelas diferenças existentes nas condições de vida das pessoas. Tal política proíbe a exclusão baseada em estado de saúde, deficiências, dentre outras situações, bem como estimula o desenvolvimento de estratégias para minimizar os efeitos das desigualdades. A PNAB também alerta para o risco de exclusão social de grupos em virtude da estigmatização ou discriminação, impactando na sua autonomia e na situação de saúde. Já no tocante às suas diretrizes, essa política estabelece o cuidado centrado na pessoa de modo que a atenção seja prestada de forma singularizada, considerando as necessidades de cada indivíduo, com vistas à promoção de uma vida mais independente e plena (BRASIL, 2017).

Para contemplar esse cuidado, a Atenção Básica tem suas ações desenvolvidas por equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). É incentivada também a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) compostas por um cirurgião-dentista (CD) e respectivo profissional auxiliar. No Brasil, a AB tem se organizado prioritariamente por meio do modelo da ESF no qual essa equipe multiprofissional tem responsabilidade sanitária por um território delimitado, com uma população adscrita por quem deve cultivar vínculo e prestar atenção longitudinal (BRASIL, 2017).

A PNAB determina, como atribuição de todos os profissionais que atuam nas equipes de AB, o cuidado à população no domicílio, quando necessário (BRASIL, 2017). De acordo com Feuerwerker e Merhy (2008), para ampliar iniciativas de Atenção Domiciliar (AD) implantadas por alguns hospitais e secretarias de saúde, o governo federal lança o programa “Melhor em Casa” em 2011, em reconhecimento à necessidade de se garantir atenção a pessoas que precisam de cuidados constantes de saúde no domicílio. Esse programa reafirma a responsabilidade da Atenção Básica na AD, devendo esta ser inerente ao processo de trabalho das equipes. Para tal, os profissionais precisam estar preparados para a identificação e cuidados dos usuários com dificuldades de mobilidade, adequando aspectos da organização de seu trabalho e agregando as tecnologias necessárias para a atuação em domicílio (BRASIL, 2012b; COELHO FILHO, 2018).

O município de Fortaleza ainda não implantou o Serviço de Atenção Domiciliar do programa "Melhor em Casa". No entanto, demonstra preocupação com essa população, uma vez que, dentre as linhas de ação colocadas para o setor de saúde no Plano Fortaleza 2040, está

a ampliação das visitas domiciliares (VD) aos idosos com dificuldade de locomoção. A previsão é de que os profissionais de saúde da família realizem essa ação e de que contarão, inclusive, com instrumental para realização de alguns procedimentos no próprio domicílio (FORTALEZA, 2016a).

Dentro do contexto da odontologia, têm-se as implicações dessa transição demográfica e epidemiológica na saúde bucal da população brasileira (PINTO, 2015). Os últimos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal realizados no Brasil foram em 2003 e 2010. O de 2003 apresentou o resultado de 10,2% de desdentados parciais, com 24% dessa população apresentando necessidade de prótese em ambas as arcadas. O levantamento de 2010 apresentou que 23% precisavam de próteses totais, com 64% de desdentados parciais. Na faixa etária de 65 a 74 anos, o levantamento demonstrou que 20% das pessoas tinham sofrido perdas dentárias nas duas arcadas, necessitando de próteses parciais, sendo a maior necessidade na Região Nordeste (26,0%). A perda de todos os dentes em uma arcada foi observada em 17,9% dessa população, e o edentulismo total esteve presente em 15,4% dos indivíduos (BRASIL, 2004a; 2012c).

Esse mesmo levantamento também avaliou o impacto da saúde bucal na vida diária das pessoas. Entre os adolescentes e jovens, cerca de um terço manifestaram dificuldade para comer ou escovar os dentes, apresentar-se irritado ou nervoso e ter vergonha de sorrir como um dos tipos mais relatados. Mais da metade dos indivíduos na faixa etária de 35 a 44 anos e 46% dos idosos de 65 a 74 anos manifestaram impacto, sendo que, em todos os grupos, o mais relatado foi a dificuldade de comer (BRASIL, 2012c). Esse impacto, manifestado com mais diversidade na população jovem, pode assumir proporções ainda mais severas para as pessoas com deficiência e que enfrentam barreiras no acesso ao cuidado em saúde bucal.

Outra repercussão do envelhecimento populacional na saúde da cavidade oral é o aumento de cáries radiculares, condição à qual não se tem dado a devida importância e que pode gerar consequências para a saúde do indivíduo como um todo. Além do desconforto que causa, leva à perda de dentes estratégicos e, conseqüentemente, a dificuldades nutricionais. Esse é um dos diversos problemas de saúde bucal que acometem essa faixa etária e até pessoas mais jovens, dado o aumento da polifarmácia de modo cada vez mais frequente e precoce (BATISTA; RANDO-MEIRELLES; SOUSA, 2014).

O estado de saúde geral do paciente está densamente relacionado à sua saúde bucal, sendo assim, algumas medicações podem ter efeitos deletérios sobre a dentição e o periodonto e por isso necessitam de atenção na sua administração. Cuidados como higienização bucal adequada e de próteses, quando presentes, auxiliam na melhoria da qualidade de vida do acamado (FERRAZ; LEITE, 2016, p. 309).

De acordo com os dados mais recentes disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2018a), durante o ano de 2015, em Fortaleza, foram realizadas 10.533 visitas domiciliares por enfermeiros, 5.084 por médicos, e apenas 368 por outros profissionais de nível superior, incluídos entre estes os cirurgiões-dentistas e as diversas categorias profissionais compreendidas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)². Nos relatórios de produção do Prontuário Eletrônico de Fortaleza, não constam registros de atendimentos domiciliares realizados pelos CD durante o primeiro semestre de 2018 (FORTALEZA, 2018a). Esses dados são significativos ao considerarmos que, em 2016, Fortaleza dispunha de 290 ESB (FORTALEZA, 2016b) e que, durante o primeiro semestre de 2018, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), esse número oscilou de 193 a 227 (BRASIL, 2018b).

Partindo dessa realidade de pouca participação dos CD na AD, demonstrando pouca integração com os membros da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e do NASF, poderíamos então supor que estes desconhecem os principais agravos de saúde bucal que acometem pessoas idosas e/ou com deficiência, bem como as importantes perdas funcionais que essas enfermidades acarretam?

Esse quadro despertou em mim ainda outras inquietações: como o cirurgião-dentista poderia se inserir no contexto da atenção domiciliar de forma sistemática e efetiva? Como estabelecer estratégias que viabilizem as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade como os pacientes domiciliares? Como os CD podem desenvolver uma rotina de avaliação e, conseqüentemente, de ressignificação de sua prática rumo a uma nova forma de abordar o processo saúde-doença? É, sobretudo, como viabilizar esses avanços necessários de maneira integrada com a equipe? É visível o aumento das demandas para a área da saúde, em quantidade e complexidade, no contexto brasileiro, requerendo maior articulação entre as profissões envolvidas (CARVALHO; CECCIM, 2006; COSTA *et al.*, 2018; REEVES *et al.*, 2010). Mais do que desenvolver estratégias para integrar as ações, precisamos refletir sobre o que apreendemos e o que identificamos como necessidades de atenção (CAPOZZOLO *et al.*, 2018).

Para responder a estes questionamentos, propus-me, a partir da realização desta pesquisa, a contribuir com o aprofundamento da prática interprofissional, repensando a

² Os NASF são constituídos de profissionais de diversas categorias com várias atribuições, dentre as quais fornecer apoio matricial às EqSF. Foram instituídos pela Portaria GM 154 de 2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

organização do serviço e das práticas, fomentando, assim, a formação de seus trabalhadores. Ademais, o exercício de planejar ações a partir de uma análise coletiva com todos os sujeitos implicados visou a sensibilizar os diversos profissionais envolvidos quanto a seu papel estratégico na ampliação do acesso à atenção em saúde bucal para pacientes domiciliares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde bucal e atenção domiciliar

Nos últimos anos, tem havido avanços normativos em direção à garantia de direitos de pessoas sujeitas a diversas vulnerabilidades, como os pacientes domiciliares, sendo esses aqui entendidos, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (2018), como:

[...] impossibilitados de deixar sua casa sem esforço excepcional e apoio; os pacientes (nesta condição) que são providos com ou são qualificados para serviços de saúde em casa, incluindo tratamento médico e cuidado pessoal. Pessoas são consideradas pacientes domiciliares mesmo se eles podem se ausentar não frequentemente e brevemente de casa para receber cuidados de saúde no consultório de um profissional ou instituições de cuidados de saúde.

As pessoas com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que podem ter participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com o restante da população, são consideradas com deficiência (BRASIL, 2011). Na busca da melhoria das condições de vida dessa população, foi instituída, em 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, e a Atenção Básica é componente de sua organização. Essa rede deverá contar com atenção odontológica e, quando houver, NASF. Deverá priorizar ações estratégicas dentre as quais estão o acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar, bem como o apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes desses indivíduos (BRASIL, 2012d). Compete à ESF a busca criteriosa dessas pessoas nos seus territórios a fim de cadastrá-los, bem como definir as ações necessárias para a garantia de seu atendimento (BRASIL, 2018c).

O direito à saúde também está contemplado no Estatuto do Idoso, que prevê o atendimento domiciliar para a população que dele precisar e que esteja impossibilitada de se locomover. Determina também o atendimento especializado para os idosos com deficiência ou alguma limitação incapacitante. Como forma de atender às necessidades dos idosos, o estatuto preconiza que as instituições promovam processos formativos de seus profissionais e deem orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003).

No Brasil, a atenção domiciliar é definida como um termo genérico que engloba ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio (BRASIL, 2006a). Em 2013, o Ministério da Saúde redefiniu a AD no âmbito do SUS, destacando que esta deve garantir a continuidade do cuidado e estar integrada às redes de atenção à saúde. Também contemplou a participação da Atenção Básica nesta modalidade de

cuidado e seu objetivo de ampliar a autonomia dos usuários. Estabeleceu diretrizes, das quais é oportuno destacar o papel da AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial; a inserção da AD nas linhas de cuidado³ por meio de práticas fundamentadas nas necessidades do usuário; e estímulo à participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2013).

No entanto, Franco e Merhy (2007) consideram que se deve ter cautela no uso dessa ferramenta, evitando as VD compulsórias de modo a otimizar o uso de recursos. Recomendam o direcionamento das visitas realizadas por profissionais de nível superior para situações em que estes forem realmente necessários.

A PNAB coloca como atribuições de todos os membros da equipe de AB (BRASIL, 2017, p. 72):

Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (...) Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando à readequação constante do processo de trabalho (...). Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada.

Para os CD, a PNAB coloca também atendimento diferenciado a grupos específicos quando necessário, sempre de acordo com planejamento da equipe; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; fazer estratificação de risco e construir plano de cuidados para as pessoas com condições crônicas junto aos demais membros da equipe (BRASIL, 2017). Percebe-se nessa política a importância dada à atuação interprofissional.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004b) apontam a visita domiciliar como uma das principais estratégias da ESF, uma vez que propicia aumento do acesso aos serviços e estabelecimento de vínculos com a população. Embora realizada preferencialmente pelo ACS, a organização da participação das ESB nessa atividade contribui para a ampliação e qualificação das ações de saúde bucal. A PNSB cita ainda a possibilidade de realização, nos domicílios, de ações educativas e busca ativa de lesões bucais visando principalmente à prevenção e controle do câncer de boca. O Brasil (2018c) orienta que esta participação seja incluída na demanda programada, a partir do trabalho coletivo da equipe de saúde. A decisão pela realização de procedimentos assistenciais no domicílio deve considerar

³ A linha de cuidado visa contribuir para a consolidação da integralidade organizando os processos de trabalho nos serviços e adequando os fluxos a partir das necessidades dos usuários (FRANCO; MAGALHÃES, 2004).

as peculiaridades técnicas da odontologia, mas também a partir da integração com a equipe multiprofissional. Bonfá *et al.* (2017) exaltam a importância da presença das ESB nas unidades de saúde da família, dado o aumento da população idosa que requer atenção domiciliar.

De acordo com o caderno da atenção básica da saúde bucal (BRASIL, 2006b), a operacionalização da atenção domiciliar deve partir de um planejamento que considere as atribuições dos membros da equipe de maneira integrada, dinâmica, flexível e adaptável à realidade do usuário. Deve também contemplar a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações, levando em conta critérios definidos pela equipe (BRASIL, 2006b). Para Takeda (2013), os serviços têm que identificar incompatibilidades e viabilizar alternativas pactuadas de modo a melhor acomodar os interesses do serviço, das equipes e, sobretudo, da população.

A Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza (2016b) ressalta a importância da participação do CD na AD para a realização de pequenos procedimentos clínicos, orientação sobre higiene oral e amamentação a puérperas, dentre outras ações. Ainda segundo este documento:

A visita domiciliar proporciona a equidade e um atendimento humanizado a uma parcela da população distanciada da odontologia tradicional, reconhecendo suas diferenças, além de um atendimento odontológico privilegiado àqueles que realmente necessitam, destacando-se o princípio de equidade. Além disso, proporciona uma ampliação do vínculo da equipe com os usuários, o que possibilita a realização de um trabalho com mais qualidade e eficiência, priorizando uma atenção humanizada (FORTALEZA, 2016b, p 33).

O acompanhamento pela equipe de saúde bucal no domicílio pode também ajudar nos cuidados paliativos dos pacientes em tratamento de câncer bucal ou outras patologias que envolvam radioterapia na região de cabeça ou pescoço, bem como no monitoramento clínico de lesões orais (BIZERRIL *et al.*, 2015).

O Manual de Promoção de Saúde Bucal de Fortaleza traz relatos de experiências exitosas desenvolvidas por CD da AB municipal no âmbito da AD, embora sejam iniciativas isoladas que precisam ser ampliadas de forma sistemática (FORTALEZA, 2015). Apesar de a normatização da AD estar sendo constantemente atualizada por uma sequência de portarias, o papel do CD tem se mantido nos mesmos termos, ou seja: a maioria dos pacientes domiciliares serão acompanhados pelos profissionais da AB. Apenas nos casos mais graves, poderá haver inclusão de CD em equipes de apoio específicas, mesmo assim com possibilidade remota.

Para uma atualização de como se tem dado a inclusão da saúde bucal na AD, realizei um levantamento de artigos na literatura abordando a temática. Tal processo se deu mediante

busca no Portal Eletrônico de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que congrega diversas bases de dados usando os descritores em saúde “visita domiciliar” e “saúde bucal” unidos pelo operador booleano “AND” nos idiomas português e inglês. Complementei a busca acessando, da mesma forma, os portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão foram: relação com a temática desta pesquisa, estudo desenvolvido no Brasil e indexação no período de 2014 a 2018. Todos os resultados apresentados consistiram em artigos com textos disponíveis na íntegra. Encontrei 30 artigos, incluindo os duplicados, dos quais apenas sete atenderam aos critérios estabelecidos. Destes, quatro estudos foram feitos avaliando a temática no contexto formativo, dois na prática de profissionais inseridos nos serviços e um abordando o tema sob a perspectiva dos usuários.

Ferraz e Leite (2016), no contexto de inclusão da categoria do CD em uma residência multiprofissional numa região sem este profissional incluído nas EqSF, elaboraram protocolos de instrumentos a serem usados nas VD. Os autores destacaram como essencial na rotina da ESF os cuidados em saúde bucal para pessoas acamadas, em razão da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

Em um relato de experiência semelhante, Maciel *et al.* (2016) elaboraram protocolos a partir de visitas domiciliares realizadas por estudantes de odontologia em estágio em AB em município do interior do estado do Ceará. Os estudantes puderam constatar que as visitas domiciliares eram frequentemente realizadas somente pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiros, o que mostra a falta de atuação interprofissional. Em consequência, o cuidado se restringia à doença sistêmica de base, sem se considerar o impacto da má condição oral na saúde geral do paciente.

Em estudo de revisão de literatura, Silva, Peres e Carcereri (2017) evidenciaram como a VD pode contribuir para a aproximação dos estudantes de odontologia com os usuários, com o território e com os profissionais de outras categorias. O domicílio foi demonstrado como espaço privilegiado para direcionar o foco da abordagem para o indivíduo e seu contexto de vida, promovendo vínculo e humanização no cuidado. Os autores também exortam para a necessidade de melhorias na formação dos CD em maior consonância com os princípios da ESF “para que efetivamente as diretrizes da PNSB transformem a prática em saúde bucal e promovam novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho” (SILVA; PERES; CARCERERI, 2017, p. 95).

Em estudo conduzido com 13 cuidadores de idosos tendo por objetivo analisar a sua percepção com relação aos cuidados em saúde bucal, Bonfá *et al.* (2017) constataram que

os pesquisados tinham pouco conhecimento sobre o papel do CD na VD. Alguns consideraram importante a presença desse profissional para dar orientações sobre higiene oral.

Em relato de experiência sobre as VD realizadas por CD de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de Fortaleza, Bizerril *et al.* (2015) apontam os desafios para a efetivação dessa atividade em um grande centro urbano, devido à violência, dificuldades de transporte e outros fatores. São significantes também a recusa dos profissionais em participar das visitas e a existência de um modelo de gestão municipal de saúde que prioriza a assistência executada nas dependências do serviço. Reforçam que a VD não está inserida no cotidiano de práticas dos profissionais de odontologia, embora propicie vínculo mais efetivo com a comunidade, acesso e humanização do cuidado em saúde bucal. Lembram que atenção especial deve também ser prestada aos familiares e cuidadores, tal qual mencionado no artigo de Maciel *et al.* (2016).

A partir de questionários aplicados a 47 alunos concludentes de um curso de graduação em odontologia, Noro e Torquato (2015) buscaram conhecer a percepção dos participantes sobre as atividades práticas desenvolvidas na comunidade. Quanto às visitas domiciliares, 53,2% dos pesquisados relataram considerar que essa atividade tem pouca contribuição para a população contemplada. Para 19,2% dos entrevistados, os moradores se beneficiam das visitas no tocante à educação em saúde realizada na ocasião. Os autores sugerem que as atividades no domicílio avancem na humanização do atendimento, baseando-se em relações de afetividade, “confiança e perspectiva de acompanhamento domiciliar e ambulatorial para aproximação aos benefícios conquistados pelos ACS em suas atividades cotidianas na ESF”. Recomendam ainda que o atendimento odontológico proposto pelo curso seja efetivado com resolutividade, mas reconhecendo que isto está “distante da própria realidade da ESF desenvolvida em grande parte dos municípios brasileiros” (NORO; TORQUATO, 2015, p. 154). Admitindo essa limitação, os autores indicam que se pensem propostas para além da assistência clínica vista como um conjunto de procedimentos técnicos, para atividades capazes de causar impacto na saúde bucal dessa população, contribuindo, assim, com o estabelecimento de vínculo.

A partir da avaliação de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), De-Carli *et al.* (2015) analisaram a participação das equipes de saúde bucal na visita domiciliar. Identificaram que as VD são realizadas por quase todas as EqSF avaliadas e por cerca de metade das ESB, apontando para os desafios que a saúde bucal tem que superar para contribuir com a reorientação do modelo de saúde a partir da Atenção Primária em Saúde (APS). Este dado é bem significativo, considerando que a pesquisa incluiu 12 mil ESB de todo

o país e que aderiram voluntariamente ao PMAQ, ou seja, profissionais diferenciados por estarem motivados a melhorar a sua prática. E, mesmo dentro deste perfil, ainda assim provou-se evidente o descompasso entre as EqSF e as ESB no tocante à realização de visitas domiciliares. Podemos supor que esta prática seja ainda mais relegada a segundo plano por ESB que não tenham interesse em participar em programas com este tipo de proposta.

Chamou-me atenção o fato de que a maioria dos estudos identificados aborda o tema dentro do contexto formativo. Eles demonstram que há um entendimento sobre a importância e potência da AD para a qualificação da atenção em saúde bucal, embora os profissionais não a incorporem em sua prática cotidiana.

2.2 Interprofissionalidade como um caminho necessário

No campo da saúde, a interprofissionalidade é uma resposta às práticas de cuidado fragmentadas, podendo ser definida como o desenvolvimento de uma prática coesa e integrada entre profissionais de áreas diferentes, de acordo com as necessidades da população (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Desde os anos 1990, o debate sobre o trabalho em equipe e suas variadas possibilidades tem ganhado força, inclusive no contexto da educação dos profissionais de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Há uma vasta terminologia e conceitos sobre essa temática, mas nos detemos aqui à prática interprofissional dentro de uma mesma equipe. Como ideal a ser alcançado, aponto o conceito de Reeves *et al.* (2010) de trabalho em equipe interprofissional envolvendo profissionais de diferentes categorias de saúde trabalhando de modo interdependente, conjunto e integrado, no intuito de prover serviços e resolver problemas. Afinal, para dar conta da noção de integralidade e superar o modelo biomédico, a atuação profissional em equipe é condição básica (BRAMBATTI; CARVALHO, 2018).

No debate sobre a educação interprofissional em saúde, Pereira (2018) pondera sobre sua restrita capacidade em promover transformações tanto no campo profissional quanto nas estruturas curriculares. Para o autor, tais limites podem ser atribuídos à persistência de resistências políticas, teóricas e práticas percebidas nestes contextos predominantemente marcados por um individualismo disciplinar especializado e um biotecnicismo descontextualizado.

No Brasil, o debate sobre este tema “esteve mais centrado no campo teórico do que na materialização de processos de ensino e aprendizagem capazes de formar profissionais mais aptos à colaboração no trabalho em equipe” (COSTA, 2016, p. 197). Na saúde, é comum a

atuação dos profissionais de maneira isolada, dissociada e fragmentada (TORRES *et al.*, 2019). Este é um desafio complexo a ser superado, pois envolve a construção de um trabalho por profissionais de origens e níveis de formação diferentes e que vislumbram e entendem as necessidades de saúde também de forma diferente (CARVALHO; CECCIM, 2006). Deparamos com equipes de profissionais que trabalham em uma mesma unidade de saúde, responsáveis por uma mesma população, mas que não dialogam de fato entre si.

Para Franco e Merhy (2007), a proposta do então Programa de Saúde da Família não trazia dispositivos fortes o suficiente para promover o efetivo trabalho em equipe, em oposição ao modelo médico-centrado. Já alertavam os autores para esta proposta de modelo que não apontava caminhos para a operação nos microprocessos do trabalho em saúde, considerando que o perfil da assistência é definido pelos fazeres cotidianos de cada profissional (FRANCO; MERHY, 2007). O mero reconhecimento da importância da ESF, via reiteradas regulamentações, não tem sido capaz de promover a real mudança nas práticas e na organização dos processos de trabalho, como previsto nos documentos oficiais (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Apesar da reconhecida importância da interprofissionalidade como estratégia de trabalho e de formação, em seu componente prático pouco se tem avançado nos passos rumo à sua consolidação (ARAÚJO *et al.*, 2017). Também para Teixeira e Vilasbôas (2014, p. 288), a concretização de mudança em um modelo de atenção requer o estabelecimento de conjunturas que viabilizem as transformações no nível “micro”, criando “condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas (...)”. As necessidades em saúde que chegam para as equipes que atuam na porta de entrada do sistema, que é a atenção básica, são múltiplas e complexas, requerendo profissionais de várias categorias atuando de maneira coordenada (TAKEDA, 2013). Com uma formação que não prepara para o trabalho em equipe, se concretizam as barreiras na comunicação entre os profissionais e para a escuta e resolução das demandas trazidas pela população no tocante ao cuidado em saúde (ELY; TOASSI, 2018; GRIGGIO; MININEL; SILVA, 2018).

Almeida-Filho, Paim e Vieira-da-Silva (2014) também tecem duras críticas às universidades brasileiras ao apontar que elas continuam formando profissionais de saúde para atuação individual e privada, com currículos fechados, tendendo “a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando, assim, segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe”. Denunciam a falência de tantas reformas curriculares ao apontarem uma contradição entre a retórica de documentos como as Diretrizes Curriculares em Saúde e os seus resultados de fato, a saber, o perfil do egresso, entre cujas características

destaca-se a pouca capacidade de trabalhar em equipe (ALMEIDA-FILHO; PAIM; VIEIRA-DASILVA, 2014, p. 683-684). Severino (2010) destaca a importância da prática da interdisciplinaridade principalmente no ensino, “dado o efeito multiplicador da ação pedagógica”. Para ele, a educação é o mais claro exemplo de quão necessária é uma abordagem interdisciplinar, tanto na construção de conhecimento e no campo da pesquisa, como no espaço de intervenção sociocultural (SEVERINO, 2010, p. 20).

É necessária a constituição de um núcleo comum vivo e que se faz em ato, formado pelas várias categorias profissionais, enriquecendo seus saberes e fazeres com modos de compartilhamento criados ao se trabalhar juntos (CECCIM, 2017). Desse modo integrado, constrói-se um novo saber ampliando o olhar na saúde (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014). Com o mesmo enfoque, Freire Filho e Silva (2017) defendem que na prática interprofissional haja complementaridade na atuação integrada dos diversos atores, os quais devem compartilhar objetivos em comum de forma a melhorar os resultados em saúde. O efetivo trabalho em equipe, para os autores, é um processo de construção permanente calcado em elementos como interdependência e equilíbrio das relações de poder, dentre outros. Segundo Forte *et al.* (2016), práticas mais colaborativas exercidas no trabalho da equipe podem se dar a partir da interação entre os sujeitos compartilhando seus saberes de forma dialogada. “Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta” (CECCIM, 2018, p. 1741).

O efetivo trabalho em equipe contribui para uma prática mais resolutiva e para a satisfação dos profissionais no desempenho de suas atribuições e, como consequência, tem-se trabalhadores mais motivados e dispostos a melhorar sua prática; outro efeito é o estímulo à autorreflexão sobre seu processo de trabalho, fundamental para a reorientação das ações desenvolvidas (COSTA *et al.*, 2012). Uma reflexão que proporcione aos profissionais o reconhecimento da sua interdependência na equipe e o papel de cada um no desempenho das ações pode contribuir para o desenvolvimento de um comprometimento com o trabalho conjunto (AGRELI, 2017; ELY; TOASSI, 2018). Pode-se aumentar o nível de interação entre os profissionais estreitando-se as relações interpessoais e abrindo “canais de comunicação durante a dinâmica do processo de trabalho” (ARRUDA; MOREIRA, 2018, p. 208).

Peduzzi (2017) explica que o desenvolvimento de habilidades para motivar os profissionais a se engajarem nessa direção, participando dos processos necessários, é fundamental no campo da formação e nas práticas. Atingir essa parceria interprofissional requer uma educação não mais desenvolvida em silos, possibilitando assim que os profissionais

possam valorizar as diferentes habilidades das outras categorias (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

Para Viana, Faria e Pacífico (2006), os resultados esperados em saúde dependem de atitudes de cooperação e integração entre os atores, sendo desejável que os processos de avaliação privilegiem a participação e interação. Os autores defendem a avaliação interativa, que se apoia “na hipótese de que a integração/interação é o elemento chave que responde pela qualidade e quantidade de mudanças no processo de condução da política”. Tal interação é importante para a visão de como os sujeitos atuam em seus contextos específicos e em suas formas e situações particulares (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006, p. 146).

Formas mais colaborativas de trabalho interprofissional podem contribuir com a construção de práticas realmente centradas no perfil epidemiológico da população. Avanços na integração são importantes para a qualidade do cuidado em saúde, e o trabalho em equipe se apresenta como uma possibilidade de enfrentamento dos desafios postos pelas alterações demográficas e epidemiológicas em curso, as quais demandam novos arranjos organizacionais (PEDUZZI, 2017).

No entanto, conforme Mercer (2018), para que seja duradoura, a interprofissionalidade precisa se firmar em coerência com os modelos da determinação social da saúde, de equidade e justiça social, e é aí que reside seu principal potencial. Griggio, Mininel e Silva (2018) também ressaltam a importância de as mudanças necessárias ao avanço da interprofissionalidade se darem em consonância com o modelo da determinação social, problematizando as práticas à luz da integralidade na atenção à saúde.

A literatura deixa claro que avançar no trabalho em equipe de forma mais integrada é imprescindível para qualificar a atenção na ESF.

2.3 Planejamento: o processo de transformação da prática

Planejar em saúde envolve formular políticas, programar formas de organizar as práticas e de operacionalizar planos, programas e projetos de ação. O planejamento deve voltar-se “fundamentalmente para a compreensão e intervenção sobre as práticas, sobre as ações sociais, especialmente as ações de saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 2014, p. 689). Dentre suas finalidades, podemos citar o aprimoramento dos serviços de saúde, ajudando a adaptá-los à instituição e às necessidades da população, podendo, assim, aumentar a eficiência das ações e melhorar a qualidade dos serviços que são ofertados (TAKEDA, 2013).

Para transformar uma realidade, há de se conhecê-la, mas, tão importante quanto isso, é que o coletivo implicado se conheça a si mesmo. Tem-se aí um problema de pesquisa que, no entanto, não se resolve por meio de um método tradicional, uma vez que os membros do grupo serão os atores da ação transformadora. O conteúdo desse tipo de pesquisa pode incluir as relações entre os membros participantes, bem como aspectos específicos de um determinado setor como a saúde. Nesse processo de conhecimento da realidade, podem-se atingir vários objetivos, como construção do saber e formação prática em participação (BORDENAVE, 1983). Pinto (2008) reforça a necessidade de os coletivos exercitarem sua capacidade de análise, sugerindo espaços de encontro nos quais se discutam os temas pertinentes, se exponham os conflitos e se acertem formas de firmar compromissos, conviver e trabalhar. Aponta como um motivo, para que as equipes se encontrem, a elaboração de um diagnóstico de situação e subsequente planejamento de ações (PINTO, 2008). Inclusive, para se dosar a relação entre ações programáticas e acolhimento a demandas espontâneas, há de se realizar planejamento em contraposição à improvisação. Isso ajudará a identificar situações que possam ser abordadas de forma coletiva, o que contribuirá com o desempenho da equipe (PINTO; COELHO, 2008).

Viana, Faria e Pacífico (2006) também alertam para a necessidade de novos paradigmas na avaliação no âmbito do SUS, que auxiliem na formação e democratização do sistema, de modo a evitar a alienação dos próprios sujeitos dos propósitos da ação pública. Novos modelos e desenhos avaliativos que contribuam com a “formação de profissionais aptos a tomar decisões não somente baseados em informações, mas sobretudo em processos de negociação”, podem fomentar a efetivação da integralidade na saúde (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006, p. 140).

Na busca por inovação no processo de trabalho das equipes é importante o uso de novos referenciais teóricos. Thiollent (2011) nos traz perspectivas positivas de profissionais como os do serviço social, os quais têm ousado desafiar os obstáculos e trabalhado na redefinição metodológica de sua prática, provocando debates no sentido de um redirecionamento crítico. Segundo o autor, para isso, é necessária uma redefinição de pressupostos teóricos e metodológicos, bem como a conquista da devida autonomia que permita aos profissionais essas experiências de mudanças em suas práticas.

Uma forma de investigação que pode contribuir nesse contexto é a pesquisa-ação, que faz parte de algumas modalidades de pesquisa que se valem da participação como meio de transformar uma realidade e até seus próprios participantes. Nesse sentido, a pesquisa constitui-se naquilo que Bordenave (1983) denomina de ferramentas operativas, ou seja, processos que concretizam a participação real e a desejada transformação. Dessa maneira, segundo Tripp

(2005, p. 446): “se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela”. Trata-se de uma rotina que deveríamos adotar e não o fazemos: planejar uma ação ou conjunto de ações, implementar, descrever e avaliar a mudança, o que contribuiria para a melhora da nossa prática. E, nesse movimento de idas e vindas, tanto se aprende sobre a prática quanto sobre a própria investigação. Desse modo, a pesquisa-ação promove uma mudança estratégica, pois parte da compreensão é atingida por meio da análise de informações de pesquisa (TRIPP, 2005).

Além da participação, da pesquisa-ação se espera uma ação planejada que pode ter, para citar algumas das suas características, um caráter social, educacional, técnico, sendo também muito usada em atividades relacionadas ao contexto do trabalho, comunicação, entre outros (THIOLLENT, 2011). Assim, a pesquisa-ação provê ao pesquisador e participantes meios de “se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob a forma de diretrizes de ação transformadora”. A partir de um diagnóstico do problema, feito de um modo em que os sujeitos tenham voz e vez, escolhem-se os procedimentos a serem adotados (THIOLLENT, 2011, p. 14).

Trazendo essas inovações para a prática de saúde bucal, convém lembrar que esta não pode estar isolada das outras ações de saúde, mesmo reconhecendo suas especificidades técnicas (CHAVES; BOTAZZO, 2014). O planejamento incorporado ao cotidiano das práticas, bem como “a análise política e estratégica na implementação das intervenções e a habilidade da ação comunicativa devem ser ferramentas imprescindíveis para a equipe de saúde bucal” (CHAVES; BOTAZZO, 2014, p. 475).

Um recurso estratégico, nesse contexto, é o trabalho em oficinas, que traz a vantagem, apontada por Paim e Almeida-Filho (2014), da possibilidade de se levantarem informações nem sempre registradas nas fontes de dados convencionais. Isso se ajusta à pesquisa-ação conforme defendida por Thiollent (2011), para quem, nesse método, deve-se buscar definir objetivos que ele denomina de pesquisa ou de conhecimento. Dentre esses, o autor elenca a obtenção de informações difíceis de alcançar por outros meios e o aumento de nosso conhecimento a respeito de certas situações como capacidades de ação ou de mobilização. Oficinas podem constituir-se em espaços de diálogo entre vários sujeitos, promovidos para facilitar o diagnóstico inicial da situação de saúde dentro de uma perspectiva ampliada e, conseqüentemente, subsidiar o posterior planejamento (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

As oficinas podem ajudar a problematizar a realidade e investir no desenvolvimento da autonomia de seus participantes para buscar as respostas que contribuirão com a superação do problema (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-TERRIEN, 2018). Nesse espaço

privilegiado de diálogo, podem-se identificar com os sujeitos, os principais elementos que influenciam o problema pesquisado no contexto local, ajudando a produzir uma análise da situação encontrada. Em um processo de construção compartilhada, o diálogo promove um cenário central e estratégico, devendo ser conduzido principalmente de maneira propositiva e com intenção transformadora (BOTELHO *et al.*, 2017).

Em situações complexas como as dos pacientes domiciliares, é comum o sentimento de ausência de instrumentos adequados ao caso, gerando a sensação de impossibilidade de intervenção. No entanto, isso pode ser superado ao se estimular a produção de possibilidades inventivas e integradas com várias profissões (CAPOZZOLO *et al.*, 2018).

Por fim, podemos dizer que dispomos de um arsenal de ferramentas e recursos com muito potencial para enriquecer e transformar nossa prática:

A epidemiologia e a informação, a política e a participação, o planejamento e a gestão e a educação e organização de coletivos em saúde ressingularizam a clínica, em ato. A clínica se desprende da racionalidade científica moderna para poder reconhecer-se como campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional interdisciplinar (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 162).

Podemos avançar na nossa capacidade de percepção e de intervenção na saúde à medida que arquitetemos as pontes entre os diversos profissionais, efetivando o trabalho em equipe, que conheçamos a realidade local em que nos inserimos e, de fato, revejamos o conceito de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Com essas reflexões em mente, desenvolvi o presente trabalho de pesquisa na unidade de atenção primária à saúde onde sou lotada como cirurgiã-dentista da ESF, a fim de explorar o tema, aprofundar o conhecimento sobre o problema encontrado e construir uma proposta de transformação dessa realidade no meu contexto de trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Construir um plano de cuidado interprofissional para a atenção domiciliar em saúde bucal.

3.2 Específicos

Discutir saberes e práticas de profissionais sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Licínio Nunes de Miranda;

Debater as dificuldades de atuação interprofissional em uma equipe de saúde da referida UAPS;

Realizar momentos de educação permanente sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares com profissionais da referida UAPS.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi exploratório, de abordagem qualitativa e conduzido por meio de uma pesquisa-ação. As pesquisas exploratórias visam a “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2018, p. 26).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2012), tem por objeto o mundo das relações, da interpretação e das intencionalidades que compõem o universo da produção humana. A autora ressalta a característica distintiva do ser humano ao pensar sobre o seu agir e interpretar essas ações “dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (MINAYO, 2012, p. 21). Para Creswell (2014), um dos motivos para se conduzir uma pesquisa qualitativa é a necessidade de explorar um problema e de ter uma compreensão complexa e detalhada de uma situação, o que, segundo o autor, só se consegue conversando diretamente com as pessoas em seus locais de moradia ou de trabalho. É uma abordagem que se presta a entender os contextos em que os participantes de uma pesquisa abordam um problema (CRESWELL, 2014). Busca dimensionar os aportes subjetivos de modo que “os processos formalizantes e não evitáveis, metodologicamente falando, não venham deturpar os fenômenos de maneira excessiva, nem impor subjetivismos incontroláveis” (DEMO, 2002, p. 133).

Apesar dos paradigmas ainda hegemônicos nas ciências naturais e exatas, têm-se desenvolvido novos modelos teóricos na ciência moderna que buscam explicar a vida já com uma longa tradição nas ciências humanas e sociais, demonstrando um empenho na construção “de novos referenciais para a interpretação da realidade”. Nesse sentido, a pesquisa de abordagem qualitativa é importante no campo da saúde coletiva por seu potencial de contribuir na formação dos profissionais de saúde, tanto como pesquisadores, quanto como agentes de modificação da realidade social (JORGE; LOURINHO; AMORIM, 2018, p. 608).

Já a pesquisa-ação, de acordo com Thiollent (2011, p. 20),

é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Para Gil (2018), a pesquisa-ação parte do diagnóstico de um problema específico em uma situação também específica com vistas a atingir um resultado prático. Não tem por objetivo elaborar “enunciados científicos generalizáveis, embora a obtenção de resultados

semelhantes em estudos diferentes possa contribuir para algum tipo de generalização” (GIL, 2018, p. 38).

A pesquisa-ação tem diferentes definições e vem se desenvolvendo, ao longo de décadas, de formas diferentes e com diversas aplicações (TRIPP, 2005). No contexto das organizações, tem sido melhor aceita nas instituições públicas do que nas privadas e com foco no desenvolvimento das relações profissionais ou, como comumente denominada, na área de recursos humanos (THIOLLENT, 1997).

No que tange aos aspectos operacionais, na visão de Barbier (2007), o processo da pesquisa-ação deve ser o mais simples possível e desenvolvido em um período relativamente curto. O pesquisador assume, nela, o papel de ajudar os atores envolvidos a entender melhor os principais aspectos ligados ao problema. Para tal, leva os dados coletados à coletividade, que os analisará e interpretará em grupo. Daí a importância do uso de uma linguagem acessível a todos (BARBIER, 2007).

A pesquisa-ação pode contribuir com o rompimento da visão hegemônica em saúde ao pensar possibilidades de produção de conhecimentos valendo-se também de processos educativos dialógicos. Pode, assim, propiciar espaços onde profissionais de diferentes níveis de formação “possam interagir e descobrir juntos formas coletivas de aprendizagem e investigação, capazes de vir a modificar a sua compreensão da realidade” (BARRETO *et al.*, 2013, p. 101).

Os elementos associados às práticas colaborativas e à ação interprofissional em saúde envolvem aspectos que, para serem mais bem compreendidos, precisam ser abordados desde uma perspectiva qualitativa. Conceitos presentes no cotidiano do trabalho em equipe trazem nuances que, dada a sua complexidade, exigem uma imersão por parte do pesquisador (ESCALDA; PARREIRA, 2018, p. 1724).

Dessa forma, considere este tipo de estudo o mais propício a abordar o problema em questão.

Diante da metodologia apresentada, é importante resgatar que o relato de um trabalho científico pode assumir muitas formas, inclusive no tocante à pessoa pronominal usada na escrita, podendo ser adotado o uso da primeira pessoa do singular ou do plural, da terceira pessoa do singular, ou ainda, do modo impessoal (RODRIGUES, 2007). Segundo Rodrigues (2007), a primeira pessoa do singular é uma tendência inovadora nos meios acadêmicos que têm explorado cada vez mais as dimensões subjetivas em pesquisa, se afastando do tradicional objetivismo. E, como destaca Camara Jr (2011), há situações em que o uso da primeira pessoa do singular é insubstituível como meio preciso de demonstrar a individualidade quando esta é necessária.

Esse relato apresenta uma pesquisa que explora a subjetividade envolvida no entendimento e abordagem do problema suscitado. Escolhi escrevê-lo na primeira pessoa do singular por ser mais coerente com o método de análise empregado bem como pelo modo solitário de desenvolvimento de grande parte desta pesquisa, como exposto claramente mais à frente. Além do mais, algumas etapas da pesquisa transcorreram de modo diretamente ligado a aspectos individuais meus, de minha trajetória pessoal e profissional.

4.2 Local da pesquisa

A população de Fortaleza, por ocasião do último Censo Demográfico (realizado pelo IBGE em 2010), era de 2.452.185 habitantes, com estimativa para 2019 de 2.669.342 (IBGE, 2019a; b). É a quinta cidade mais populosa e a primeira em densidade populacional no Brasil (CEARÁ, 2012). Além disso, está dividida em seis regiões administrativas denominadas Secretarias Regionais (SR). Cumpre destacar que o município de Fortaleza adotou a ESF como modelo de APS, cuja rede é composta por 109 UAPS – Unidade de Atenção Primária em Saúde (FORTALEZA, 2017b).

A pesquisa foi desenvolvida na UAPS Licínio Nunes de Miranda, localizada no bairro Quintino Cunha, no território da SR III. Essa SR compreende uma área de 25,85 Km² com uma população de 360.551 habitantes distribuída em 16 bairros. Localiza-se na parte oeste da cidade, historicamente caracterizada pela predominância de população de baixa renda e muitas áreas de urbanização desordenada que dificultam a provisão adequada dos serviços públicos (FORTALEZA, 2017b).

A SR III conta com 18 UAPS, um hospital de atenção secundária (Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura – “Frotinha do Antônio Bezerra”), um hospital de atenção terciária (Maternidade Zilda Arns – “Hospital da Mulher”) e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (FORTALEZA, 2017b).

O bairro Quintino Cunha, em relação ao perfil socioeconômico, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,2225, que o coloca como 20.º pior bairro de Fortaleza nesse quesito. Tal análise partiu de estudo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, considerando o último Censo (FORTALEZA, 2010). A renda mensal média é de R\$ 427,43, ocupando a 22.ª pior posição dentre os bairros de Fortaleza nesse indicador. Para efeito de comparação, o valor do rendimento nominal médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais em Fortaleza é de R\$ 787,48, com a faixa mais elevada situada nos valores de R\$ 2.000,01 a R\$ 3.659,54. Dentre os 119 bairros da cidade, o Quintino Cunha é o sétimo

mais populoso, com 47.277 habitantes, sendo 2.182 na faixa etária acima de 64 anos (CEARÁ, 2012). Há três UAPS no bairro: Licínio Nunes de Miranda, Hermínia Leitão e George Benevides.

A UAPS Licínio Nunes de Miranda foi inaugurada em dezembro de 2016. De acordo com o atesto municipal de funcionamento da UAPS, possui 22.182 pessoas cadastradas no sistema de prontuário eletrônico. A UAPS conta com cinco equipes de saúde da família, duas ESB e uma equipe de NASF que é vinculada a outras duas UAPS, sendo composta por duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psicóloga, um profissional de educação física e duas farmacêuticas. Como CD, estou vinculada à equipe 325, que possui 5.601 habitantes adscritos e sete microáreas, das quais somente cinco cobertas por ACS. Uma das microáreas é de risco 2, e as demais de risco 1⁴. Compõem também a equipe uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal.

4.3 Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por profissionais da equipe 325 e do NASF, totalizando 15 trabalhadores, sendo oito de nível superior e sete de nível médio, assim distribuídos: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma ASB, cinco ACS e sete profissionais do NASF. Os profissionais de nível médio são servidores estatutários, enquanto os de nível superior são regidos por um contrato administrativo com duração de um ano, podendo ser renovado somente por mais um, ou seja, esses profissionais são contratados por, no máximo, dois anos. Após esse período, há nova seleção pública, com contratação nos mesmos termos em caso de aprovação, podendo o trabalhador ser lotado em qualquer outra unidade de saúde. Em junho de 2019, quando se iniciou a fase de campo da pesquisa, a equipe já estava sem médico há alguns meses, tendo chegado um médico em agosto.

Ao optar por trabalhar com uma única equipe e os profissionais do NASF, considerei que a operacionalização desta pesquisa em pequenos grupos seria mais proveitosa. Nesse contexto, Bordenave (1983) pondera que o grau de participação é afetado pelo tamanho do grupo, de modo que, em coletivos muito numerosos, o nível de participação de cada membro tende a baixar. Isso corrobora a visão de Thiollent (2011), para quem a pesquisa-ação tem maior

⁴ Em processo de territorialização ocorrido em Fortaleza em 2005, definiram-se critérios para classificação das microáreas em níveis de risco, sendo estes de 1 a 4, onde a de número 1 é considerada de maior risco e a de número 4 a de menor risco. Foram levados em conta dados cartográficos, socioeconômicos, educacionais e de infraestrutura de diversas fontes (FORTALEZA, 2006).

aplicabilidade em grupos ou instituições de pequeno a médio porte, ou seja, é mais adequada ao nível microssocial (THIOLLENT, 2011).

Após acordado com a gestão local, foram convidados os 15 profissionais por meio de contato pessoal na UAPS ou por telefone, valendo-se também de grupos e convites individuais no aplicativo de troca de mensagens *Whats app* (© 2019 WhatsApp Inc.). Desse total, dez concordaram em participar da pesquisa, sendo quatro do nível médio e seis do NASF, portanto, de nível superior.

4.4 Desenvolvimento da pesquisa

Creswell (2014) entende que o processo de pesquisa em abordagem qualitativa é emergente, significando isso que o plano inicial não pode ser prescrito de modo rígido e as fases do projeto podem mudar a partir da entrada em campo (CRESWELL, 2014). Também para Gil (2018), de modo geral, o planejamento de pesquisas qualitativas é flexível, mas na pesquisa-ação essa característica é ainda mais marcante, a ponto de dificultar um ordenamento cronológico de suas fases, sofrendo influências a partir do relacionamento entre os participantes e o problema pesquisado. A pesquisa-ação privilegia procedimentos flexíveis porque, no decorrer do processo, os objetos podem ser redefinidos a partir das deliberações do grupo de participantes. Além do mais, técnicas padronizadas “proporcionam informações de baixo nível argumentativo, dificultando, conseqüentemente, o trabalho interpretativo” (GIL, 2018, p. 140).

Thiollent (2011) sugere um roteiro que deve funcionar apenas como ponto de partida, pois, em cada situação, o pesquisador precisa redefinir, juntamente aos demais participantes, o que eles podem fazer. Esse autor enfatiza a importância da fase inicial, denominada de exploratória, e o ponto de chegada que, para ele, deve ser a divulgação dos resultados. As demais ações devem caminhar entrementes, de acordo com as demandas que vão surgindo, procurando garantir que cada momento coletivo siga um encadeamento lógico e progressivo.

Pensei as fases e procedimentos da intervenção da maneira que julguei que melhor se adequassem aos participantes e ao serviço cuja realidade já conheço, e que guardassem coerência com a proposta metodológica do estudo. As datas, quantidade e duração dos encontros foram pactuadas com o grupo e acordadas com a gestão local, a partir da minha proposta inicial e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A intervenção ocorreu no período de junho a setembro de 2019, com oficinas acontecendo em junho e agosto. No entanto, foi necessário interromper as atividades durante o mês de julho devido às férias dos participantes.

Para reportar os aspectos metodológicos da pesquisa da maneira mais fidedigna e transparente possível, usei o *checklist* do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Coreq) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Alguns itens do instrumento, voltados para pesquisas com entrevistas e grupos focais, não se aplicam ao desenho desta pesquisa, portanto, não foram contemplados.

4.4.1 Fase exploratória

Foi o momento de reaproximação com o cenário da pesquisa, pois eu estava ausente da unidade há mais de um ano, exercendo mandato eletivo na direção do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará. Contatei a gestão local e os profissionais a partir de visitas ao serviço e do aplicativo *Whats app*. Ineri-me em algumas atividades com o NASF e com os ACS a fim de ir me familiarizando com os novos profissionais e com novas rotinas do serviço. Agendei a seguir uma reunião da equipe, convidando também o NASF, ocasião em que explanei a proposta da pesquisa e expus a relevância do tema. Estiveram presentes a enfermeira, a ASB, três membros do NASF e quatro ACS (a equipe estava sem médico, o que é uma constante na unidade como um todo). Esclareci as dúvidas quanto aos procedimentos da pesquisa, inclusive nos seus aspectos éticos, explicando o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e deixando todos à vontade para decidir no momento seguinte se participariam ou não. Alguns profissionais não participaram em momento algum da pesquisa nem apresentaram justificativa, o que considerei como recusa. Era esperada a não participação de um profissional devido à sua dificuldade de sair do setor para qualquer atividade. Outros profissionais não participaram de todos os momentos por questões de agenda de trabalho, mas não considerei como desistência.

Mais do que uma atividade burocrática, foi um momento necessário para que os (potenciais) participantes expusessem suas opiniões e diversas intenções. Foi também oportunidade para rever os profissionais e conhecer os que chegaram ao serviço durante o meu período de afastamento. Além do mais, pude, já nesta ocasião, perceber apoios, convergências e, principalmente, alguns silêncios que falaram mais alto que todas as manifestações verbalizadas. Enquanto pesquisadora apreensiva, deparei-me com mais uma inquietação para lidar: como se analisam os silêncios? Muitas técnicas existem para analisar conteúdos e

discursos. E o que fazer das lacunas? À minha maneira, compreendi por que os autores citados atribuem tanto valor a esta fase da pesquisa-ação.

4.4.2 Oficinas de produção de dados

Para este estudo, desenvolvi oficinas como recurso para atingir os objetivos almejados. Segundo Araújo, Almeida e Nóbrega-Therrien (2018), as oficinas se constituem em uma metodologia bastante difundida no trabalho educativo em saúde, as quais trazem uma tendência problematizadora e significativa na sua abordagem metodológica, apoiando-se no potencial do ser humano em provocar suas próprias mudanças. Promovem o diálogo por meio de simbologias, mobilizando o potencial criativo dos presentes a fim de pensar propostas de intervenção, além de muitas outras possibilidades. Barreto *et al.* (2013) também ressaltam que, na oficina, os objetivos e passos são pactuados com os participantes, valendo-se da prática de cada um em seu cotidiano para trabalhar as potencialidades do grupo.

As oficinas tiveram caráter formativo em muitos momentos, levando em conta as necessidades identificadas com os participantes e privilegiando metodologias problematizadoras, dialógicas e ativas, valendo-se das situações extraídas do cotidiano do trabalho. A educação popular em saúde esteve presente de maneira transversal neste processo, trazendo contribuições metodológicas ancoradas em uma ruptura epistemológica que também se encontra na proposta da pesquisa-ação (BRAYNER, 2017). Segundo Brutscher (2017, p. 66), é obrigação da educação popular “ajudar as pessoas a se assumirem como sujeitos da história, com capacidade de decidir, irromper e se responsabilizar pelo mundo, apesar dos condicionamentos”.

Ocorreram três oficinas de produção de dados: uma destinada ao levantamento das necessidades para a análise do problema, uma para processo formativo sobre saúde bucal e outra para a elaboração do plano de ação. Usei aqui o termo “produção de dados” de acordo com Silva (2012), que defende que a realidade está constantemente em produção. Nesse sentido, a autora se contrapõe ao termo “coleta de dados”, argumentando que não há um mundo já dado para que o possamos coletar. Considerei essa reflexão coerente com a proposta desta intervenção que se amparou na construção coletiva de caminhos para a solução de um problema. Esses três momentos ocorreram na sala de reuniões da unidade, apenas com a presença dos participantes da pesquisa e com duração variando de duas a três horas cada.

4.4.2.1 Descrição da primeira oficina

Na reunião inicial, agendamos a primeira oficina, que ocorreu no final de junho com a participação de quatro profissionais do nível médio e três membros do NASF. Embora eu já tivesse explicado as propostas para a pesquisa tanto no momento presencial quanto via *Whats app*, repeti as informações considerando que alguns dos presentes não estiveram na reunião da equipe. O mesmo ocorreu na oficina seguinte. Programação:

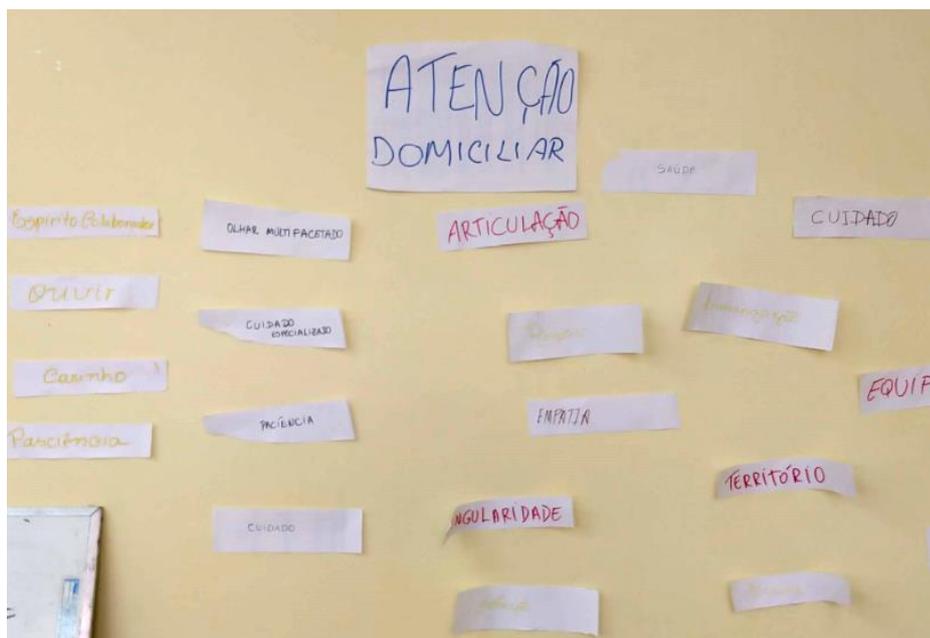
Momento 1: acolhida. Dispus vários materiais pela sala, relacionados ao tema que pretendia discutir: impressos e objetos sobre o SUS, sobre profissões de saúde, sobre idosos etc. Em um primeiro momento, pedi para os participantes circularem pela sala observando os objetos, manuseando e folheando se assim o desejassem.

Momento 2: dinâmica de apresentação. Todos já se conheciam, então pedi que os participantes falassem a origem do seu nome ou o que sabiam sobre ele. Cada um teria 30 segundos para tal. Controlei o tempo por cronômetro.

Momento 3: dinâmica "jornada". Coloquei uma música animada dos anos 1970 que fez muito sucesso na época. O objetivo era despertar a nostalgia e animar o momento. Enquanto a música tocava, os participantes deveriam andar à vontade pela sala. Quando a música parasse, cada um deveria formar uma dupla. Eu fazia então uma pergunta a ser respondida nas duplas: cada componente responderia ao parceiro em, no máximo, um minuto. Após esses dois minutos, eu colocava a música de novo e as pessoas deveriam novamente circular pela sala até a música parar e fazer nova dupla. Daí, eu fazia outra pergunta. Fiz três perguntas sempre respeitando a dinâmica descrita: por que escolhi essa profissão? Como foi para mim a experiência de entrar na ESF? Como me sinto trabalhando nesta UAPS?

Momento 4: dinâmica de evocação de palavras. Pedi que os participantes escrevessem a primeira palavra ou expressão que lhes vinha à mente quando pensavam em "atenção domiciliar". Distribuí tarjetas e sugeri que escrevessem entre 3 e 5 palavras/expressões. Dei-lhes alguns instantes para esta tarefa e, em seguida, pedi que escolhessem uma palavra ou expressão, dentre as que pensaram, que eles consideravam a mais importante. Para esta, eles escreveriam no verso da respectiva tarjeta a justificativa para a escolha. Em seguida, perguntei se alguém gostaria de comentar a sua justificativa. Finalizei pedindo que os participantes pregassem suas tarjetas na parede, como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Mural da evocação de palavras



Fonte: elaborada pela autora.

Momento 5: grupo focal. Em seguida, indaguei ao grupo acerca de quatro questões disparadoras: Que dificuldades vocês sentem para prestar a atenção domiciliar aos pacientes da equipe? Quem vocês acham que pode ajudar na promoção de saúde bucal dos pacientes domiciliares? Qual poderia ser seu papel na promoção da saúde bucal destes pacientes? O que falta para você conseguir desempenhar melhor seu papel? À medida que os participantes iam debatendo sobre as perguntas, eu anotava em um quadro branco as respostas que iam surgindo. Sempre tentando sintetizar ou agrupar as falas e perguntando às pessoas se era isso mesmo que elas estavam querendo dizer. Encerrado o debate de cada pergunta, além de tomar notas, eu fotografava o quadro para registro e passava para a pergunta seguinte.

Encerramento: avaliação. Pedi que os manifestantes expusessem livremente o que acharam da oficina, de preferência mencionando aspectos positivos e negativos. Em seguida, agendamos a próxima oficina para dez dias depois, em julho.

Essa oficina funcionou como momento de diagnóstico/análise do problema. Também tentei torná-lo um momento formativo de facilitadores (embora de modo improvisado e com pouco tempo), sempre pensando com eles possibilidades de usar as mesmas técnicas de trabalho com grupos, em outros momentos, tanto com a população, quanto com outros profissionais. Expliquei aos participantes os motivos que me levaram a escolher cada um desses recursos, porque pensei ser adequado para o momento e para os meus objetivos.

4.4.2.2 Descrição da segunda oficina

Apesar de eu ter lembrado e reforçado o convite aos participantes em momento oportuno, só compareceu uma pessoa. Comentamos que alguns profissionais estavam de férias, outros tiveram outras atividades que surgiram de última hora, de modo que ficou acertado de eu tentar contactar as pessoas e marcarmos outra data. A seguir, deu-se um impasse. Com algumas mudanças de agenda da equipe, não consegui uma data que fosse viável para os membros da EqSF e para o NASF. Dentre as datas e horários sugeridos, a que possibilitava maior número de pessoas era viável para a maioria dos profissionais do NASF, mas não para os ACS. Como a maioria dos ACS não me confirmou presença, optei pelos participantes que me deram mais certeza, ou seja, o NASF. Além do mais, na primeira oficina, o NASF foi mais participativo e esteve presente do começo ao fim da oficina, o que não aconteceu com os ACS (uns chegaram mais tarde, outros saíram mais cedo). Esse desdobramento teve profundas repercussões no rumo da pesquisa.

A oficina ocorreu em 8 de agosto de 2019, mais de um mês após a primeira, portanto. Tratou-se de um momento formativo abordando os principais agravos que acometem a saúde bucal e as formas de manejo. Estiveram presentes quatro profissionais de NASF e um do nível médio. Preparei a programação para esse momento a partir de parte do conteúdo da primeira oficina.

Abertura. Como algumas pessoas que compareceram nesta oficina não estiveram na anterior, fiz novamente esclarecimentos sobre a pesquisa.

Momento 1: resgate. Pedi para as pessoas falarem à vontade sobre o que lembravam da oficina anterior. Em seguida, apresentei os *slides* que elaborara a partir das respostas às quatro perguntas do grupo focal da oficina anterior. Revisei a exposição dos *slides* e confirmei se era isso mesmo que tinha sido construído na discussão anterior, no que o grupo concordou.

Momento 2: principais doenças. Distribuí tarjetas e pedi que os participantes escrevessem as doenças da cavidade oral que eles conheciam. Deixei-os bem à vontade para escrever da maneira como eles conheciam, sem se preocupar em usar termos técnicos corretos. Pedi então que fixassem as tarjetas na parede. Expliquei que, a seguir, eu iria agrupar as tarjetas, sem explicar o critério de agrupamento. No entanto, um dos participantes pediu para fazer isso. Como ele estivera no mês anterior em uma atividade semelhante que desenvolvemos na comunidade, utilizou a mesma lógica que eu utilizara lá. Não era exatamente a mesma que eu pensara inicialmente, mas até que funcionou muito bem.

Momento 3: discussão sobre as principais doenças, abordando a etiologia, frequência, formas de prevenção e tratamento. Usei o quadro branco como apoio. Pedia sempre para os participantes falarem o que sabiam sobre o assunto, para ir esclarecendo alguns equívocos. E foram muitos!

Momento 4: construção coletiva de uma apresentação de *slides* com os assuntos discutidos para recapitular o conteúdo. Usei como apoio, nesse momento, uma apresentação de *slides* "em aberto", ou seja, construí uma apresentação constando apenas o nome de cada doença com uma imagem que tivesse com ela alguma relação ou forma de associação. Por exemplo: para a cárie, coloquei uma imagem com várias guloseimas doces, para demonstrar a forte relação dessa doença com o consumo de açúcares, distinguindo-a da doença periodontal. Para cada *slide* com uma doença, os participantes iam relatando o que havia sido dito no momento anterior e eu ia digitando no computador com o apoio do projetor para que todos visualizassem. O último *slide* referia-se às particularidades do paciente domiciliar. Discutimos como trabalhar a prevenção dessas doenças no paciente acamado, com comorbidades e outros fatores complicadores.

Momento 5: caderneta do idoso⁵. Projetei a mais recente versão da caderneta do idoso, destacando ao grupo aqueles elementos mais importantes para a saúde bucal. A intenção era revisar o conteúdo, além de informar algo que porventura eu tivesse esquecido de comentar e que fosse relevante. Nesse momento, foi dada mais ênfase ainda às particularidades da população idosa e pessoas com deficiência, que são as que geralmente requerem cuidado domiciliar. Além do mais, conversei com o grupo sobre a importância de todos os profissionais analisarem a caderneta como um todo e de um bom preenchimento das informações dela, ressaltando como diversas informações sistêmicas são importantes para o trabalho na promoção de saúde bucal. Aproveitei para lembrar ao grupo que, com base nos dados constantes nas fichas de cadastro domiciliar preenchidas pelos ACS, temos pouquíssimas pessoas com deficiência em nosso território. No entanto, o número de acamados registrados nessas fichas é altíssimo, o que nos leva a concluir que nossos ACS não entendem bem o que significa ser uma pessoa com deficiência, já que não registram pessoas acamadas ou restritas ao domicílio como tal. Isso implica em sub-registro. Destaquei que diversos profissionais podem contribuir com o preenchimento de seções como as informações sociofamiliares, por exemplo. Citei minha

⁵ A "Caderneta do Idoso" é editada pelo Ministério da Saúde como instrumento auxiliar na qualificação da atenção à pessoa idosa, e sua versão impressa é disponibilizada aos municípios após adesão via formulário eletrônico. Está disponível também em <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>

experiência na residência multiprofissional (sobre a qual falarei mais adiante) trabalhando com uma assistente social, quando aprendi sobre direitos como o Benefício de Prestação Continuada. Ressaltei que nem sempre a população conhece seus direitos, e que nós devemos tentar aproveitar cada oportunidade para contribuir com qualquer informação que possa ser útil aos nossos pacientes. Como alguém escreveu em uma tarjeta na oficina anterior, o momento da AD é uma "oportunidade" para muitas ações. Muitas vezes, estamos em uma equipe que não tem assistente social, situação em que podemos tentar colaborar dentro de uma perspectiva de clínica ampliada. Conversei, também com base na caderneta, sobre pontos de intercessão entre a odontologia e outras áreas como nutrição e psicologia, de modo que a colaboração entre as diferentes categorias é importante. Demonstrei que alguns itens da avaliação de saúde bucal, como as informações sobre etilismo e tabagismo, poderiam ser preenchidos por outros profissionais, inclusive os ACS.

Momento 6: vídeo. Exibi um vídeo instrutivo sobre cuidados com a higiene oral de pessoas acamadas que encontrei na plataforma de compartilhamento de vídeos *You Tube*⁶ (© 2019 You Tube, LCC). Trata-se de um vídeo curto, prático e bem didático, que disponibilizei depois nos grupos de *Whats app* da unidade.

Encerramento com avaliação pelos participantes.

4.4.2.3 Descrição da terceira oficina

A terceira oficina ocorreu duas semanas após a anterior, com a presença dos mesmos participantes, que dispunham de duas horas para o encontro.

Acolhida: Relembrei ao grupo a proposta da pesquisa, informando que o tempo de realização das oficinas não foi o ideal, mas reforçando minha vontade de que ela funcionasse como um processo disparador. relatei que, nesta pesquisa, estou aprendendo com o grupo – e errando, reconheci –, e assim seguimos caminhando. Devido à limitação de tempo dos participantes, precisei enxugar a programação, retirando dinâmicas. Fiz um resgate das duas oficinas realizadas, utilizando o projetor como apoio e as apresentações de slides anteriormente construídas com o grupo.

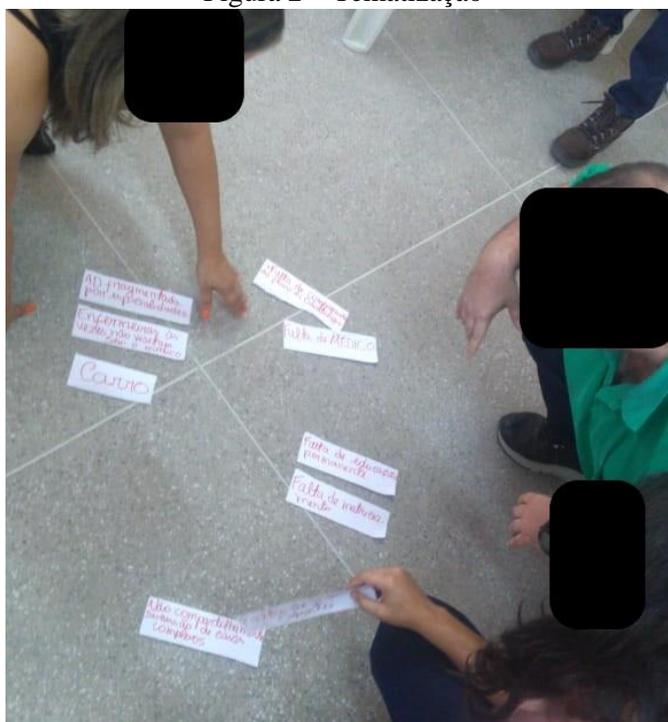
Momento 1: tematização. Em seguida, dispus no chão as tarjetas referentes às respostas às perguntas 1 e 4 do grupo focal da primeira oficina: que dificuldades você sente para prestar a atenção domiciliar aos pacientes da equipe? O que falta para você conseguir

⁶ Disponível no *link*: https://www.youtube.com/watch?v=Ub1W0_kV57o.

desempenhar melhor seu papel? Essas perguntas visavam a identificar o que o grupo via como dificuldade para desempenhar uma boa atenção domiciliar e contribuir com a promoção de saúde bucal. Expliquei os passos de um círculo de cultura, mostrando que a ideia era fazer uma adaptação dele, que começara, na verdade, já na primeira oficina. Aquelas respostas do grupo funcionariam assim como "palavras geradoras". E as respostas eram: falta de carro, falta de compreensão do fluxo da odontologia, falta de educação permanente, falta de matriciamento, falta de médico, falta de insumos, não compartilhamento/discussão de casos complexos, AD fragmentada por especialidades e enfermeiras às vezes não faziam visitas domiciliares sem o médico.

Em seguida, pedi que o grupo tentasse agrupar as tarjetas por núcleos de sentido. Eles formaram três conjuntos temáticos que, a princípio, ficaram assim constituídos: 1) falta de compreensão do fluxo da odontologia, falta de educação permanente, falta de matriciamento, não compartilhamento/discussão de casos complexos; 2) falta de médico, falta de insumos, falta de carro; 3) AD fragmentada por especialidades, enfermeiras às vezes não visitam sem o médico. Após algumas discussões e problematizações entre eles mesmos, alguns itens foram mudados de lugar. O momento está exemplificado na Figura 2.

Figura 2 – Tematização



Fonte: elaborada pela autora.

Momento 2: potencialidades. Pedi então que os participantes pensassem sobre algo de positivo na unidade, como recursos, potências, fortalezas que a unidade tem, para que não

pensássemos que só temos problemas. Eles escreveram as respostas em tarjetas e as afixaram na parede. As respostas foram: gestor participativo, parceria da gestão da unidade, gestor parceiro, variedade de profissionais, bons profissionais, equipe do NASF, diálogo na equipe, capacitações constantes, espaço físico adequado, estrutura física.

Momento 3: priorização. Tendo estes elementos em mente, pedi que priorizassem um dos três temas para trabalharmos no plano operativo, levando em consideração nosso pouco tempo para essa construção, a nossa governabilidade sobre alguns daqueles problemas, os recursos e atores de que talvez dispuséssemos. Propus empregarmos, na construção do plano, expressões comumente usadas em educação popular, tais como “situações-limite”, “inédito-viável” e “ato-limite”⁷. Eram termos desconhecidos para o grupo, assim tive que tentar explicar seus significados e a intenção por trás deles. Nesse modelo, as palavras geradoras seriam nossas situações-limite, em outras palavras, nossos problemas. O “inédito-viável” corresponderia aos resultados esperados das ações que, por sua vez, seriam os nossos “atos-limites”. O grupo priorizou o conjunto temático n.º 1, a saber, falta de compreensão do fluxo da odontologia, falta de educação permanente, falta de matriciamento e não compartilhamento/discussão de casos complexos.

Momento 4: conquistas. Perguntei se alguém do grupo lembrava de alguma situação que foi superada, por exemplo, um problema que a unidade teve, e que se resolveu ou melhorou. Propus que pensassem: “em que já avançamos? O que já conquistamos?” A ideia era trazer um exemplo de dificuldade superada e que, portanto, as situações-limite levantadas pelo grupo poderiam ser superadas de algum modo. A única resposta relatada pelo grupo foi a chegada de médicos – fato que, a propósito, gerou outro problema, embora menos relevante: a falta de salas e de computadores.

Momento 5: elaboração do plano. Enfatizei que, apesar de o título da pesquisa trazer a frase “construção de um plano”, a palavra-chave aí, para mim, era “**construção**”, e não o plano em si. Ou seja, todo o **processo** que nos levou àquele momento era mais importante que o produto que estávamos para elaborar. Expliquei que não fora minha intenção trazer uma técnica formal de planejamento nem modelos prontos, reafirmando que sequer eu tinha *expertise* para tal. Sugeri que começássemos com uma “diretriz norteadora”, a qual funcionaria como premissa que estávamos defendendo após todas as discussões realizadas. Tentei fazer

⁷ Segundo Freire (1987), o conceito “situações-limite”, originalmente de Jaspers, ganhou novos contornos com Pinto (1960 *apud* FREIRE, 1987), que lhes conferiu o aspecto de representar a margem que antes era barreira, mas que agora pode ser vista como abertura a novas possibilidades. As pessoas incidem sobre tais desafios realizando ações que ele chama de “atos-limites”, por meio dos quais poderão atingir uma condição desejável, a saber, o “inédito-viável”.

com que o grupo elaborasse essa diretriz, mas a ideia não estava clara para eles. Assim, apresentei o que eu tinha em mente: **“A promoção de saúde bucal dos pacientes domiciliares precisa da participação dos diversos profissionais que atuam na atenção primária em saúde”**. O grupo aceitou, e então passamos à elaboração da situação-limite.

A ideia dessa elaboração era construir uma questão norteadora para as propostas que se seguiriam no plano. Em adição, para estimular o grupo a conseguir analisar e, principalmente, sintetizar tudo que eles apontaram como entraves para resolver o problema maior. Em outras palavras, fazer com que o grupo conseguisse extrair a essência de toda a reflexão e problematização feita até então. Os participantes formularam várias maneiras de expressar a situação-limite, tentando combinar os diversos elementos levantados. À medida que eles iam sugerindo como definir a situação-limite, eu digitava no *slide*, sempre projetando para todos acompanharem. Ao final, o grupo definiu: **“A ineficiência da educação permanente propicia a atenção domiciliar fragmentada e a dificuldade de matriciamento”**.

Para a construção do plano, projetei uma tabela com várias colunas e linhas em branco. Coloquei a diretriz e questão norteadora no cabeçalho e expliquei ao grupo que o que colocaríamos naquela tabela, dali em diante, seria de acordo com o que eles entendessem que deveria haver em um plano operativo. Uma participante começou dizendo que uma das colunas deveria ser “responsáveis” e outra “prazo”. Tentei puxar pela memória deles o que se usava para medir ou avaliar o resultado de uma ação em saúde. Eles não lembraram, então eu falei que eram “indicadores”. E assim, sempre estimulando o próprio grupo a pensar nos componentes, evitando ao máximo induzi-los, fomos construindo as colunas. Avisei que não teria problema se várias daquelas linhas e colunas ficassem em aberto.

Cada meta, cada resultado, cada indicador foi elaborado **na oficina**. Isso consumiu muito tempo de discussão. Muitas possibilidades foram aventadas. Desse modo, não foi possível pensar em mais atos-limite, muito menos em colocar outras situações-limite para tentar resolver. Avalio que o assunto “saúde bucal” era tão novo para os participantes que eles resolveram centrar todas as ações na educação permanente, como saída para aliviar a situação. No entanto, também porque induzi o grupo a não pensar em ações fora da nossa governabilidade, para que nós não nos frustrássemos, embora ressaltando a importância de conquistar toda a unidade para participar e de sempre provocar as instâncias superiores para os demais recursos necessários. Outra intervenção minha foi quanto aos prazos, pois achei as propostas muito ousadas e sugeri cautela. Assim, ampliei o período pensando pelos participantes e chegamos a um meio-termo. Também propus um ato-limite ao grupo: realizar algumas sem ajuda de transporte, tendo cada um de caminhar até o domicílio do paciente.

O plano ficou incompleto pelos motivos já relatados e porque não foi mais possível articular outro momento com o grupo. Ele pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição do Plano de Ação

Diretriz norteadora: a promoção de saúde bucal dos PD precisa da participação dos diversos profissionais que atuam na APS.					
Situação-limite: A ineficiência da Ed permanente propicia a AD fragmentada e a dificuldade de matriciamento.					
Ato-limite (ações)	Inédito viável (resultado)	Metas	Indicadores	Responsáveis	Prazo
Capacitações	Profissionais mais sensibilizados	Mais capacitações realizadas; mais profissionais contemplados no total; mais categorias contempladas.	N.º de capacitações realizadas; n.º de profissionais contemplados; n.º de categorias contempladas	ESB	3 meses
Pendências: puxar relatórios do sistema para saber quantas capacitações estão sendo realizadas por mês em média na UAPS.					
Outras iniciativas para melhorar a atenção domiciliar: - Fazer algumas visitas a pé. Para tanto, discutir na reunião de equipe quantos pacientes domiciliares moram a poucos quarteirões da UAPS e a possibilidade de alguns profissionais visitarem esses pacientes a pé. Isso potencializaria o uso do carro para dar conta dos domicílios mais distantes. - Ver nos relatórios do sistema quantos atendimentos domiciliares estão sendo realizados.					

Fonte: elaborado pela autora.

4.4.2.4 Primeiras impressões

O uso do dispositivo de grupos para execução de tarefas tem muitas vantagens, ao mesmo tempo em que apresenta mais desafios. Coloquei-me no papel de educadora sem me sentir preparada para tal e, coincidentemente (ou não), o que mais o grupo expôs foi a importância da educação para os nossos processos de trabalho.

Procurei proporcionar um clima favorável às discussões nos encontros, a partir de técnicas de planejamento das atividades aprendidas aqui e ali para transformar o campo propício à investigação (PICHON-RIVIÈRE, 2005). É importante, apesar da preparação, haver também

flexibilidade, pois é sempre possível haver a necessidade de ajustes no decorrer dos trabalhos (SILVA; SOUZA; PINHEIRO, 2019). Faz parte também de quem se coloca no papel de educador controlar suas próprias opiniões, perceber os momentos convenientes para intervir, bem como a melhor maneira de fazê-lo e manejar o tempo sem extrapolá-lo, porém evitando interrupções em momentos de construção no pensamento do grupo (AZEVEDO; GOMES, 2019). Outras providenciais sugestões que procurei seguir foram as de Souza *et al.* (2019), tais como estabelecer um pacto de convivência, deixar que as pessoas se manifestassem voluntariamente, evitando pressioná-las, e sempre avaliar o encontro ao final. Lara *et al.* (2019) acrescentam a habilidade de promover participação equilibrada entre os membros do grupo, de propiciar um clima inclusivo e escuta qualificada, bem como respeitar diferenças e saberes prévios do grupo, além de contribuir com a capacidade de pensamento crítico e reflexivo. Destacam que não há uma forma única de facilitar, mas caminhos que, a depender de várias circunstâncias, podem mobilizar diversas capacidades (LARA *et al.*, 2019). Por um lado, senti falta de ter uma “receita de bolo”, mas, ao mesmo tempo, entendi que essas dificuldades apontadas me forçaram a acessar meu lado criativo há muito tempo adormecido. Embora já esperada, pois em toda pesquisa se esperam perdas na quantidade de participantes, a ausência de alguns profissionais também foi representativa. Nas práticas de intervenção social, que devem fundamentar-se numa concepção articulada, temos de considerar a “complementaridade de todos os elementos envolvidos” (SEVERINO, 2010, p. 19).

O trabalho no grupo proporcionou oportunidade de convivência entre os profissionais, na perspectiva de aprender a fazer junto, compartilhando diversos saberes em prol de interesses comuns. Avalio que fui feliz na escolha das questões norteadoras de forma a contribuir com o enriquecimento profissional dos envolvidos. Os grupos que operam com membros de diferentes categorias profissionais podem disparar processos de transformação de práticas além de contribuir com a consolidação do trabalho em equipe e muitas outras vantagens (ROSSIT, *et al.* 2018). Ao invés de simplesmente prover dados por meio de questionários, nos grupos operativos os participantes aprimoram sua percepção sobre certa situação-limite, podendo remodelar sua maneira de enfrentamento, dessa vez, apoiados pelo conjunto de seus membros (SOUZA; SAMPAIO; ARAGÃO, 2019).

As oficinas tiveram abordagem formativa em certos momentos, levando em conta as necessidades identificadas pelos participantes e privilegiando metodologias problematizadoras, dialógicas e ativas, para processar uma situação extraída do cotidiano do trabalho, além de serem condizentes com os objetivos da pesquisa. A educação popular em saúde esteve presente de forma transversal nesse processo, trazendo contribuições

metodológicas ancoradas em uma ruptura epistemológica também encontrada na pesquisa-ação (BRAYNER, 2017). Segundo Brutscher (2017, p. 66), é obrigação da educação popular “ajudar as pessoas a se assumirem como sujeitos da história, com capacidade de decidir, irromper e se responsabilizar pelo mundo, apesar dos condicionamentos”.

Para Thiollent (2011), a pesquisa-ação, por definição trabalhada preferencialmente em grupos, propicia melhor análise de problemas ligados à aproximação de pesquisadores e profissionais a uma realidade social e de como intervir nela; estimula a associação da pesquisa a práticas educativas e à socialização de informações à coletividade; gera uma tensão entre a situação como se encontra e como pode vir a ser, dentro de parâmetros definidos como desejáveis. Vale dizer, os problemas estão inseridos no contexto da coletividade e sua resolução só poderá ter sucesso com a participação de seus membros.

Demo (2002) defende a interdisciplinaridade, pois “nenhuma abordagem isolada pode dar conta da complexidade (...)”. O efeito complexo do conhecimento se torna mais perceptível quando se trabalha em uma equipe heterogênea, pois assim o conhecimento não se soma simplesmente, mas se potencializa. “Inteligências bem orquestradas vão extremamente além da mera soma linear de cada uma” (DEMO, 2002, p. 133).

Após cada oficina, avaliamos a vivência, inclusive da perspectiva da produção de sentido quando, de acordo com Rozemberg (2012, p. 755), analisa-se a maneira como a “comunicação foi recebida pelas sensibilidades das pessoas envolvidas, que razão de ser ela teve, que faces ela tomou e que rumos gerou”. A adoção de um processo de trabalho em que as atividades são planejadas e, sobretudo, sempre avaliadas após sua execução pode e deve ser incorporada na rotina dos profissionais da ESF.

Já os momentos de resgate, no início da segunda e terceira oficinas, assumiam a dupla função de reavivar no grupo as discussões anteriores e de checar com eles se concordavam com a síntese que eu apresentava. O ideal seria, inclusive, apresentar-lhes as transcrições das falas, mas isso não ocorreu.

Embora esses modos de operar em conjunto não sejam estanques, é bom resgatar as definições de Ceccim (2017, p. 54) para quem colaborar pode ser “assumir que os labores estão definidos e ajudamos o outro, enquanto cooperar é operar em conjunto, assim aquilo que ‘eu’ sei tem de estar disponível para a equipe”. Uma competência colaborativa que os profissionais da ESF precisam adquirir é a de resolução de conflitos interprofissionais. Eles fazem parte do cotidiano do ambiente de trabalho e “é importante reconhecê-los e aprender a lidar com eles de forma compartilhada com os demais profissionais da equipe, do serviço e da rede de atenção à saúde” (PEDUZZI, 2017, p. 46). Ainda que as soluções propostas não sejam

aplicáveis de imediato na conjuntura vigente, além de ter o objetivo de esclarecer o problema que a ensejou, a pesquisa-ação, em todo o processo que desenvolve, é proveitosa ao surtir um efeito conscientizador ou de autodefinição dos grupos, abrindo possibilidades para o futuro (THIOLLENT, 1997; 2011).

Considerando a centralidade da categoria educação permanente presente em todo o processo dessa intervenção e o seu direcionamento rumo ao desenvolvimento profissional de todos os participantes (eu incluída), algumas questões me chamaram a atenção durante e após essa experiência: de que forma a educação permanente poderia transpor as fragilidades da formação acadêmica dos profissionais de saúde? Como desenvolver processos de trabalho na ESF de modo a propiciar a efetivação do trabalho **realmente** em equipe? Como podemos estimular o protagonismo e autonomia das equipes em seu contexto local? Estes foram alguns dos elementos que busquei trabalhar na análise e discussão dos dados.

4.5 Coleta e análise de dados

Em pesquisa qualitativa, a análise “é multifacetada e aponta diversidades de conhecimento das ciências humanas e sociais, que se conectam ao contexto social, apreendendo as dimensões de compreensão dos fenômenos e suas interfaces” (JORGE; CATRIB; LIRA, 2018, p. 183). Daí a importância de se empregarem métodos capazes de chegar profundamente à subjetividade dos participantes como

dinâmicas de grupo que promovam falas e diálogos mais soltos, e outros, destinados a gerar “dados discutidos”, reconstruídos, por vezes reiteradamente, em ambiente de subjetividade flexível metodologicamente controlada. Como é ambivalente ao extremo, a pesquisa qualitativa presta-se a todos os abusos, bem como a aprofundamentos verdadeiros (DEMO, 2002, p. 134).

As oficinas de produção de dados foram registradas em gravações de áudio posteriormente transcritas. Além disto, foram também feitos registros fotográficos e em vídeo. Outra fonte de dados foi o portfólio reflexivo, dispositivo onde registrei minhas reflexões, impressões e descrições de vários eventos durante o trabalho em campo, para exercitar o pensar narrativo e crítico. Há uma tendência na pesquisa-ação a se fazer a documentação do seu progresso de forma compilada também em um portfólio (TRIPP, 2005).

Para guiar a análise dos dados me vali da “Sistematização de Experiências”, que interpreta criticamente a experiência partindo de seu ordenamento e reconstrução. Assim, “descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como se relacionam entre si e porque o fizeram desse modo” (HOLLIDAY, 2006, p. 24).

Todo esse rico processo até agora relatado e sua construção podem contribuir para a produção de conhecimento ancorada na sistematização proposta por Holliday. Encorajada pela educação popular, ela tem o potencial de, em sua maneira particular, estimular a construção de conhecimentos teórico-práticos para a ação de transformar (CANANÉA; MELO NETO, 2017). Fundamenta-se na Concepção Metodológica Dialética, que traz um modo de perceber a realidade e conhecê-la a partir da aproximação, para que se possa transformá-la por meio da ação sobre ela (HOLLIDAY, 2012).

Holliday (2012) ressalta a importância do compartilhamento do aprendido com a experiência de forma a expor os conhecimentos surgidos de práticas concretas à luz da reflexão teórica. O autor propõe cinco tempos para a efetivação da sistematização:

- a) o ponto de partida;
- b) as perguntas iniciais;
- c) recuperação do processo vivido;
- d) a reflexão de fundo;
- e) os pontos de chegada.

Segundo o autor, cada tempo pode variar em seu conteúdo, alcances, níveis de profundidade e duração, entre outros.

Assim como na pesquisa-ação, na sistematização de experiências, adaptações poderão ser necessárias, uma vez que se trata de propostas de trabalho coletivo cujo grau e tipo de participação alcançada durante o desenrolar das atividades em campo não podem ser precisados de antemão.

Um exemplo de contingência é quando a sistematização não pode ser feita coletivamente, como foi o caso. Mas Holliday (2006) prevê que algumas de suas etapas, quando não possíveis de serem efetivadas de modo coletivo, podem ser executadas somente pelo pesquisador. Este, no entanto, precisa estar ciente de algumas armadilhas como a “‘ilusão de transparência’, quando o pesquisador julga que consegue apreender as significações dos atores sociais, porém obtém unicamente a projeção da própria subjetividade” (JORGE; LOURINHO; AMORIM, 2018, p. 608).

Para contribuir na análise da experiência, outro dispositivo de uso inovador na investigação do qual me vali foi o portfólio reflexivo. Este vem cada vez mais sendo adotado na educação como um procedimento de avaliação condizente com a avaliação formativa (BOAS, 2004). Uma de suas características, segundo Stelet *et al.* (2016), é deslocar a aprendizagem da mera memorização e, assim, contribuir para o desenvolvimento de atitudes. De acordo com esses autores, narrar suas experiências no portfólio propicia uma reflexão sobre

como elas se deram em relação ao conhecimento científico, à forma de interação com os demais sujeitos envolvidos e consigo mesmo (STELET *et al.*, 2016).

Seu uso pode ser conjugado com as narrativas autobiográficas. Os modelos biográficos “assentam-se na inserção individual e coletiva da memória e nas histórias de vida, os quais se centram na temporalidade, nos territórios, na individualização e individuação da existência e do sentido da vida” (SOUZA, 2008, p. 39). O mesmo autor também aponta essa metodologia de trabalho em processos formativos de profissionais diversos, como possibilidade de construção de significados em suas histórias de vida, “através das marcas e dispositivos experienciados nos contextos de sua formação” (SOUZA, 2008, p. 38).

As narrativas autobiográficas se situam no rol das abordagens qualitativas de investigação e contribuem nos processos de busca de identidade e de constituição de subjetividades. Para Olinda (2012), mais do que um método de pesquisa, trata-se de um caminho de autoconhecimento, no qual o narrador pode se problematizar e se tornar objeto de investigação, podendo compor um novo paradigma formativo, investigativo e de intervenção comunitária.

Segundo Josso (2007, p. 416), as situações e acontecimentos vividos nos mais diversos âmbitos podem ter seus sentidos trabalhados em diferentes registros, facilitando, assim, “uma visão de conjunto, de aumento da capacidade de intervenção pertinente na própria existência e otimizando as transações entre os atores mobilizados pela situação do momento”.

Resumindo o tratamento do portfólio proposto por Josso (2007), há um momento de narrativa oral dos percursos seguida da elaboração da redação escrita e, nesta transição da narração oral à escrita, o sujeito pode constatar as modificações no conteúdo relatado, questioná-las e explicá-las, para daí tentar compreendê-las.

Cabe ressaltar que o trabalho autobiográfico não se reduz à dimensão de uma reflexão introspectiva, pois contempla modalidades de elaboração das histórias e sua posterior análise. A compreensão da experiência implica um processo que percorre uma série de etapas nas quais o participante deve investir ativamente.

Como aqui trabalhei com uma bricolagem⁸ de técnicas e não só com narrativas, adaptações foram necessárias. Ao invés de ler minha narrativa inicial a um grupo e ouvir também as suas para daí elaborar minha nova narrativa, eu “ouvi” os depoimentos dos demais

⁸ A partir da palavra francesa *bricoleur* (um trabalhador manual que se vale do que puder dispor de ferramentas para executar uma tarefa), desenvolveu-se o conceito de bricolagem em pesquisa que busca dar conta da complexidade dos fenômenos sociais. Para tal, os pesquisadores usam métodos ativamente, ou seja, constroem seus métodos de pesquisa a partir de ferramentas disponíveis, em vez de receber passivamente as metodologias aplicáveis universalmente ou ditas corretas (KINCHELOE; BERRY, 2004).

participantes por meio dos registros (principalmente as transcrições das oficinas e conversas anotadas no portfólio). Essa foi minha maneira de chegar à dialética de identificação e de diferenciação a partir de onde pude questionar os percursos: o meu e o dos outros (JOSSO, 2007).

Cada história é trabalhada visando a perceber os momentos de articulação, muitas vezes fundadores, os valores que orientaram as escolhas, [...] as dialéticas que permitem compreender as orientações gerais de uma vida, as atitudes e aprendizagens do sujeito nas situações, nos acontecimentos, nos encontros e nas atividades impostas ou escolhidas ao longo da vida (JOSSO, 2007, p. 421).

Para Touraine (1999), o conteúdo do sujeito não é outro senão a produção de si mesmo. O empenho de cada um em transformar as experiências vividas em elementos de construção de si próprio como ator é fundamental para nos apoiarmos em um mundo em permanente e incontrolável mudança.

A bricolagem expõe a relação entre a visão de mundo do pesquisador, além de sua posição social e história pessoal (KINCHELOE; BERRY, 2004). Trabalhei as narrativas desenvolvendo uma reflexão crítica agregando o referencial teórico, as atividades realizadas no período da pesquisa e a identidade profissional vivenciada na minha trajetória de trabalhadora da Estratégia de Saúde da Família. Busquei, com a sistematização e análise desta experiência, realizar uma reflexão no sentido de compreender de forma mais profunda o vivido e, assim, qualificar a minha prática profissional na medida em que ampliou o olhar sobre o meu fazer e minha relação com o restante da equipe.

Para que o significado atribuído nas narrativas não fosse superficial, como advertem Buogo e Castro (2013), foi necessária a busca de leituras sobre a temática abordada e uma imersão nesses textos, proporcionando, assim, um diálogo constante entre teoria e prática. Holliday (2006) também se refere à importância do compartilhamento do aprendido com a experiência, de forma a expor os conhecimentos surgidos de práticas concretas à luz da reflexão teórica.

Segundo Brayner (2017), a pesquisa-ação se guia em uma perspectiva na qual a realidade é definida como algo construído pelos sujeitos e a partir do que estes dizem dela. A intervenção nessa realidade está condicionada à maneira como as pessoas se relacionam com ela e, assim, de acordo com os significados e sentidos que lhes são atribuídos, é que se poderá alcançar sua transformação (BRAYNER, 2017). Procurei me manter ciente de que as construções abstratas, típicas das abordagens qualitativas, produzem uma interpretação parcial da realidade pesquisada, mas também que qualquer método é limitado diante da diversidade dos fenômenos e da subjetividade humana (JORGE; LOURINHO; AMORIM, 2018).

Na produção deste trabalho, almejei explorar o potencial desses diversos dispositivos e ferramentas em um desenho metodológico configurado de modo a contemplar os objetivos pretendidos de maneira coerente em toda a sua concepção.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, como forma de garantir a proteção aos seus participantes. Nesse sentido, incorporou os referenciais da bioética, dentre os quais a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

O projeto para esta pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas regidas pela citada Resolução. A produção de dados somente se iniciou após aprovação do Sistema de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e aprovação formal mediante Termo de Anuência pela Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (CEPPES), da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. A pesquisa foi aprovada sob o Parecer n.º 3.420.571 (ANEXO A), com posterior emenda aprovada no Parecer n.º 3.618.327 (ANEXO B).

Os participantes foram convidados para a pesquisa diretamente por mim na unidade de saúde onde trabalham. Prestei todos os esclarecimentos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deixou claro seus direitos, prováveis benefícios e riscos, bem como os cuidados que seriam tomados por mim, enquanto pesquisadora responsável, na eventualidade de algum dano sofrido em decorrência da pesquisa (APÊNDICE A).

Cada participante teve a oportunidade de ler e assinar o TCLE com a devida privacidade de modo a evitar um clima de intimidação.

As informações obtidas dos participantes foram e continuarão sendo mantidas em sigilo, e suas identidades preservadas.

Durante a tramitação do projeto no CEP, vários pareceres com pendências foram emitidos até a aprovação ocorrida em junho. Apenas nesse último parecer, deu-se um equívoco no qual em determinado trecho do documento foi colocada a descrição de outro projeto, apesar de os outros elementos, tais como número do CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética), título da pesquisa, nome da pesquisadora e relação de documentos apresentados estarem todos corretos. Ao perceber esse equívoco, solicitei uma emenda a partir da qual se emitiu outro parecer corrigindo o problema. É por esse motivo que se apresentam

aqui estes dois pareceres: o parecer de junho, demonstrando que a coleta somente se iniciou após aprovação, e o de outubro, que retificou um trecho do parecer anterior.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resgatando os passos da sistematização de Holliday (2006), temos o ponto de partida que consiste em ter participado da experiência e ter seus registros, o que já está contemplado considerando o descrito na metodologia. Caberia um cuidado que o autor nos sugere: o item ter “participado da experiência” não quer dizer que é necessário que ela tenha sido concluída, até porque é relativo afirmar quando a experiência se concluiu. Um projeto que a ensinou pode até terminar, mas a experiência por ele promovida pode prosseguir, o que, inclusive, é o desejável. Além do mais, “a sistematização deve realizar-se para ir alimentando a prática, e não para dar conta final dela” (HOLLIDAY, 2012, p. 182). De fato, esta pesquisa desenvolveu-se a partir de um projeto que se propunha ir até a elaboração de um plano de ação, sem incluir os passos seguintes, ou seja, sua execução. Mas foi viável realizar algumas atividades a mais, suscitadas pelo processo que a pesquisa disparou no serviço, e isto entrou na sistematização e neste relatório.

Sobre os registros, o autor recomenda que se use de criatividade de modo que cada pessoa, equipe ou organização deve “criar seus próprios quadros, com os aspectos que lhe interessam ir recolhendo no caminho. Deve estabelecer suas próprias normas para preenchê-los: sua frequência, uso, difusão etc.” (HOLLIDAY, 2006, p. 77).

O segundo passo, denominado “perguntas iniciais”, consiste em definir o objetivo, objeto e eixo da sistematização, todos formalizados a partir de uma visão geral inicial de todos os dados produzidos, tendo gerado a seguinte configuração:

Objetivo: analisar a experiência de pesquisa-ação como estratégia para a compreensão e enriquecimento do processo de trabalho na atenção domiciliar.

Objeto: experiência de pesquisa-ação sobre atenção domiciliar desenvolvida na UAPS Licínio Nunes de Miranda no período de junho a setembro de 2019.

Eixo: o papel da educação permanente no fortalecimento da interprofissionalidade na atenção domiciliar.

O terceiro passo – recuperação do processo vivido – descreverei nas duas fases propostas por Holliday (reconstrução da história e ordenamento e classificação da informação).

5.1 Reconstrução da história

No portfólio, reconstruí toda a experiência em ordem cronológica, descrevendo todos os acontecimentos com o máximo de detalhes e usando os diversos registros disponíveis.

Além do mais, anotei minhas impressões, dúvidas e questionamentos. Era comum eventos me despertarem lembranças de experiências passadas e de leituras em publicações acadêmicas, e, além disso, até de outras mídias como filmes e seriados de televisão. Todas essas relações eram anotadas de forma escrita ou por imagens, vídeos, gravações de voz e *links* de internet. Por vezes, essas relações resgatadas da memória não ocorriam de imediato, e eu só registrava bem depois. Isso foi facilitado pelo fato de eu ter optado por elaborar o portfólio em meio digital, usando o programa de computador *One Note, da Microsoft® Office* (Figura 3), o que permitia inserir informações posteriores encaixando-as no local devido mais adequado.

Figura 3 – Visão de trecho do portfólio

Reflexões de Silvia ▾ histórico conteúdo artigo e reflexões metodologia oficinas resultados

Querendo que a imagem pode ter várias interpretações que inclusive o
) diversas interpretações e que, com base em crônicas que ela escreveu no
 considerada como autobiográfica. É uma forma que a autora expressou
 i, que chamou de destino em um carta, mas que eu posso extrair minha visão,
 não essas enquanto profissional na minha trajetória considerando um
) de minha vida. Um momento de fechamento dada a conjuntura: uma
 avia tão próxima de aposentadoria e que se esvaiu com a reforma. Um
 gay aquela fase em que com o tempo velhice "o que não doer, vai estalar".
 ditado pelas leituras e práticas de visitas a pessoas idosas, quando o
 muito em voga. Além de acompanhar pessoas de minha idade cuidadoras de
 que me assa ela cabe enquanto filha única que pode ser em breve
 ora. Mais ainda tendo se instalado vizinho a minha casa um acúmulo de idosos.
 na minha própria velhice igna que não terrei filhos nem sobrinhos. Até e que
 ia minha prática? Quando o tempo que não está tão longe chegar de todas
 stalar em, turning points de vida, estarei eu ajoelhada suplicando por uma
 se vai/foi? Agora vejo claro na imagem que mais parece Camille realmente
 ão se ir, mas eu vejo a figura ajoelhada em sentido contrário. Na verdade, se
 ura, eu colocaria o velho se ajoelhando para a jovem que se vai. Querendo
 e recusando a aceitar o destino. O destino que Camille falou.
 o capítulo, me ocorreu essa fase de transição profissional minha com o
 tempo que se abriu e que eu não tinha pensado. Eu não consigo mais ter uma
 izer resina, por ex. e com certeza, em breve perderei força nas mãos e sentirei
 limentos que requeiram um pouco mais de força como raspagem e
 tempo da atenção domiciliar, principalmente com idosos, que são a maior parte,
 tão afetado pelo meu envelhecimento físico. Isso me enche um pouco mais
 ansiosa com o momento de pensar em sair do país. E as possibilidades mais
 xais são para países que passam por envelhecimento severo de sua
 ierem profissionais que trabalhem com serviços para idosos.

nas reflexões sobre os hiatos na parte de narrativas, no artigo da Hansen, que fala das lacunas nas narrativas, como nas narrativas

Fonte: elaborada pela autora

10 de out: na esquematização, minhas expressões positivas remetem a ausência de usar fortalecimento na construção. Por que a ideia de que algo precisa sem melhora não tem, não ocorre de que algo de bom uma sementinha. LIP. Ou enriquecimi

Após essa reconstrução mais completa, elaborei um quadro (Figura 4 e APÊNDICE B) que me proporcionasse uma visão global dos eventos, associando-os a acontecimentos do contexto local ou municipal quando pertinente (HOLLIDAY, 2012). A essa altura, de acordo

com Holliday (2012), eu tinha uma primeira periodização com a identificação de todas as etapas da experiência reconhecendo alguns momentos significativos, o que seria valioso para a posterior construção da narrativa (auto)biográfica.

Figura 4 – Visão de parte da reconstrução da história

Data/período	Evento	Conjuntura
1ª a 3ª semanas de junho	Reaproximação da UAPS participando de algumas atividades (festa junina, palestra da nutricionista para ACS, conversando com a gestão local e com profissionais da EqSF e do NASF, 2 participações no grupo de saúde integrada na igreja sendo uma acompanhando o facilitador do NASF e a outra facilitando, tendo outros componentes do NASF acompanhando).	Eu estava afastada da unidade por estar exercendo mandato sindical.
27/junho	Reunião com a equipe e NASF. Presentes enfermeira, ASB, 4 ACS, 3 profissionais do NASF.	EqSF sem médico. Enfermeira e NASF em contrato de 2 anos no máximo.
28/junho	1ª oficina: aproximação do tema e análise da situação.	
Julho	Agendada a 2ª oficina, mas só compareceu uma pessoa. Não houve.	Férias de profissionais.

Fonte: elaborada pela autora.

5.2 Ordenamento e classificação da informação

Considerando o eixo de sistematização, selecionei os elementos do processo vivido na experiência cuja análise seria aprofundada. Para essa fase, criei um roteiro de ordenação (Quadro 2) constituído de uma lista de perguntas que permitiam relacionar as etapas do quadro anterior com os aspectos básicos de interesse.

Quadro 2 – Roteiro de ordenação

Em que momentos da experiência participantes de diversas categorias discutiram sobre o tema da pesquisa?	Reunião com a EqSF e NASF, as três oficinas, “grupo de saúde integrada” com população na igreja que facilitei com o tema de saúde bucal, VD, articulação presencial e por rede social com EqSF sobre encaminhamentos das VD
Que momentos propiciaram atividades interprofissionais?	As três oficinas, duas reuniões do “grupo de saúde integrada”, VD, atividade educativa para população e profissionais sobre saúde bucal com CD de outra UAPS e nutricionista do NASF.
Em que momentos se promoveu Educação Permanente com os participantes da experiência?	Reunião com a EqSF e NASF, construção da programação para as três oficinas, as três oficinas, palestra da nutricionista para ACS, duas reuniões do “grupo de saúde integrada”, Seminário Semana Branca, elaboração da programação para capacitação com todos os profissionais da UAPS, reunião organizativa da Semana Branca na ABO, núcleo da SR, VD, momento de explorar os relatórios do sistema e conversa com responsável pela EP da SR, Dia D da Semana Branca na Praça, atividade educativa para população e profissionais sobre SB com CD de outra UAPS e nutricionista, esclarecimentos presencialmente e por <i>Whats app</i> com EqSF sobre encaminhamentos.

Continua.

Quadro 2 – Roteiro de ordenação (*Conclusão*)

Que atividades contribuíram com melhorias na Atenção Domiciliar?	Visitas, reunião com a equipe e NASF, 1. ^a oficina, articulação e esclarecimentos de forma presencial e por rede social com EqSF (enf. e ACS) sobre encaminhamentos das VD, Preenchimento de prontuários (eletrônico e físico) dos pacientes visitados, Dia D da Sem B na Pça. do Ferreira, quando tirei dúvidas sobre demandas dos PD e sobre a rede com profissional do CEO.
Que atividades estimularam mais interação na equipe?	Reunião, 1. ^a oficina, visitas seguidas dos devidos encaminhamentos e preenchimento de prontuários.

Fonte: elaborado pela autora.

5.3 A reflexão de fundo

Este quarto passo da sistematização envolve a análise, síntese e interpretação crítica do processo. Aqui, optei por utilizar o recurso de narrativas (auto)biográficas.

5.3.1 Narrativa 1

Nos subitens a seguir, trago um pouco das minhas trajetórias pessoal e profissional que me aproximaram do tema.

5.3.1.1 Minha experiência com visitas domiciliares

Ao começar a pensar sobre o tema da pesquisa, ainda por ocasião da seleção para o mestrado, resgatei da memória toda minha vivência com visitas domiciliares. Nas diversas unidades de atenção básica em que trabalhei, desenvolvi particular apreço por essa atividade, em parte por ser inédita em toda a minha "vida odontológica" (querendo dizer aqui não só meus primeiros nove anos de exercício da profissão, até então atuando só em clínicas privadas, mas também os anos de graduação).

A visita domiciliar é um mecanismo a partir do qual se pode desenvolver a AD. É durante a VD que os profissionais apreendem a realidade, reconhecem os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos assistidos (LACERDA *et al.*, 2006). É um espaço privilegiado para promoção de saúde da família e da comunidade, permeada de vínculo e humanização, e que deve ser valorizado (FONSECA, 2014; BIZERRIL *et al.*, 2015; SILVA; PERES; CARCERERI, 2017; MACIEL *et al.*, 2016).

Para mim, era algo desafiador e desnorteador. É a singularidade do cuidado levada ao extremo. Era onde eu me deparava com a dramática situação de vulnerabilidade das pessoas, conhecendo seu contexto de vida e me aproximando da peculiaridade de cada caso:

Trata-se de treinar o trabalho clínico, de reconfigurar a teoria e a técnica segundo uma história particular e os interesses que o atendido possa ter. Onde a realidade é a mais difícil, a arte da clínica é imprescindível (CAPOZZOLO et al., 2018, p. 1678).

Eu via também este cuidado como importante para uma boa atenção em saúde. As doenças que afetam a cavidade oral, além do desconforto que podem gerar, representam riscos sistêmicos potenciais, especialmente em pessoas debilitadas. Pneumonia pode ser desenvolvida a partir da aspiração de patógenos presentes na boca; endocardite bacteriana tem relação direta com focos infecciosos orais; o diabetes *mellitus* dificulta a manutenção de boa saúde oral e o recíproco também ocorre: infecções orais dificultam o controle da glicemia (VILELA *et al.*, 2015; BRASIL, 2018a; LIU *et al.*, 2018). Essas são apenas algumas das situações que reforçam a importância da manutenção de uma boa saúde bucal para pacientes acamados que frequentemente sofrem com várias comorbidades associadas. Jitomirski (2015) também destaca a importância de inclusão de atividades de proteção à saúde bucal de idosos em programas de saúde pública estendendo a prestação de cuidados nas residências e instituições de abrigo.

No meu primeiro ano na ESF, comecei a acompanhar a equipe em visitas, para sentir e entender um pouco dessa atividade. Para minha sorte e da população atendida, os demais profissionais eram muito experientes na ESF, e tal iniciativa foi proveitosa para mim.

Os profissionais das ESB não têm tanta experiência com certos processos de trabalho da ESF, dada sua inclusão relativamente recente na estratégia, principalmente comparando com médicos, enfermeiros e ACS. Por esse motivo, tendo em vista esse período de transição marcante, seu processo de trabalho deve ser continuamente avaliado, considerando sua formação tradicional na graduação, a adequação necessária aos outros profissionais inseridos há mais tempo e o “reconhecimento dos princípios da APS como norteadores de suas ações” (De-CARLI *et al.*, 2015, p. 447).

Em uma conjuntura na qual, pela primeira vez, trabalhei com a lógica da responsabilidade sanitária por uma população de uma dada área, a participação nas VD foi também uma boa estratégia para conhecer melhor meu território.

Não tardou para a equipe começar a me trazer demandas de atendimento domiciliar específico para tratar de problemas de saúde bucal. Nessas ocasiões, consultei colegas, inclusive de outras unidades, para saber se e como eles realizavam tais atendimentos. Foram tempos

áureos da ESF em Fortaleza, em que tínhamos muitos momentos de colaboração interprofissional, rodas de gestão, reuniões de equipe na quais discutíamos casos, atendimento conjunto, dentre outros. Esse momento coincidiu com a chegada do NASF, que também contribuiu com essa lógica de trabalho.

A pedido da gestão regional, poucos anos depois, fui trabalhar em uma unidade que estava desfalcada de CD. Deparei-me com outra forma de realizar VD, pois, diferentemente de meu território anterior, minha área era agora no entorno da unidade de saúde, facilitando as idas ao território. Tive a oportunidade de realizar VD com o médico da equipe a pé, pois não havia necessidade de transporte para percorrermos o território. Esse fato pode parecer banal, mas se tratou de algo que vivenciei e que se tornou uma experiência significativa, afetando-me de modo a construir novas significações, exemplificando uma possibilidade desejável da formação, segundo Abrahão e Merhy (2014). Como adverte Dominicé (2006), os acontecimentos demarcatórios de uma existência podem não ser tão cativantes para as outras pessoas, e nem é este o propósito do relato de vida, mas sim o modo pelo qual se expõe de maneira significativa essa experiência.

Alguns anos depois, fui trabalhar em outra unidade de saúde. Por sorte, novamente fui agraciada com uma área no entorno da unidade, o que me permitiu realizar atividades no território sem depender necessariamente de transporte do distrito de saúde. Conheci meu novo território realizando visitas domiciliares a pé com meus ACS. Nessas caminhadas, ia sendo apresentada aos diversos equipamentos do território e me deparando com suas particularidades. Essa é a maneira ideal para o reconhecimento inicial do território (ANDRADE *et al.*, 2018).

Um membro da equipe que tem papel estratégico no acompanhamento de pacientes domiciliares é o ACS. Analisando o potencial desse profissional como mediador entre o serviço de saúde e a comunidade, Barreto *et al.* (2013) ressaltam a necessidade de uma maior permeabilidade dos serviços e equipes em relação às necessidades da população, como um meio de viabilizar o aspecto transformador da prática do ACS.

Pude vivenciar, em meus treze anos de atuação na ESF de Fortaleza, a potencialidade do espaço da visita domiciliar, realizando, além de procedimentos básicos da clínica odontológica (exodontias, remoção de cálculos dentais, exames na mucosa oral, orientações quanto à higiene oral e cuidados com próteses dentárias), consultas conjuntas com profissionais de outras categorias. Tais experiências contribuíram para uma maior envolvimento na realização de atendimentos domiciliares numa perspectiva ampliada.

5.3.1.2 O impacto de processos formativos na minha prática profissional

Uma experiência significativa na minha vida profissional foi os dois anos em que fui residente em saúde da família e comunidade, em um programa executado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) da SMS/Fortaleza em parceria com o Ministério da Saúde. A residência multiprofissional é um processo formativo em serviço que visa a promover a especialização dos profissionais para exercerem suas funções com excelência notadamente no cuidado integral à saúde, articulando-se às comunidades, à gestão e repensando os processos de trabalho e a educação na saúde (SILVA *et al.*, 2015). Tratou-se de um período que foi um divisor de águas em minha vida como um todo, não só no aspecto profissional.

Tive oportunidade de vivenciar a potência de um trabalho interprofissional intenso com outras categorias além da enfermagem, que era basicamente com quem eu mais tivera experiência de interação até então. Era um regime de 60 horas semanais de dedicação, sendo parte desta carga horária desenvolvida em processos de educação permanente das mais variadas formas. Foi uma experiência de reinvenção de mim.

Afinal, apesar do quadro epidemiológico aqui apresentado, que denota a necessidade de mudança nas práticas dos profissionais, esbarramos no modelo hegemônico de saúde ainda predominante no país, apesar de todo um arcabouço legal construído em sentido oposto. Assim, privilegia-se o uso de tecnologias duras⁹, a assistência centrada no hospital e no médico. Os cursos de graduação persistem em uma formação voltada para a especialização e na falta de colaboração interprofissional, quando as situações cada vez mais complexas encontradas na comunidade demandam uma nova forma de atuação. Essencial, nesse contexto, é a interprofissionalidade, ao ajudar na construção de um novo campo de conhecimento comum entre as diversas categorias profissionais atuantes na ESF (ANDRADE *et al.*, 2018).

De fato, a proposta de mudança no modelo de atenção, ousadamente trazida na construção do SUS, esbarra na impermeabilidade do ensino acadêmico à promoção de mudanças em sua configuração. “A fragmentação entre disciplinas, a separação entre teoria e prática e a desarticulação entre os mundos do trabalho e do ensino representam modelagens de organização curricular a serem superadas” (LARA *et al.*, 2019, p 9). Carvalho e Ceccim (2006, p. 147) ressaltam a dissociação entre as estruturas de formação e as de incorporação de profissionais, o que demonstra a não implicação do ensino “com os movimentos de transformação no interior do mundo do trabalho”. No panorama da formação superior dos

⁹ Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em leves, leve-duras e duras, em que, nesta última, predomina o uso de equipamentos sofisticados de alta densidade tecnológica e do saber estruturado.

profissionais de saúde apresentado por Campos, Aguiar e Belisário (2012), há um descompasso entre o que os trabalhadores vivenciam no setor público e o que os professores universitários trazem como campo de prática. Afinal, segundo os autores, a maioria dos docentes é especialista sem o conhecimento necessário dos sistemas públicos de saúde, atua em consultórios privados ou se dedica, sobretudo, à pesquisa em campos nem sempre relevantes no contexto do serviço público. Os autores apontam ainda, dentre as saídas para a superação desse quadro, um diálogo entre o espaço de formação e a comunidade onde o serviço está inserido. Também para Almeida-Filho, Paim e Vieira-da-Silva (2014), a educação não empreendeu esforços suficientes para contribuir com a mudança necessária dos modelos de formação dos profissionais de saúde, em consonância com a proposta do SUS.

Em suas bases, a educação interprofissional envolve elementos “da pedagogia em educação de adultos e os métodos de aprendizagem interativos (metodologias ativas)”. Tem sido nas pós-graduações e, principalmente, na educação permanente em saúde, que mais se têm registrado “práticas educativas com algum nível de interprofissionalidade” (CECCIM, 2018, p. 1743).

Como exemplo, temos as residências multiprofissionais em saúde comunitária surgidas em um contexto de tentativa de abordagem às más condições de saúde, se aproximando das culturas locais e como um esforço na melhoria dos problemas da formação já mencionados (CARVALHO; CECCIM, 2006). Trazem a proposta de promover o diálogo entre dois mundos, o do trabalho e o da formação, contribuindo, assim, para mudanças no modelo tecnoassistencial na saúde (CECCIM, 2010). Particularmente no Brasil, são estratégia de superação das fragilidades da graduação por meio da educação pelo trabalho (TORRES *et al.*, 2019). Visam a promover oportunidades de aprendizado coletivo com dialogicidade e cooperação entre os profissionais das diversas categorias envolvidas (ARAÚJO *et al.*, 2017). Alteram os locais que são seus campos de práticas, fomentando a interprofissionalidade como articulação intencional e colaborativa entre os profissionais, resultando em mais resolutividade e integralidade da atenção (ARNEMANN *et al.*, 2018).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) de Fortaleza se constituía em um processo formativo focado nas necessidades de saúde do território e se inseria em sua dinâmica (FORTALEZA, 2012). Entendia o território na concepção de Milton Santos, para quem o território vai além da sua forma física ou natural, pois também é composto pela vida que o anima, com elementos que mudam de significação e de valores, constantemente se transformando. As atividades humanas lhe conferem dinamismo

e funcionalidade, transformando sua organização e criando tanto situações de equilíbrio quanto novos pontos de partida para um novo movimento (SANTOS, 2006).

Um fenômeno que também me marcou durante a residência foi a articulação entre os diversos processos formativos atuantes na unidade de saúde e o território. Fui lotada como residente em um serviço que era uma unidade-escola. Ela recebia estágios de vários cursos de graduação da área de saúde e era campo de práticas para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), campo de estágio para cursos técnicos de saúde além do PRMSFC. Além do mais, situava-se ao lado de uma Oca Comunitária, referência na cidade em práticas integrativas e complementares de cuidado. No entanto, esses componentes não dialogavam entre si, deixando de potencializar melhorias nos processos de trabalho na unidade. Ficou para mim a dúvida: por que temos tanta dificuldade de interagir nos serviços de saúde? Por que há sempre tanto estranhamento interno (entre os diversos processos de trabalho e de formação em uma unidade) e externo (com as instituições e movimentos do território)? Por que as pessoas não se permitiam a atuação em colaboração?

De fato, nós residentes chegávamos aos serviços com o desafio de exercer um trabalho interprofissional, sendo a rotina já marcada pela multiprofissionalidade, o que reforça a importância da residência como estratégia para (re)construção de conhecimentos com potencial para transformar práticas (ARAÚJO *et al.*, 2017). No entanto, à exceção dos dois CD que compunham nossa equipe de residência (ambos servidores com longa experiência na saúde), os demais eram profissionais jovens, recém-formados, e era comum eles se chocarem com as práticas já viciadas no serviço, principalmente quanto ao que avaliavam como descaso na AD. Em artigo sobre a experiência de formação interprofissional envolvendo estudantes de várias categorias em serviços AB, Capozzolo *et al.* (2018) relatam semelhantes críticas narradas pelos acadêmicos ao se depararem com uma suposta desídia dos trabalhadores dos serviços diante de casos complexos, como sempre são os domiciliares. É comum as equipes se desestimulem diante da dificuldade de tentar exercitar sua terapêutica sabidamente correta, visto que foi aprendida nos bancos da academia e nos protocolos do Ministério da Saúde. A sensação é que nós, profissionais, “ensinamos” o jeito certo de viver, mas a população não “obedece”.

Para mim, esse conflito, digamos, geracional-profissional, despertou muitas reflexões. Considerava-me a meio-caminho daqueles profissionais, pois, apesar de já graduada há muitos anos, minha experiência no SUS ainda era pouca. Não me sentia ainda contaminada pelos vícios nem acomodada com os absurdos que presenciava. Ainda tinha a capacidade de

me indignar e a vontade de fazer alguma diferença. Não à toa, fiz duas vezes a seleção para esse programa de residência, pois queria muito passar por essa experiência.

A residência me despertou a importância do “aprender em serviço”, que pode ser definido como “uma forma de construir conhecimentos e práticas, incentivar a criação e desenvolver uma cultura científica atravessada pela realidade” (VASCONCELOS; VIEIRA, 2018, p. 14). Essa e outras experiências em que tive contato com preceptoria também me ajudaram a amadurecer o reconhecimento de não ser detentora de saber algum, o que foi providencial em momentos em que tive que atuar como facilitadora de processos de formação e nesta própria pesquisa (VASCONCELOS; VIEIRA, 2018).

Enfim, a sensação final foi de sofrer uma revolução pessoal após algumas vivências que me proporcionaram significativos avanços e superações. Aprendi muito com colegas de outras categorias profissionais e, novamente, pude percorrer os territórios a pé para muitas atividades. Esse fato aparentemente prosaico se tornou emblemático para mim, pois, em todas as situações em que presenciei discussões sobre atendimento domiciliar, o transporte foi sempre o elemento número um abordado.

É compreensível que o serviço de saúde, como qualquer outro, precise se organizar em procedimentos operacionais pré-definidos de funcionamento. No entanto, sabemos que, como analisam Santos e Rigotto (2011), é importante superarmos alguns limites desse serviço e adaptarmos nossas ações às particularidades do contexto em que nos encontramos. Abordar o território com uma visão ampliada nos proporciona isso e, também, o estabelecimento de vínculo do setor de saúde com o local. Para Takeda (2013), os serviços têm a opção de identificar as incompatibilidades e viabilizar alternativas pactuadas de modo a melhor acomodar os interesses do serviço, das equipes e, sobretudo, da população. Sempre me perguntei por que um profissional de nível superior não pode percorrer de dois a três quarteirões do território a pé, por exemplo, para realizar uma visita domiciliar.

No entanto, apesar de defender que, em algumas situações, não se justifica deixar de realizar uma atividade externa por falta de carro, como nas situações em que a distância é pequena, é preciso cobrar este recurso, sobretudo em uma conjuntura de severos cortes de gastos (CAPOZZOLO *et al.*, 2018). Afinal, para que as equipes cumpram seu papel, precisarão de condições adequadas de trabalho (PINTO; COELHO, 2008). Não naturalizemos os “jeitinhos” que alguns trabalhadores acabam dando, às suas expensas, para que certas atividades ocorram. Lembremo-nos de que, quando levantamos a bandeira de um SUS “gratuito” e universal, essa gratuidade é relativa se considerarmos que toda a população paga impostos para viabilizá-lo e

que, proporcionalmente, é a população mais pobre que mais paga tributos embutidos nos diversos bens de consumo, inclusive os mais essenciais.

Outra experiência significativa foi a preceptoria no PET-Saúde que desempenhei em dois momentos diferentes (um antes e outro após a residência). Foram outras aproximações com processos formativos, dessa vez com acadêmicos de cursos variados, professores da Universidade Federal do Ceará (UFC) e trabalhadores do serviço numa perspectiva “do aprender na e a partir dos contextos reais da produção da vida, do cuidado e da atenção à saúde” (SANTOS; BATISTA, 2018, p. 1590). É digno de nota o fato de que, na primeira experiência, a ESF de Fortaleza ainda se encontrava em seus momentos áureos, como eu avalio. Já no segundo, com a mudança de gestão, houve significativas mudanças na forma como a atenção básica era conduzida, o que interferiu drasticamente nos processos de trabalho das equipes. A sensação geral entre os profissionais (até hoje) era de desmonte do Saúde da Família.

O SMSE deixou de existir e o PRMSFC foi anexado ao programa da Escola de Saúde Pública, de modo que passamos a ter menos residentes em atuação nas UAPS de Fortaleza. Além do mais, essa minha segunda experiência no PET-Saúde deu-se justamente no final desse programa. Era como se fosse o fim de uma Era.

É oportuno, neste ponto, abordar certas particularidades sobre o exercício da odontologia. As práticas assistenciais dos CD tendem à especialização precoce, avançando no corporativismo e opondo-se, portanto, ao modelo de integralidade. Na odontologia, é tido como “apto” o aluno que “reproduz performances clínico-cirúrgicas padronizadas, aprendidas por estratégias pedagógicas de condicionamento” (MOYSÉS, 2013, p. 67). “O modo tradicional de formação do cirurgião-dentista, fundamentado em práticas uniprofissionais e extremamente autonomizadas, reforça o isolamento da prática de saúde bucal (...)” (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019, p. 10). Isso se reflete na prática das ESB, cujos profissionais centralizam sua clínica na realização de procedimentos que requerem uso de equipamentos não passíveis de transporte para uso fora de seus locais de instalação. Isso traz reflexos à nossa atuação em AD, pois esta requer um profissional capaz de se adaptar a situações desfavoráveis, contornando-as com criatividade.

Outro desafio geralmente encontrado está exemplificado em estudo realizado por Okuyama e Aguilar-da-Silva (2017) com gestores e 27 CD da ESF de um município. Os autores evidenciaram que esses trabalhadores reconhecem a potencialidade do trabalho em equipe multiprofissional, mas não atuam em colaboração com os demais membros da equipe. Os pesquisadores sugerem, como explicação para esse fenômeno, a construção histórica da função desses profissionais em práticas assistenciais restritas e isoladas (OKUYAMA; AGUILAR-

DA-SILVA, 2017). A atuação na AB requer do profissional habilidade para intervir nos territórios desenvolvendo ações que exigem novos saberes e práticas para além do conhecimento técnico apreendido durante sua formação (AQUINO *et al.*, 2014). Isso corrobora o exposto até aqui relativamente ao desafio de se construir uma nova maneira de desenvolver um processo de trabalho em consonância com os princípios da ESF.

Daí a relevância que atribuo a essa última oportunidade como preceptora, pois me deu mais um fôlego para manter minha atuação como CD da ESF diversificada: tinha que pensar sempre atividades criativas e envolventes para desenvolver com os acadêmicos, participar de pesquisas, apresentar trabalhos em eventos científicos, compartilhar experiências com profissionais de outras categorias e, pela primeira vez, em vez de buscar sempre sair da "caixinha da odontologia", trazer acadêmicos de outros cursos para dentro dela. Afinal, por que não? Achei que seria bom para estudantes de farmácia e medicina, para citar alguns, saberem um pouco do fazer da odontologia. Acompanhar o cotidiano de nossa clínica e saber que nossa relevância vai além dos procedimentos cirúrgicos a que sempre somos reduzidos. Desenhavam-se, já aí, algumas reflexões que influenciariam esta pesquisa.

Nesse ínterim, engajei-me no controle social como conselheira de saúde e entrei para a direção do sindicato da minha categoria, cuja maior base é de CD da ESF/Fortaleza. Essas atividades me permitiram acompanhar discussões sobre os processos de trabalho na ESF de modo mais ampliado, a partir dos pontos de vista de seus diversos sujeitos.

Finalizando esta breve retrospectiva, preciso destacar dois cursos de Educação Popular em Saúde dos quais participei. O primeiro ocorreu logo após minha entrada na ESF e foi somente para os profissionais das ESB de Fortaleza. Foi meu primeiro contato com a Educação Popular, e não foi menos do que chocante. Todas aquelas dinâmicas, cantorias, danças e performances não condiziam com o que eu achava que deveria ser educação em saúde e, considerando alguns depoimentos de colegas no curso, a sensação era compartilhada por muitos dos participantes. Enquanto pessoa introvertida e muito tímida, algumas atividades me foram desconcertantes. Hoje, vejo aquele estranhamento como um inevitável passo de uma caminhada de descobertas que se seguiu.

O segundo curso ocorreu cerca de dez anos depois, quando já estava em minha unidade atual. Esse já foi mais diversificado, pois os participantes eram diversos trabalhadores da ESF, principalmente ACS, além de pessoas vindas de movimentos populares. Agora, a sensação era outra, pois a Educação Popular estivera presente de forma transversal em todos esses processos formativos que mencionei neste relato. E, definitivamente, eu já não era mais a

mesma pessoa. Eu me permiti vivenciar todas essas experiências inteira e aberta às transformações que elas me oportunizaram, e me considerar privilegiada e grata por isso.

5.3.2 Narrativa 2

Nos próximos subitens, descrevo o desenrolar da experiência no que ela trouxe de mais significativo, tecendo reflexões e discutindo-as à luz da literatura.

5.3.2.1 O clima para a pesquisa

Como expus na narrativa anterior, tive uma prática marcada pela influência de vários processos formativos. E esta experiência de pesquisa foi mais uma, como um coroamento de toda a vivência no mestrado profissional em saúde da família, também de rico potencial transformador. Além do mais, o desafio posto era muito maior pela envergadura do projeto e pelo fato de eu estar só. Não se tratava de um programa como o PET-Saúde ou a residência em que eu desenvolvi atividades com uma equipe de colegas, tendo o suporte de preceptores e tutores. Era um trabalho **meu**, totalmente conduzido por **mim**.

Apesar de a principal parte da fase de campo da pesquisa ter se dado por momentos em grupo, foi uma experiência essencialmente solitária. Essa solidão inédita assumiu ares de rito de passagem para mim. Uma particularidade do mestrado profissional, em contraponto ao acadêmico, é que o mestrando não procura seu orientador por afinidades com o tema da pesquisa ou com a metodologia a ser usada. É um desafio também para os professores, pois recebem discentes que pretendem trabalhar temas de pesquisa que não fazem parte da área que eles costumam explorar. Algumas vezes, isso gera situações desagradáveis em que o orientador tenta dissuadir o mestrando do seu tema e/ou metodologia para abraçar um(a) que atenda ao que faz mais parte da rotina do professor-pesquisador, atendendo, assim, ao que lhe é mais conveniente.

Esse dissabor eu não tive, pois nem minha orientadora nem minha coorientadora tentaram, em momento algum, me dissuadir do que eu gostaria de abordar e desenvolver na pesquisa. No entanto, tratava-se de algo, principalmente nos aspectos metodológicos, em que nenhuma delas tinha experiência. Desde cedo, ficou posto na mesa que eu teria de ter uma disposição proativa para explorar as possibilidades da metodologia dentro do tema de minha eleição. Mais um elemento de solidão e de desafio se pôs aí. No entanto, solidão é algo que

muito me apraz na minha vida como um todo. Essa é uma sensação que não carrega sentidos negativos para mim, muito pelo contrário.

Deu-se assim que, na preparação para as várias fases deste estudo, precisei pesquisar muito sobre educação a fim de conceber o desenho do estudo como um todo, mas, mais especificamente, a programação para as oficinas. E, por ironia do destino, esse foi o principal resultado trazido pelos participantes: a importância da educação permanente não só na abordagem ao problema da pesquisa, mas também para várias outras situações-limite com que nos deparamos no cotidiano do nosso serviço. Se as circunstâncias tivessem confluído para uma maior participação dos ACS em vez de do NASF, tenho minhas suposições de que esse talvez não fosse o principal resultado, nem teria sido essa a principal tônica das discussões.

Trago, a seguir, algumas considerações teóricas sobre educação permanente, necessárias para enriquecer as reflexões surgidas da intervenção.

5.3.2.2 *Educação permanente*

A educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, porquanto ocorre no dia a dia dos trabalhadores e dos serviços, fundamentando-se na aprendizagem significativa. Parte das dificuldades reais do cotidiano e considera conhecimentos e experiências que os profissionais já apresentam (BRASIL, 2007). Pode ser um instrumento para a construção de processos coletivos de trabalho, dentre muitas outras possibilidades (SOARES; LORENA, 2018).

Questionamentos vêm ocorrendo nas últimas décadas no campo da educação e da pesquisa, com vistas à quebra de vários paradigmas, implicando em transformações no papel do educador de forma a dialogar mais com novas demandas da sociedade (LARA *et al.*, 2019). Ainda é válida a crítica de Demo (2002) à escola que considera conhecimento como algo que possa ser transmitido, como se mercadoria fosse, daí a expressão “aquisição de conhecimento”. O aluno sai com o diploma que lhe confere o reconhecimento oficial de que “assimilou a carga curricular prevista. Ao final, não sabe manejar conhecimento com mão própria, não sabe pensar, não sabe inovar seu próprio conhecimento. Foi treinado para ‘porta-voz’, literalmente” (DEMO, 2002, p. 125).

Essas mudanças são necessárias também na saúde, em que se reconhece a necessidade de redirecionamento do modelo de atenção em todo o mundo, com fortalecimento da Atenção Básica. Isso requer constante transformação no funcionamento dos serviços e na

atuação dos profissionais, o que exige dos sujeitos envolvidos capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de suas práticas (BRASIL, 2009).

A educação permanente é uma das estratégias eleitas pelo Ministério da Saúde para efetivação dessas mudanças, sendo vista não só em sua dimensão pedagógica, mas também em seu potencial transformador do cotidiano dos serviços nos quais se sentem concretamente os efeitos das práticas de saúde. Para tanto, adota estratégias educativas que têm a prática como fonte de conhecimento, fomentando a capacidade de reflexão dos trabalhadores sobre seu próprio fazer (BRASIL, 2009). Para mudar as práticas, sobretudo as institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário “privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática” (DAVINI, 2009, p. 49). Assim, os trabalhadores são convertidos em construtores do conhecimento e de alternativas de ação no próprio contexto em que se inserem, respeitando os princípios do SUS.

É fundamental o exercício da reflexão de forma verbalizada e com observação consciente de forma a poder questionar o conhecimento prático. Além do mais, é importante se avaliar até mesmo que conhecimento deve ser incorporado, “o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam” (DAVINI, 2009, p. 51). Assim, ainda de acordo com a autora, a partir de um processo educativo mediado pela discussão crítica da experiência real, aprende-se mais do que um novo hábito, mas outro modo de se relacionar.

Nesse contexto, cabe salientar a crítica que Thiollent (2011) faz a certos usos educativos que se tem dado à pesquisa-ação, por tratar-se de treinamentos concebidos de modo autoritário, que mais parecem buscar adestrar as pessoas envolvidas, sem sua conscientização nem autonomia. Na verdade, a pesquisa-ação pode se constituir em uma alternativa aos métodos educativos tradicionais, visto que na colaboração para a definição do problema e subseqüente busca de soluções, concomitantemente ocorre o aprofundamento do conhecimento, afinal ela é acompanhada por práticas pedagógicas diversas. Dessa forma espera-se o início do desenvolvimento de uma perspectiva de aprendizagem da participação, bem como de um modo de colaboração ativa congregando diversos saberes (THIOLLENT, 2011).

Hoje já ganha mais força uma educação não mais baseada em meramente transmitir conhecimentos, “mas na construção significativa dos saberes, com base na metodologia ativa, e isto exige uma reflexão crítica constante do processo de trabalho” (FORTE *et al.*, 2015, p. 833).

O conhecimento deve ser visto como produção social e coletiva capaz de transformar a realidade e a educação como fenômeno permanente. Devemos considerar “que

tanto a teoria como a prática, entendida como experiências vividas, são elementos constitutivos dos processos educativos em saúde” (BARRETO *et al.*, 2013, p. 100). A educação permanente precisa estar presente no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo conhecimento e aperfeiçoando a prática de forma integrada das equipes (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

(...) no atual contexto, é uma necessidade reforçar a necessidade de fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e que o trabalho e a educação interprofissional sustentam a lógica de um trabalho mais efetivo no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde, atribuindo-lhes centralidade (COSTA, 2016, p. 198).

Para Ceccim e Ferla (2006, p. 175), é a partir da educação permanente em saúde, implementando “projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que [se] colocará o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade”. Segundo Ceccim (2018), as competências e habilidades específicas internalizadas na formação se mostram insuficientes para muitas das demandas encontradas nos serviços, porquanto, na conformação do trabalho, o campo se apresenta bem mais indiferenciado. “Dominando uma noção de campo, a formação das profissões deve ‘educar’ para a composição, não para a fragmentação”. Esse é o principal lugar que cabe à educação permanente em saúde, dada a sua “conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço da formação e espaço do trabalho”. A “ação formadora” deve, além de gerar profissões, gerar “aprendentes” capazes de “encontrar o seu lugar no contexto sem relação fustigante entre as profissões” (CECCIM, 2018, p. 1746, 1747).

Já Merhy (2018), no entanto, discorda de Ceccim na potencialidade de avanço nesse campo vindo por fora, ou seja, pelo lado da construção das profissões que são, efetivamente, máquinas de Estado.

(...) considero que essencialmente essa possibilidade se dá no agir micropolítico instalado no mundo do cuidado, lugar que as profissões procuram tomar como de seu domínio, na intenção de matar a força clandestina do trabalho vivo em ato, nos encontros, construídos antes de tudo por trabalhadores e não por artistas, esses sim desamarrados de certas maquinarias que no caso do agir em saúde é uma impossibilidade. Vir por fora não cria (MERHY, 2018, p. 1752).

Tal interação, no plano prático-operacional, para Severino (2010, p. 21), implica a efetivação de diálogo solidário em várias frentes: na pesquisa, no ensino e na prestação de serviços. “Não basta, por exemplo, uma estrutura curricular com justaposição de disciplinas, se não houver em ação um processo vivificador de discussão, que explicita as correlações e reciprocidades de significação”.

O trabalho em saúde requer uma mobilização subjetiva, devendo ser desenvolvido com engenhosidade e cooperação, e isso não pode ser feito de fora (PINTO; COELHO, 2008).

Para os autores, uma possibilidade de se atingir isso com as EqSF é conferindo-lhes autonomia para reavaliar seu processo de trabalho.

Aproximando essas referências ao nosso contexto, esta pesquisa transcorreu em sintonia com o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Fortaleza, que julga ser o cotidiano do trabalho o espaço que reúne as melhores condições para a aprendizagem e ação, com vistas a:

constituir uma práxis que problematize esse cotidiano e promova a reflexão crítica dos seus sujeitos, potencializando a construção de ações transformadoras das situações-limite nos diversos contextos, sob o protagonismo do conjunto de atores institucionais e comunitários (FORTALEZA, 2018b, p. 91).

5.3.2.3 Primeira oficina

Iniciei com algumas atividades que visavam a uma aproximação e captura da percepção geral dos participantes sobre o tema mediado pela relação interpessoal (BEZERRA; ARAÚJO; FERNANDES, 2019). Em seguida, fiz quatro perguntas norteadoras aos participantes, as quais repito agora com as respectivas respostas do grupo:

1. Que dificuldades vocês sentem para prestar a AD aos pacientes da equipe? “Falta de carro”, “falta de médico”, “As enfermeiras muitas vezes não vão sem o médico”, “AD fragmentada por especialidade”, “Falta de compartilhamento/discussão dos casos complexos” e “Falta de matriciamento”.

2. Quem vocês acham que pode ajudar na promoção de saúde bucal dos pacientes domiciliares? “Qualquer pessoa com conhecimento básico na área”, “Profissionais da EqSF”, “cuidador” e “ASB/TSB”.

3. Qual poderia ser seu papel na promoção de saúde bucal desses pacientes? “Orientação ao cuidador – ACS/NASF podem fazer”, “conscientizar o paciente” e “Identificar o problema de Saúde Bucal e referenciar para o profissional especializado”.

4. O que falta para você conseguir desempenhar melhor seu papel? “Insumos”, “Matriciamento”, “Compreensão do fluxo da odontologia na UAPS” e “Educação permanente/capacitação para os profissionais”.

Algumas dessas falas refletem o que encontramos na literatura, ou seja, que o cotidiano das práticas revela dissociação e desagregação com uma rotina de trabalho “fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos”, que afetam os trabalhadores e, em consequência, repercutem no usuário. Ressalte-se, então, a importância da reflexão sobre como as equipes relacionam-se com a população “nos seus espaços familiares de existência, a partir

de seus saberes multidisciplinares” (MOYSÉS, 2013, p. 66). Essas respostas dos participantes também nos mostram uma ESF ainda médico-centrada.

Atuando como trabalhadora da ESF do Município já há mais de 10 anos, esse cenário apresentado pelo grupo não me foi de todo surpreendente. Vivenciava já uma realidade em que os profissionais das equipes tinham suas agendas tomadas pelas demandas da clínica individual e pelos programas verticais que sempre vêm do nível central da gestão. Não se tem como prática a elaboração de projetos locais baseados nas necessidades da comunidade. Cecílio (2012) nos traz a reflexão sobre a lógica imposta pelo sistema de saúde que determina, segundo seus próprios critérios, o fluxo que o usuário deve seguir em suas engrenagens. E, por mais que queiramos adequar a população à lógica biomédica prevalecente, ela sempre contornará seus ditames. Para o autor, a compreensão disto é fundamental se pretendemos inovar nas nossas práticas e na nossa forma de cuidado. Precisamos reinventar a forma como nos aproximamos do nosso território, de modo a gerar uma reflexão renovada.

De acordo com Tripp (2005), a pesquisa-ação é problematizadora e socialmente crítica ao se iniciar, muitas vezes, com um exame sobre a quem cabe o problema. A compreensão de uma situação indesejada e do porquê de ela ocorrer é essencial para planejar mudanças que a melhorem: “Só descobrimos a natureza de algumas coisas quando tentamos mudá-las” (TRIPP, 2005, p. 450).

Tomemos como exemplo a orientação do Ministério da Saúde sobre a organização da agenda da ESB. Esta é no sentido de que se garanta que 75% a 85% das ações sejam de atendimento clínico individual no consultório odontológico, restando então poucos turnos que devem ser destinados a diversas ações no campo da promoção de saúde, atividades coletivas em vários espaços, visitas domiciliares, reuniões e muitas outras se considerarmos a complexidade de situações e atribuições com que nos deparamos na ESF (BRASIL, 2018a). Como garantir o acesso à atenção em saúde bucal a tantas pessoas restritas ao domicílio, se esse cuidado permanece sendo visto como atribuição do CD? Outros profissionais como os ACS estariam receptivos à ideia de que eles também podem e devem contribuir nesse cuidado e, com propriedade, identificar quando o caso requer a participação do CD? Veriam essa possibilidade como mais uma tarefa que não é de sua responsabilidade e que lhes é imposta pelas fragilidades do serviço? Ou se apropriariam disso como um meio de empoderamento para, quando avaliar necessário, cobrar do CD e da gestão a resolução do problema identificado? Nessa situação, a quem cabe o problema? Algumas das falas do grupo demonstraram um reconhecimento de que o problema cabe a muitos sujeitos, e não só ao CD.

Uma dessas falas me foi particularmente significativa ao me trazer muitas lembranças. Em uma das primeiras atividades da residência, nossa equipe teve uma reunião com o conselho local da unidade de saúde onde atuaríamos pelos dois anos seguintes. Estavam presentes principalmente conselheiros do segmento usuário, os quais eram representantes da população. A principal queixa deles, dentre todos os problemas do serviço naquele território, foi a precariedade do cuidado domiciliar. E a ânsia deles não era por atendimento médico, que geralmente consiste na prescrição de medicamentos, encaminhamentos para exames ou especialidades e emissão de laudos. Era por orientações gerais sobre os cuidados com os acamados, que geralmente são feitos pela equipe de enfermagem.

No entanto, em conversas com enfermeiras nesta e em várias outras unidades de saúde onde trabalhei, escutei falas iguais a esta: “*Não vou para a visita sem o médico porque, você sabe, os pacientes só querem o médico. Eles só querem a receita*”. Nas várias visitas domiciliares em que estive presente, presenciei como as famílias valorizavam aquela atenção. A presença de qualquer profissional era acolhida com ansiedade, todas as orientações eram ouvidas com atenção e, pelo outro lado, a escuta do profissional à fala da cuidadora parecia significar muito para elas (uso aqui o feminino porque até agora só me deparei com um cuidador do sexo masculino). E, na maioria dessas visitas a que me refiro, não havia a presença de médicos.

A situação é, no mínimo, curiosa: a população valorizando o trabalho da enfermagem e os enfermeiros afirmando que seu trabalho não é valorizado.

É verdade que grande parcela da população realmente absorveu essa lógica curativista, tanto que, em muitas situações, o não atendimento à demanda espontânea prejudica a legitimidade das equipes frente à população, devendo esse fator ser levado em consideração na organização do trabalho dos profissionais: “(...) as ações clínicas dirigidas aos problemas de saúde trazidos pelos pacientes não podem perder sua prioridade frente às ações promocionais e preventivas” (HARZHEIM; MENDONÇA, 2013, p. 40). Parte da população “exige uma atenção à saúde puramente biomédica sem compreender a importância da mudança das condições de vida e dos seus hábitos para a melhoria da Saúde”. É comum, na rotina dos serviços, ocorrerem situações de conflito que explicitam como as práticas de saúde são orientadas por diferentes racionalidades (BARRETO *et al.*, 2013, p. 102). Se queremos assumir os usuários como sujeitos da saúde, precisamos nos aprofundar em suas experiências e concepções quanto ao processo saúde-doença, bem como quanto às suas expectativas em relação ao serviço de saúde (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014).

No entanto, Carvalho e Ceccim (2006, p. 151), ao discorrer sobre a formação em saúde, destacam uma mudança de paradigma no ensino superior em enfermagem entre o final dos anos 1980 e meados dos anos 1990. Tratava-se da “substituição do paradigma da *assistência às doenças* pelo paradigma do *cuidado humano*...” Os autores destacam a introdução dos temas do cuidado, integralidade e reforma sanitária na ordem do currículo. Apesar de iniciativas como essa, ainda temos uma maioria de profissionais de saúde com uma formação curativista (PUSTAI; FALK, 2013).

Há muito me perguntava o porquê dessa atitude das enfermeiras, já que eu associava a elas essa dimensão do cuidado mais do que a outras categorias. Merhy (1998) já exaltava essa vocação da enfermagem em cuidar do doente e não da doença, com implicações positivas principalmente se não se reduzissem à lógica médico-centrada. Sampaio *et al.* (2010), ao comentarem sobre as dificuldades do agir em saúde de forma integrada, ressaltam a influência da

trajetória histórica de cada profissão, a postura ideológica, pessoal e profissional de cada elemento da equipe e as relações sociais, que implicam a conquista de espaços e a competitividade, originárias da própria estrutura social, onde está presente a variável da divisão social do trabalho vinculada ao modelo capitalista dependente (SAMPAIO *et al.*, 2010, p. 93).

A proposta da interprofissionalidade não defende a eliminação das diferenças e das especificidades de cada saber, e sim no seu reconhecimento, no aprender a conviver com elas, mas sobretudo entendendo que elas se reencontram e se complementam de forma solidária (SEVERINO, 2010).

Avançando nas reflexões sobre esse fenômeno, deparei-me com pensamentos em consonância com algumas dialéticas identificadas por Josso (2007) na dinâmica de trabalho com narrativas.

Uma delas é a responsabilização/dependência quando, nas situações ou relações com o outro, o sujeito pode “deixar-se levar pelas lógicas coletivas, assim como é possível dar a si mesmo um sentido daquilo que é feito, procurar uma independência interativa ou sujeitar-se, no plano relacional, econômico ou social” (JOSSO, 2007, p. 423). Seria então o caso em que as enfermeiras, por situações de rejeição já vivenciadas por elas e por colegas, tenham introjetado essa nova lógica de que a população não valoriza suas habilidades cuidadoras?

Outra dialética é a interioridade/exterioridade, quando as imagens que interiormente temos de nós mesmos e dos outros nos são devolvidas nas interações com eles, ou seja, a dinâmica interior que vivemos “vai ao encontro, com mais ou menos felicidade, das condições do nosso meio ambiente” (JOSSO, 2007, p. 423).

Avalio que, no meu caso, esse encontro foi com menos felicidade. Percebi que o mesmo fenômeno ocorre na minha profissão. Nós, cirurgiões-dentistas, nos reduzimos a operadores de equipamentos no campo das tecnologias-duras e nos achamos inúteis sem esses acessórios. Essa mesma visão é compartilhada pelos demais profissionais e pela população. Na formação dos profissionais de saúde ainda persiste uma lógica baseada “no conhecimento biomédico e na incorporação acelerada de tecnologias diversas como medicamentos equipamentos e exames cada vez mais sofisticados” (BARRETO *et al.*, 2013, p. 101).

Isso ficou inclusive exemplificado na primeira oficina. Eu tentei criar um clima e ambiência propício a levar os participantes a focar no tema da pesquisa que era a atenção domiciliar. Preparei a programação pensando nisso. No entanto, das quatro respostas à última pergunta norteadora, duas remetiam ao atendimento odontológico “tradicional”, ou seja, dentro do consultório: “falta de insumos” e “não compreensão do fluxo da odontologia na UAPS”. Em momento oportuno, problematizei com o grupo como era difícil desvencilhar a imagem da saúde bucal dessa parafernália necessária à realização de procedimentos.

Será que essa mesma visão leva muitos CD a não realizarem visitas domiciliares? Levaria também a uma reação em cadeia: os demais profissionais não nos pedem para visitar os pacientes domiciliares assim como as famílias também não? Justamente por que não veem como podemos ser úteis nesta situação? Não sem nosso maquinário?

O desafio de fazer o profissional de nível superior entender que sua presença no domicílio é fundamental para o estabelecimento do vínculo com o paciente, extrapolando a perspectiva do atendimento clínico domiciliar, deve ser colocado no centro da discussão do controle social, uma vez que permite uma reaproximação da perspectiva da atuação desse profissional voltada para fazer o bem, origem de sua existência (NORO; TORQUATO, 2015, p. 153).

Elenquei no meu portfólio todas as atividades que me lembrei de ter desenvolvido fora do consultório durante meu trabalho na ESF. Eram atividades que, para mim, era como se eu não tivesse feito nada, tão arraigada era a visão de que o serviço do CD é realizar procedimentos cirúrgicos. No entanto, essa visão mudou logo porque as pessoas demonstravam apreço por aqueles momentos. A falta de acesso ao CD ainda é grande no nosso país. Para muitas pessoas, só a oportunidade de tirar uma dúvida com um CD já era uma conquista.

Isso era ainda mais forte nos atendimentos domiciliares, em que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde atinge seu ápice. E lembrei que escutei de muitos colegas o mesmo discurso das enfermeiras sobre o porquê de não fazer visitas domiciliares. Precisamos construir “novas estratégias que vinculem as visitas domiciliares a conquistas facilmente perceptíveis pela população (...)” (NORO; TORQUATO, 2015, p. 154).

Não quero com isso desprezar a necessidade de atendimento odontológico curativo que nossa população tem e é alarmante. Conversa não faz dor de dente passar. No entanto, gostaria de enfatizar nosso papel na promoção de saúde bucal e as inúmeras possibilidades de atuação que temos. Recorrendo novamente a Josso:

Assim, as transformações nas quais as pessoas se engajaram podem resultar de uma emergência interior ou terem sido provocadas pelo meio ambiente. O ser-sujeito é levado, em consequência, a gerenciar essa coexistência de lógicas de evolução e a viver, dessa maneira, uma tensão mais ou menos forte entre identidade para si e identidade para os outros (JOSSO, 2007, p. 423).

“A narrativa expõe, explícita e desvela a ação do sujeito”. Aponta sua maneira de interagir “com o outro, com o contexto e consigo próprio”. Propicia, por suas vias de desvelamentos, compreensões e interpretações num processo de des(construção) ativa e dinâmica (JORGE; CATRIB; LIRA, 2018, p. 185).

Dessa forma, testemunhei o potencial da narrativa autobiográfica de propiciar uma análise de si mesmo, mas se vendo em relação ao outro em um mesmo contexto.

No mais, em relação ao conjunto de respostas dos participantes na oficina, já se sobressaía uma importância atribuída à educação permanente.

5.3.2.4 Segunda oficina

Na segunda oficina, em que abordei aspectos mais técnicos da semiologia odontológica, ficou claro o desconhecimento dos profissionais sobre essa área de conhecimento. Isso ficou, para mim, bem sintetizado na fala de uma participante no momento de avaliação ao final desse encontro:

“Fiquei chocada com a história do flúor!” (T4)

Muitas das informações que transmiti naquele momento e que eu considerava como básicas eram novidade para os participantes, o que me fez pensar: se temos aqui profissionais de diversas categorias do nível superior da saúde que desconhecem essas informações, quanto mais ao pensarmos na população em geral? Por que isso se dá?

Lembrei-me de várias atividades em que participei explorando temas diversos, tais como dengue e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), desenvolvidas com vários públicos, principalmente com crianças e adolescentes nas escolas da rede pública. Se perguntarmos a qualquer um desses escolares sobre essas doenças, certamente saberão dizer

algo sobre suas causas e meios de prevenção. O governo investiu muito na divulgação de tais informações nos meios tradicionais de comunicação, em adição às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde em várias campanhas. Provavelmente não há uma pessoa no país, ou um número estatisticamente relevante de pessoas, que não saiba que a dengue é causada por um mosquito que precisa de água para se reproduzir e que preservativos previnem IST.

Quais são, no entanto, as fontes de informação da população quanto às doenças bucais? Pelo menos nos meios de comunicação de massa, somente as propagandas de produtos para a higiene oral como cremes dentais, enxaguatórios bucais e escovas de dente. Para citar apenas um dano causado por esses comerciais, temos a imagem das cerdas da escova completamente cobertas pelo creme dental que está tatuada no imaginário de todos. Sabemos que a quantidade ideal se aproxima do tamanho de um grão de feijão para adultos e de arroz cru para crianças. Muito aquém do propagandeado pelas empresas que vendem cremes dentais. Em várias atividades que tenho desenvolvido com a população e profissionais de saúde, testo esse conhecimento dos participantes pedindo para desenharem uma cabeça de escova dental com creme. Após constatar o esperado, demonstro como deveria ser, usando um singelo caroço de feijão e um de arroz. O choque das pessoas é sempre o mesmo.

Outras situações tais como a indução ao uso indiscriminado de enxaguatórios bucais, a superestimação da capacidade de produtos em evitar doenças bucais e a omissão de efeitos nocivos que muitas dessas substâncias podem causar em determinados grupos ilustram como pode ser problemático o fato de o acesso às informações sobre cuidados orais se dar apenas pela via comercial. Podemos pressupor a dificuldade adicional para um cuidador que tenta escovar os dentes de um paciente acamado, por achar que a limpeza só será válida se a escova estiver repleta de creme dental. Pensemos nisso lembrando da disfagia comum em idosos, o risco de aspiração e, em crianças, de ingestão de creme dental com flúor, que pode causar fluorose, além de ser potencialmente tóxico.

No portfólio reflexivo, muitas vezes eu fazia associações aparentemente inusitadas ao pensar sobre as discussões nas oficinas. Ao refletir sobre a pouca importância dada à saúde bucal pelas políticas públicas, me vieram à lembrança momentos de reivindicações dos CD quanto à melhoria de condições de trabalho em que participei enquanto sindicalista, e mesmo enquanto trabalhadora da base. Era comum se falar que os governos não valorizavam a saúde bucal porque as pessoas “não morrem de dor de dente” (*sic*). Isso foi inclusive dito por um vereador em um momento de mobilização da categoria em uma câmara municipal.

Voltando aos acontecimentos da oficina, uma participante manifestou que sempre tivera dúvidas sobre se ela deveria contribuir com orientações básicas sobre cuidados em saúde

bucal, considerando que isso poderia ser visto como uma invasão do exercício de outra profissão. Há uma cadeia de eventos desde a graduação que culmina com profissionais “capturados pelo eixo recortado-reduzido corporativo-centrado” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 158). Aspectos éticos específicos que podem limitar a troca de informações para algumas categorias, como os psicólogos, são particularidades a se considerar (ARRUDA; MOREIRA, 2018). No entanto, de modo geral, enquanto trabalhadora da ESF e enquanto sindicalista, vejo o corporativismo como uma aberração que em tudo nos prejudica.

Os profissionais de saúde ainda têm fragilidades no conhecimento das especificidades do envelhecimento, dificultando a tomada de decisão na abordagem a esse segmento da população. A necessidade do cuidado longitudinal e a alta prevalência de doenças crônicas determinam a necessidade de atenção multiprofissional a essas pessoas (BRASIL, 2018a). No que diz respeito à saúde bucal então, pude constatar que esse desconhecimento é muito maior e requer atenção, dadas as implicações sistêmicas envolvidas, como já mencionado. De fato, “(...) a insuficiência dos saberes produzidos nos espaços formais nos desafia a constituir processos formativos no campo da saúde que possam reconfigurar as práticas e os processos de trabalho” (BARRETO *et al.*, 2013, p. 101).

Entretanto, os participantes que estiveram em uma atividade com determinado grupo na comunidade há quase dois meses, lembravam-se de grande parte do conteúdo que eu abordara na ocasião. Mencionaram informações como o fato de a escovação antes de dormir ser a mais importante do dia, de que o creme dental não é imprescindível para a realização de uma boa escovação, de que a principal vantagem dele é a presença de flúor, de que o uso do flúor altamente concentrado a cada seis meses não é tão importante como se pensa, dentre várias outras. Essa atividade prévia fora marcada pela abordagem da educação popular, cujas potencialidades enquanto dispositivo pedagógico vão muito além disso, já que podem dar visibilidade às ideologias naturalizadas, propiciando a elaboração de pensamentos e a concretização de ações de superação da realidade (PEDROSA, 2007).

Quanto à caderneta do idoso, destaquei os aspectos que ela traz no tocante à capacidade funcional, que pode ser mais importante que a quantidade de doenças que ele tem (COELHO FILHO, 2018; BONFÁ *et al.*, 2017). As habilidades que a pessoa idosa tem para o exercício das atividades da vida diária interferem, dentre tantas coisas, na sua habilidade na manutenção da higiene oral. Coelho Filho (2018) destaca a necessidade de mudar o paradigma de atenção, tirando o foco da doença e direcionando-o para a capacidade funcional.

No entanto, tratando-se de um público que desconhecia os problemas que acometem a saúde oral de idosos, achei importante comentar sobre os mais comuns, já que a

lista é grande: “atryção dentária; perda dos dentes; atrofia do osso alveolar e osso basal; alterações na mucosa bucal, língua, glândulas salivares, articulação têmporo-mandibular, flora microbiana e incidência de neoplasias malignas”. O edentulismo, no entanto, persiste sendo o principal problema de saúde pública na área bucal da população idosa do país (FERRAZ; LEITE, 2016, p. 308).

5.3.2.5 Terceira oficina

Para esse encontro, preferi não me prender ao rigor metodológico de algumas técnicas de planejamento, até porque, na minha visão, isso me obrigaria a adotar uma postura autoritária e poderia inibir a autonomia do grupo. Tentei estimular o grupo a pensar nas potencialidades do nosso contexto de forma que os desafios pudessem ser percebidos como situações-limite a serem enfrentadas, promovendo, assim, um clima de esperança e confiança na sua superação, tal como sugere Freire (1987). Algumas falas dos participantes nesse momento – “variedade de profissionais, bons profissionais, equipe do NASF, diálogo na equipe” – pareciam contradizer as da primeira oficina que descreveram um cenário de muita precariedade

É oportuno informar que, nesse momento, só havia profissionais do NASF. Ao pedir que eles comentassem sobre essas respostas, explicaram que se referiam ao próprio NASF. Por exemplo, há unidades de saúde que sequer dispõem de equipes desse programa. Outras em que há pouca diversidade de categorias na equipe. Então, os aspectos positivos que eles viam situavam-se dentro dessa equipe de NASF e não contemplavam os demais profissionais das EqSF ou das ESB da unidade. Outra potencialidade que apontaram foi “capacitações constantes”. Estavam se referindo a capacitações promovidas pela secretaria, externas à unidade. Os processos formativos que ocorriam dentro da UAPS eram os promovidos por eles mesmos para os ACS. Inclusive, na avaliação ao final da oficina anterior, um dos participantes elogiou a minha abordagem, comparando-a com uma capacitação da qual ele participara na regional:

Achei objetiva, sabe, porque a gente participou de um outro curso há algumas semanas, e eu não achei nada objetivo, [...] foi tipo assim, só falou os problemas e não falou as soluções, e aqui não, tu fala ‘a doença mais comum na boca é essa e a solução é isso’, então achei muito objetivo. (T1)

E o grupo fez uma crítica a isso nesta discussão:

[...] a educação permanente é uma coisa que tem que ter dentro do posto, certo? Mas se não é esses cursos que a gente tem que ir, se não é o NASF que faz essas capacitações, eu não vejo capacitação de outras equipes, às vezes até tentam, mas não acontece. Isso é responsabilidade de todos. (T2)

[...] eu sei que [...] uma das atribuições do NASF é capacitar os outros profissionais, mas os outros profissionais têm essa obrigação também? (T1)

Tem. (T2)

Tipo, o dentista também tem? Tem no edital que ele tem que capacitar? (T1)

É importante resgatar aqui que os NASF foram criados visando a aumentar a abrangência e resolutividade das ações da atenção básica ao atuar em parceria com as EqSF. Suas equipes devem compartilhar as práticas em saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as EqSF (BRASIL, 2008). Não se constituem em porta de entrada do sistema nem contam com unidades físicas independentes. Seu apoio pode ser desenvolvido de diversas formas, tais como com "atendimento em conjunto, discussão de casos, rodas de conversa, planejamento conjunto de atividades e formulação de projetos terapêuticos", dentre várias outras possibilidades (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 564). Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), e teve a realização de educação permanente incluída como sua competência específica sem prejuízo das demais.

Dando seguimento nesse debate na oficina, expliquei que, independentemente do que consta nos editais de seleção ou concurso, participar e fomentar processos de educação permanente está na PNAB como atribuição de todos os membros da equipe. Percebi que, como essa equipe de NASF tem pouca experiência, eles não tinham muita noção das atribuições dos demais profissionais que atuam na ESF, e se baseavam no que viam no cotidiano, que bem sabemos ser bastante desvirtuado do que deveria ser por inúmeras questões, algumas das quais já bastante abordadas neste trabalho. Justiça seja feita, como sindicalista, presenciei como os próprios colegas, alguns com décadas de atuação na ESF, também desconhecem suas atribuições. Quantas reclamações não chegaram ao sindicato do tipo: “a prefeitura quer me impor fazer algo que não é obrigação do dentista!”, quando se tratava de atribuições contempladas na legislação basilar da atenção básica e da ESF ou, até mesmo, algum dever do servidor público determinado no nosso estatuto.

Na demanda por capacitações, o protagonismo das ESB e a problematização dos processos de trabalho não são tão reconhecidos. Não é comum práticas discursivas sobre educação permanente nas unidades de saúde e, quando há reuniões de equipe com educação permanente, não ocorrem de forma regular ou sistemática, apesar de as políticas públicas de educação permanente na saúde reconhecerem a insuficiência dos

treinamentos formais e teóricos para o desenvolvimento de competências (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019, p. 11).

Foi interessante também como, em dado momento, percebeu-se uma concepção equivocada de matriciamento de uma das participantes que, pelo que tenho visto desde que entrei na ESF, é a visão mais comum. E outra participante desfez o equívoco do colega:

[...] se não tem discussão de casos não vai ter matriciamento. Ninguém vai vir fazer matriciamento. (T6)

Mas o matriciamento, ele pode ser com os profissionais da casa, pode ser só NASF, NASF e equipe da saúde da família, pode ser Posto e CAPS. (T2)

É comum, dada a sua origem, achar-se que o matriciamento só pode acontecer se um serviço especializado, geralmente o CAPS, vier até à UAPS discutir casos de saúde mental com os profissionais da atenção básica. No entanto, como a participante bem esclareceu, nas UAPS há vários “especialistas”: o CD pode atuar, para fins de matriciamento, como especialista para uma equipe composta por médico, enfermeiro, psicólogo etc. Dessa forma, o grupo entendeu que não precisamos esperar por alguém de fora para realizarmos matriciamento.

Percebi, em momentos como esse, a potência do trabalho em grupo, quando os próprios participantes formavam uns aos outros, tirando as dúvidas entre si sem a necessidade da minha mediação. Como nos fala Pinto (2008), as diferentes visões e opiniões se enriquecem, o que só ocorre quando há o encontro no qual se conversa sobre o tema com o compromisso de ouvir o que o outro tem a dizer. Isso lembrou o que eu considero o mais potente da terapia comunitária¹⁰, outro dispositivo que já ajudei a facilitar: é mostrar às pessoas que se encontram em um mesmo contexto que elas próprias podem ter as saídas para enfrentar suas situações-limite. Não querendo eximir os poderes superiores de suas responsabilidades e a importância de cobrá-las, mas resgatar a solidariedade e a potência que a comunidade tem para construir suas saídas. A mais, destaco que, da mesma forma que o terapeuta comunitário, minha função naquelas oficinas era apenas a de mediar uma saída para um problema que eu acreditava que os próprios trabalhadores eram capazes de construir.

Outros elementos apontados pelo grupo na primeira oficina, a saber, “AD fragmentada por especialidade”, “falta de compartilhamento/discussão dos casos complexos”, “falta de matriciamento”, “não compreensão do fluxo da odontologia na UAPS” e “falta de educação permanente/capacitação para os profissionais”, condizem mais com a realidade da

¹⁰ A terapia comunitária propicia a troca de experiências de vida em encontros comunitários em que as estratégias de superação de dificuldades do cotidiano são compartilhadas. “Considera que qualquer pessoa, independentemente da sua condição social, econômica e cultural, possui recursos e saberes úteis a si e aos outros” (BARRETO, 2008 *apud* GOMES, 2013, p. 24).

unidade. Naquela oficina, havia um número maior de participantes e maior diversidade (NASF, ACS e ASB). Aqui temos então um quadro mais fiel do cotidiano do serviço. Além de, como já comentei, denotar o reconhecimento da necessidade e importância da educação permanente na unidade, também sugerem a falta de comunicação entre os profissionais.

É desejável a criação de espaços e oportunidades, para diálogo na AB, que explorem a comunicação interprofissional, tais como “reuniões frequentes nas equipes, discussões dos casos, exercer tomada de decisão compartilhada e buscar a educação permanente com momentos de clarificação interprofissional”. A aprendizagem pela prática também é muito importante (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 1544).

Quanto às vantagens do trabalho em grupo para planejamento, destaco a possibilidade de permitir que diferentes atores ampliem sua capacidade de análise e intervenção, ao contribuir efetivamente na construção de propostas e na deliberação sobre formas de intervenção (MASSUDA, 2008). Paim e Almeida-Filho (2014) também sugerem a construção de intervenções por meio de metodologias de trabalho em grupo combinadas com metodologia de planejamento participativo, considerando que as necessidades em saúde são produzidas por diversos fatores e envolvem múltiplos sujeitos e organizações. Scarazatti e Amaral (2008) também ressaltam a possibilidade de o planejamento ampliar a capacidade de operação do coletivo, ao colaborar na construção de grupalidade.

A forma mais interativa de avaliação proposta por Viana, Faria e Pacífico (2006), além das características já mencionadas, é também orientada para o aprendizado dos atores participantes. Funciona “como método para identificar como cada grupo específico apreende a realidade e constrói objetivos”, além de ser “um processo no qual diferentes objetivos são confrontados num processo de negociação (...)” (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006, p. 146).

Intervir em contextos concretos requer análises e compreensões em sua complexidade. Para isso, processos educativos a partir dos quais diversos sujeitos possam interagir descobrindo juntos formas de intervenção são fundamentais: “(...) é importante que esses atores sejam estimulados a protagonizarem as ações de enfrentamento dos seus problemas cotidianos” (BARRETO *et al.*, 2013, p. 100). Araújo, Almeida e Nóbrega-Therrien (2018) alertam para a difícil superação dos modelos biologistas que ainda se apresentam na centralidade da maioria das propostas de planejamento, pensados de forma rígida e sem muita flexibilidade.

Meu envolvimento nesse processo se cercou de muitos sentidos e me direcionou para possibilidades inéditas para mim, o que, ao mesmo tempo, me impulsionava a vivenciá-las apesar da ansiedade que gerava, considerando minha pouca experiência nesse campo.

Mesmo com a busca na literatura de métodos para planejamento, a tendência é querermos encontrar uma fórmula prática e ideal para o nosso contexto, o que simplesmente não existe. Como exemplo, uma das fontes de estudo foi o capítulo “Planejamento em Saúde para não Especialistas” (PAIM, 2006), do livro “Tratado de Saúde Coletiva”, que menciona vários métodos como o Planejamento Estratégico-Situacional, o Método Altadir de Planificação Popular e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos, mas sem entrar em detalhes de ordem prática.

Massuda (2008) sugere o uso de planos operativos com elementos como metas e prazos, além de indicadores para a avaliação, de maneira semelhante à programação sugerida por Takeda (2013). Como já expliquei na descrição da oficina, preferi não me prender ao cumprimento de todos esses elementos, mas antes deixar o grupo construir sua programação com o máximo de autonomia possível.

Adaptei o processo do “círculo de cultura” para me auxiliar nessa construção. O círculo de cultura, desenvolvido por Paulo Freire na década de 1960, é um espaço dialógico de construção do saber. Para Weffort (1967), seu ponto de partida está na assunção da “liberdade e da crítica como o modo de ser do homem. (...) Seu interesse central é o debate da linguagem no contexto de uma prática social livre e crítica” (WEFFORT, 1967, p. 7).

De acordo com Dantas (2010), os momentos do trabalho no círculo de cultura podem ser sequenciados resumidamente em: levantamento do universo vocabular dos participantes e consequente extração de palavras geradoras; definição do ponto de partida expresso no tema gerador geral; a codificação da realidade e sua descodificação passando do abstrato ao concreto onde, segundo Marinho (2009), encontramos mais nitidamente a relação com o pensamento da concepção dialética, tentando alcançar a consciência do vivido em sua significação social, o que possibilita a compreensão da própria realidade com vistas a intervir criticamente sobre ela. Todos esses passos ficaram diluídos nas três oficinas.

Resgatar as potencialidades do serviço e desafios superados constituiu uma tática para que os participantes percebessem o caminhar histórico, embora breve, olhando as conquistas, como também para evitar que as dificuldades se configurassem em um muro de lamentações. Em vez disso, que pudessem ser percebidas como situações-limite a serem enfrentadas, promovendo-se, assim, um clima de esperança e confiança na sua superação, tal como sugere Freire (1987).

O círculo de cultura nos permite estimular a participação dos sujeitos, tanto pela fala como pela ação, e com inserção na sua prática. Para tanto, precisamos nos colocar dispostos

a vivenciar com esses sujeitos experiências abertas, de forma que eles sejam os próprios criadores da sua aprendizagem (MARTINS; SOUZA; VIEIRA, 2019).

No mais, busquei me cercar de alguns cuidados para evitar erros comuns em processos de planejamento, conforme verifiquei na literatura. Segundo Takeda (2013), é comum, nos processos de planejamento, se tentar lidar com mais problemas do que a realidade permite. Resgato o alerta de Demo (2009, p. 48) quanto à “tentação das promessas excessivas, que o planejamento facilmente dissemina. Não há quem resolva todos os problemas”. No momento da priorização, sugeri a escolha de uma única situação-limite, considerando que é comum em análises da situação de saúde o fato de serem geradas listas de problemas inviáveis de serem abordados simultaneamente (TAKEDA, 2013).

Na construção de um plano para a resolução de um problema é importante partir dos indícios apresentados pelo próprio cotidiano, que podem assumir dimensões numéricas, discursivas ou outras, guiando-se “num campo de multiplicidade de vivências, experimentações” e conhecendo “as realidades que se abrigam nesse processo e o quanto isso tem de consequência política”. Diante do problema em questão, as ações podem adotar enfoques educativos, comunicativos, técnicos, dentre outros, mas sempre mantendo o tom realista, evitando criar falsas expectativas nos participantes (SILVA, 2012, p. 42). Daí que eu preferi despender mais tempo na dimensão discursiva, como na elaboração da nossa “situação-limite” priorizada, e relevei a um segundo plano as dimensões numéricas, enfocando o aspecto educativo do processo.

Apesar de o termo “planejamento” ser carregado de uma aura de complexidade que amedronta os trabalhadores “da ponta”, é importante insistir nas tentativas de incorporá-lo ao nosso cotidiano. Takeda (2013) afirma que, devido ao fato de o planejamento exigir conhecimentos e experiências anteriores, ele costuma ser delegado a instâncias superiores do sistema de saúde, mesmo que seja relevante para as atividades de equipes locais. Scarazatti e Amaral (2008) corroboram essa afirmação ao salientar que, mesmo sendo o planejamento um importante instrumento de gestão, tem sido pouco usado no cotidiano das organizações de saúde do SUS. Ainda segundo esses autores, os objetivos devem ser realísticos, evitando, assim, reforçar experiências negativas anteriores. A mais, orientam que se analise a viabilidade desses objetivos a partir de alguns fatores, dentre eles a experiência do grupo e da instituição de saúde.

Essa era a minha primeira experiência como condutora única de um processo de planejamento e, talvez, tenha-me faltado objetividade. Além do mais, tratava-se de um grupo que ainda não tinha uma familiaridade bem constituída, e me senti insegura sobre como abordar certas questões sem gerar mal-estar e comprometer o resultado.

Este também é o momento para que o grupo realize uma autoanálise, considerando o envolvimento dos profissionais, seus saberes, seus valores perante a profissão, conflitos intraequipe, capacidade de lidar com os mesmos, possibilidades do trabalho em equipe, prazeres e frustrações, etc. Estas questões interferem na viabilidade dos objetivos tanto, ou às vezes mais do que algumas condições objetivas de aporte de recursos materiais (SCARAZATTI; AMARAL, 2008, p. 200).

Os levantamentos de dados que eu fizera, previamente à fase de campo da pesquisa, não me foram muito úteis por ocasião da construção do plano. O que eu imaginava durante os meses que antecederam à pesquisa como medidas que ajudariam a resolver o problema, e que deveriam constar no plano que eu construía na minha mente, simplesmente não se concretizou. Como estamos em uma narrativa (auto)biográfica em que trabalhamos as recordações e as associações significativas que elas nos trazem, lembrei-me de uma imagem de um filme que simbolizou como eu via os rumos que as oficinas tomaram e que prontamente adicionei ao portfólio: o filme era “Vingadores: Ultimato”¹¹, e a cena era a que uma personagem explicava a outro o desvio provocado na linha do tempo por um simples acontecimento alterado do passado (a retirada de uma “joia do infinito”). Para mim, o fato de quase não ter havido participação de ACS e a ausência da enfermeira nas oficinas desviou completamente o rumo que eu imaginava que a discussão poderia tomar. Se, por um lado, isso impediu certas discussões que eu esperava, por outro, me permitiu ver o problema por uma perspectiva completamente diferente da que eu estava acostumada a ver quando se tratava desse assunto. A sensação foi revigorante para mim.

Uma fragilidade gerada, no entanto, foi o fato de que a inexperiência do grupo os induziu a achar que certos dados que precisaríamos para monitorar o plano estariam facilmente à disposição, mas não estavam. Pude constatar isso nos dias seguintes, quando examinei os relatórios que o prontuário eletrônico fornecia. Simplesmente não era possível saber quantos atendimentos domiciliares eram realizados. Constavam nos relatórios as VD que somente são realizadas pelos ACS. Para o sistema, os demais profissionais não realizam VD, e sim atendimentos domiciliares. E, embora os profissionais possam registrar esses atendimentos no sistema, não há como vê-los nos relatórios disponibilizados aos gestores.

Outro problema é o registro no sistema atividades de educação permanente que os profissionais facilitam, pois ficam em campo separado das demais atividades educativas e de difícil localização. Perguntei, na secretaria regional, se havia esse dado e soube que não há. Ou

¹¹ VIANGADORES: Ultimato. Direção de Joe Russo & Anthony Russo. Autores: Stan Lee & Jack Kirby & Jim Starlin. Califórnia: Marvel Studios, 2019. 1 DVD (182 min.) son., color.

seja, os profissionais do NASF da minha unidade realizam uma série de ações educativas para os ACS, mas isso não consta em nenhum banco de dados.

Isso inclusive foi questionado por uma das participantes:

E tem isso no *fast medic*?¹² Porque aí é uma forma de acompanhar, né? [...] Por isso que tem que estar tudo registrado de algum jeito. (T4)

Além do mais, esses relatórios de produção não estão à disposição dos profissionais, visto que apenas as senhas dos gestores dão acesso a eles. No sistema anterior, qualquer profissional poderia consultá-los. Isso desestimula as equipes a avaliarem seu trabalho, pois sequer têm acesso às informações das atividades que eles próprios realizam!

Dados (que geram as informações) fidedignos e completos são importantes na análise da situação de saúde, monitoramento e avaliação de ações (CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018). Diante disso, “na esfera do processo de trabalho das equipes, é necessário planejar, executar e registrar dados e avaliações dessa ação de cuidado” (FERRAZ; LEITE, 2016, p. 303). No entanto, essa falta de análise é histórica e se dava mesmo quando os dados eram alimentados manualmente pelas equipes que tinham uma série de planilhas à sua disposição. Eram simplesmente números que tinham que ser sistematizados para enviar à gestão para fins de recebimento de recursos. Não fazia parte da rotina da maioria das equipes discutir sobre o significado desses dados. Para Moraes (2014), a utilidade da informação está em apoiar uma ação, caso contrário, não contribui para a produção de conhecimento, passando a cumprir uma função meramente decorativa. É fato que “(...) ainda não se estabeleceu uma cultura de uso intensivo e contínuo da informação como subsídio para a decisão no SUS”. Compromete-se, assim, a identificação de alternativas e possibilidades a serem consideradas na tomada de decisões e na avaliação de suas consequências, ao se analisar um problema com limitação de informações (MORAES, 2014, p. 658).

O Município de Fortaleza vem terceirizando progressivamente vários aspectos de sua política de saúde, inclusive seu setor de Tecnologia da Informação (TI). Nessa esteira, os prontuários eletrônicos que vêm sendo implantados nas unidades de saúde são feitos por empresas privadas. Destaco ainda que o sucateamento das instâncias públicas de gestão das informações geradas pela tecnologia de processamento de dados em saúde é um fenômeno nacional. Moraes (2014) questiona-se a que interesses tal sucateamento serve? Será que o modelo de terceirização é o ideal para garantir a prioridade dos interesses públicos em

¹² FAST MEDIC é a empresa que desenvolveu o sistema de prontuário eletrônico usado pela SMS/Fortaleza. Os profissionais se referem ao sistema coloquialmente como “*fast medic*”.

detrimento dos da expansão do mercado de TI? Segundo a autora, “o esvaziamento das instâncias gestoras dos sistemas de informação em saúde tem impacto negativo sobre o desempenho dos sistemas e, por conseguinte, na qualidade das informações produzidas” (MORAES, 2014, p. 660).

Outro percalço que ocorreu foi o cancelamento da reunião de equipe que aconteceria no dia seguinte, na qual eu já discutiria alguns aspectos necessários ao imediato seguimento do plano.

De toda forma, como explanado por Tripp (2005), ao contrário de outros tipos de pesquisa em que a ação fica engessada por protocolos,

na pesquisa-ação, a metodologia de pesquisa deve sempre ser subserviente à prática, de modo que não se decida deixar de tentar avaliar a mudança por não se dispor de uma boa medida ou dados básicos adequados. Antes, procura-se fazer julgamentos baseados na melhor evidência que se possa produzir (TRIPP, 2005, p. 448).

Jorge, Lourinho e Amorim (2018, p. 608) também criticam o que tem se chamado a “magia dos métodos” quando o pesquisador sobrepuja o essencial, ou seja, “o fenômeno e suas significações nas relações sociais dinâmicas”, em prol da soberania do método. Para Campos e Ribeiro (2017), o peso do positivismo ainda é sentido na norma funcionalista organizacional dos serviços de saúde, dificultando a adoção de métodos inovadores em pesquisa. “A bricolagem, nesse sentido, ultrapassa a barreira metodológica afirmando que o contexto não define o método, pois este pode ser adaptado aos diferentes cenários do objeto pesquisado” (CAMPOS; RIBEIRO, 2017, p. 7).

Apesar de alguns atropelos em toda essa construção, nosso grupo conseguiu evitar muitos dos equívocos frequentemente cometidos em processos de planejamento. Apesar de o título da pesquisa mencionar a “construção de um plano”, o que mais me importava era explorar o tema. Isso fica mais evidente ao se observarem os objetivos específicos descritos neste trabalho. A construção do plano funcionaria como um artifício para que as discussões, reflexões e problematizações que eu esperava desenvolver com minha equipe não ficassem soltas, sem um propósito ou produto mais palpável e, principalmente, sem um indicativo de continuidade naquilo que conseguisse disparar.

Holliday (2006), grande referência para este trabalho, nos diz que, enquanto a avaliação enfatiza resultados, a sistematização centraliza-se nas **dinâmicas dos processos**.

Ao final da última oficina, perguntei ao grupo se concordavam em marcarmos uma reunião com toda a unidade para apresentar o plano. Um dos participantes sugeriu que seria melhor agendar antes uma primeira capacitação e, nesse momento, apresentar o plano. Assim

ficou decidido e, em reunião com a coordenação e os demais profissionais de saúde bucal da unidade, agendamos esse momento para o final de setembro, aproveitando os eventos da Semana Branca da Odontologia. Cabe ressaltar, no entanto, que uma das vantagens da pesquisa é que a socialização já começa durante a pesquisa, uma vez que é desenvolvida coletivamente (BRAYNER, 2017). Além do mais, ela se diferencia da pesquisa científica tradicional também porque já altera o fenômeno pesquisado, ao mesmo tempo que o pesquisa (TRIPP, 2005).

5.3.2.6 Um feliz e inesperado desdobramento

Ao começar a trabalhar nessa nova unidade, a UAPS Licínio Nunes de Miranda, informei a todos sobre a minha disponibilidade de participar de visitas domiciliares, tentando encaixá-las na minha agenda. No entanto, fui acionada apenas uma vez, e por uma ACS que, em pouco tempo, se transferiu para outra unidade. Como já exposto, é difícil para as pessoas visualizarem o que um CD poderia fazer em um atendimento domiciliar. Bem, por questões contingenciais, não houve participação dos ACS nas 2.^a e 3.^a oficinas desta pesquisa. Porém, para a minha grata surpresa, logo após o término dos encontros, comecei a receber muitos pedidos de visitas por vários ACS, inclusive de outra equipe. Entendi que, apesar de não terem participado mais da pesquisa, eles compreenderam a importância da demanda e passaram a me acionar.

Nesse momento, em paralelo aos encaminhamentos do plano, fui encaixando esses pedidos na minha programação na medida do possível, de forma que fiz visitas com alguns ACS e alguns outros membros da equipe. Isso gerou demandas a partir da identificação de lesões orais que requeriam manejo, necessidade de encaminhamentos para atenção especializada, articulação da rede no sentido de entender como se poderiam viabilizar esses procedimentos em outros serviços, identificação de necessidade de atenção por nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta, dentre outras.

A partir daí, fui dando os encaminhamentos necessários articulando-me com a enfermeira, ACS, gestão local e pessoal administrativo da unidade. Senti-me, pela primeira vez, realmente parte da equipe.

Diferentemente de Bizerril *et al.* (2015), que, em relato sobre visitas domiciliares com ESB em UAPS de Fortaleza, elencaram, dentre dificuldades encontradas, a recusa de ACS para tal atividade, o que encontrei foi muito anseio por sua realização. Após a sensibilização

propiciada pela intervenção, os ACS passaram a me procurar muito para visitar pacientes de suas áreas.

Na ausência de tal instrumento no município, criei um prontuário domiciliar de saúde bucal adaptando itens da caderneta do idoso. “(...) a elaboração de formulários específicos para a atenção domiciliar em saúde bucal possibilita o acolhimento, a autonomia e a resolubilidade do que se apresenta” (FERRAZ; LEITE, 2016, p. 303). Descobri que a unidade já tinha recebido várias destas cadernetas e minha equipe não as estava usando. Aproveitei o momento das visitas para trabalhar o preenchimento delas com os ACS nos domicílios, já que eles não estiveram presentes nesse momento na oficina.

Como citado pelos participantes, vários sujeitos poderiam ajudar na promoção da saúde bucal dos pacientes domiciliares. Harzheim e Mendonça (2013) alertam para o cuidado que se deve ter para não sobrecarregar certos profissionais com atribuições mais gerais na equipe, quando estes são os únicos capazes de realizar ações altamente especializadas. Os autores citam os CD, que não podem delegar os procedimentos cirúrgicos orais a outras categorias, e recomendam que atividades como as educativas fiquem mais a cargo do pessoal técnico da ESB, com apoio dos ACS. Em prol da eficiência e efetividade do trabalho das equipes, aconselham que se evite sobreposição de funções e o respeito à especificidade de cada categoria, aumentando assim a disponibilidade dos profissionais de nível superior, em vez de gerar “dificuldades de acesso da população a ações dessas categorias profissionais, em especial do médico e do odontólogo” (HARZHEIM; MENDONÇA, 2013, p. 40). Como dito pelo grupo em uma das oficinas, vários profissionais poderiam contribuir “identificando problemas de saúde bucal nos pacientes domiciliares e referenciando ao profissional especializado”.

O CD que atua em uma unidade básica de saúde onde há equipe da ESF deve considerar o ACS como alguém que pode contribuir com as ações de saúde bucal, por sua proximidade com o território, a comunidade e as famílias. Para isso, deve estar capacitado a identificar situações de maior vulnerabilidade e com potencial para desenvolvimento dos principais agravos que comprometem a saúde bucal. É de competência da ESB organizar esse trabalho com os ACS, de forma que estes possam desenvolver diversas ações que promovam saúde bucal (inclusive nos domicílios) e manter a equipe informada quanto a situações de risco (BRASIL, 2018a).

Os ACS promovem a comunicação nas equipes ao instigarem os profissionais quanto às demandas da população: “Pode-se dizer que o protagonismo do ACS, ante a comunicação entre usuários e equipe, sinaliza uma iniciativa da equipe de pôr em prática

estratégias de cuidado que caminhem para um diálogo ideal” (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 1540).

Para Giugliani *et al.* (2013), a carreira de ACS está em construção, e o perfil desse trabalhador no Brasil tem se desenvolvido no sentido de ser um mediador entre a comunidade e o serviço de saúde. Não obstante, Bornstein *et al.* (2014) alertam para as possíveis contradições na forma como essa mediação entre ACS e território se dá. Notadamente, as autoras discorrem sobre a peculiar posição do ACS entre os dois tipos de saberes e práticas, os populares e os biomédicos, podendo esse trabalhador ora ser facilitador, ora dificultador desse diálogo. No transcorrer do tempo, trabalhando na rotina do atendimento por programas, a dimensão técnica parece que se coloca em primeiro plano, e aquela dimensão comunitária fica relegada a um segundo plano (BORNSTEIN *et al.*, 2014). Isso corrobora o apontado por Furlan (2008) de que as ações dos ACS hoje estão mais voltadas a reproduzir as atividades historicamente realizadas na AB pela vigilância epidemiológica. Ainda segundo a autora, sua crescente profissionalização altera seu perfil enquanto representante da comunidade, daí a importância de valorizar sua inserção comunitária. Nessa esteira, um meio termo entre esses saberes que ajude a estabelecer uma boa comunicação entre serviço e comunidade deve ser buscado.

Esses achados da literatura se harmonizam com reflexões que me foram provocadas pelas visitas realizadas após as oficinas. Um fenômeno que me chamou a atenção em algumas dessas visitas, mas que também ocorre em outras situações, é o fato de nós, trabalhadores da saúde, nos colocarmos, na maioria das vezes, como “inquisidores da boa conduta”, expressão usada por Aguiar (2018, p.17) em sua dissertação, e que achei muito espirituosa. O que mais fazemos na nossa clínica, seja nos consultórios, nos grupos ou nos domicílios, é perguntar: “está fazendo a dieta, tomando os remédios, fazendo a atividade física, escovando os dentes, passando fio dental, deixou de fumar/beber?”, e assim por diante. Repetimos essas perguntas tantas vezes ao dia que elas já saem de maneira automática.

E a população absorveu isso. Escuto muito de mães de crianças que atendo: “Doutora, diz pra ele/ela que é pra escovar os dentes, que não pode comer chiclete nem bombom!” E para mim, fica sempre esta dúvida: Essa mãe, que deve ser a pessoa com mais vínculo com essa criança, acha que eu, uma estranha falando à criança, farei com que ela mude seus hábitos simplesmente proferindo ordens?!

No meu portfólio, inclusive, coloquei uma imagem que me veio à mente, ela é de uma animação brasileira chamada “Irmão do Jorel¹³”, produzida pelo *Cartoon Network*®. A diretora da escola onde os personagens infantis estudam se chama Lola, e só aparece em cena quando algum aluno faz algo “errado”, surgindo para dizer que fazer aquilo “Não pode!!!”. Esse é seu bordão e praticamente seu único texto, só muda o fato proibido e o nome do aluno que o cometeu e que está levando a bronca. É uma personagem que faz uma crítica ao nosso sistema educativo ainda autoritário e podador da criatividade e dos diferentes temperamentos. E é isso que nós fazemos muitas vezes com nossos pacientes: “Comer doce, não pode!!! Dormir com a prótese, não pode!!!” Precisamos urgentemente tentar ser menos diretora Lola.

Como pensado por Castellanos, Loyola e Iriart (2014), uma mudança de perspectiva a se considerar é a de não mais se definir unilateralmente o que é um problema e necessidade em saúde e quais as medidas mais adequadas e efetivas no seu enfrentamento. Isso implica, dentre outros aspectos, questionar a superioridade do saber científico. Desse modo, “as necessidades devem ser definidas mediante a interlocução entre saberes e sujeitos e a pactuação de modos de superação dos conflitos aí surgidos” (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014, p. 574).

Nas visitas domiciliares, nas várias unidades em que trabalhei, presenciei muitos profissionais, principalmente os ACS (que era quem mais me acompanhava), adotarem essa postura de diretora Lola. Alertavam-me antes de chegar à casa visitada: “Doutora, seu Fulano gosta de mascar fumo; dona Fulana gosta de comer doce; a cuidadora não dá os remédios direito; quando chegar lá, dê carão!” Por vezes, o carão vinha do próprio ACS: “Dona Fulana, não pode fumar, não é mesmo doutora?!” É preciso tato para manejar essas situações, porque muitas vezes os ACS são os membros das equipes que gozam de maior vínculo com aquela família. São o principal ou até o único elo com a unidade de saúde, já que é comum nos depararmos com pacientes domiciliares que nunca receberam visitas de outros profissionais. Então, desautorizar o ACS diante da família seria no mínimo descortês. Sugerir uma negociação de conduta com a família no momento e, em ocasião oportuna, conversar a sós com o ACS podem ser saídas interessantes.

Eu, por minha vez, me via tão chocada com a realidade encontrada em muitos domicílios, que qualquer “boa conduta” que eu supostamente deveria prescrever ou cobrar se tornava insignificante. O choque de realidade para profissionais que vêm de um perfil

¹³ IRMÃO do Jorel. [animação 3 temporadas – 78 episódios] Direção de Juliano Enrico. Produção de Cartoon Network®. Atlanta: Warner Bros. Vídeo (11 min.), son., color.

socioeconômico bem mais vantajoso é grande quando chegam a essas casas. Nada na universidade nos prepara para isso. Eu tive a vantagem de ter nascido e sido criada em uma família de Testemunhas de Jeová e desde cedo fazer visitas evangelizadoras em territórios com alta vulnerabilidade social. Isso era rotina na minha infância. Visitava pessoas que moravam em casas de taipa em beira de rios e, para acessá-las, tinha que, às vezes, literalmente, enfiar o pé na lama.

Então, entre a crítica que, por vezes, se faz às equipes e a sensação de impotência diante de situações tão caóticas que nos infligem um medo paralisante, é preciso “esperançar”¹⁴: criar novos horizontes para um cuidado que seja possível (CAPOZZOLO *et al.*, 2018). Em algumas das situações, visitamos idosos que fumaram desde criança e que agora se encontravam alijados de quase tudo: sem poder andar, confinados a uma cama, alguns sem poder mais ver, dependendo de cuidadores sobrecarregados e estressados. Será que negar de forma tão inflexível um dos poucos prazeres que a pessoa ainda podia usufruir era realmente o melhor caminho? Há também as situações em que os idosos nunca tinham sido informados de que não era bom dormir com a prótese dental. Para alguns, dormir sem a prótese é um desconforto. Prefiro, nessas situações citadas, tentar barganhar com a pessoa. Por exemplo, seria possível, então, tirar a prótese durante duas horas por dia?

O tabagismo é algo que envolve muito a saúde mental também. Nessas visitas, conheci uma senhora que teve um Acidente Vascular Cerebral e, de repente, ficou acamada e com deficiência visual. Ela não sabia dos problemas de saúde que tinha e, em questão de dois meses, seu mundo ruiu. Sua vida desmoronou e todos à sua volta tiveram que se adaptar. Era uma mulher que, até poucos meses atrás, ia à mercearia da esquina sozinha comprar seus maços de cigarro e fumava vários por dia, como fizera a maior parte da sua vida. Agora, com tudo isso que aconteceu em sua vida, será que abruptamente retirar essa sua fonte de prazer era a melhor tática? Ela precisava e não tinha ainda conseguido acompanhamento no CAPS nem visita com a psicóloga do NASF da unidade. Nessas ocasiões, ficam mais claros ainda os limites impostos pelos nossos saberes e técnicas aprendidas e geralmente exercidas de forma compartimentalizada (CAPOZZOLO *et al.*, 2018). Como dentista, espera-se que eu diga que a pessoa não fume, pois pode desenvolver um câncer oral. No entanto, o dano psicológico nessa situação não é mais provável, urgente e certo do que um câncer? Além disso, a paciente e a

¹⁴ “É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar, porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo” (FREIRE, 1992).

família precisavam de acompanhamento por vários profissionais e serviços diferentes. A mais, destaco que “a insuficiência de nossos recursos parece ficar mais evidente quando confrontados com a vida do usuário, fora dos consultórios ou enfermarias” (CAPOZZOLO *et al.*, 2018, p. 1677).

Na graduação e especializações mais técnicas, nós aprendemos várias teorias sobre a que necessidades devemos responder e quais as técnicas para fazê-lo (CAPOZZOLO *et al.*, 2018). Só que, muitas vezes, a realidade se esquece de “combinar com os russos”, como se costuma dizer. No caso, com a teoria. Recorrendo novamente a Merhy (2018):

(...) o trabalhador de saúde, como profissional, é um instituído que pode, a partir de si, criar no encontro com os outros novos territórios de existência que não sejam inclusive mais do campo da saúde, mas que não consegue, ao preservar esse campo como imperativo para si, criar-se como se não pertencesse a esse lugar, inclusive o da profissão, que tem forças muito bem definidas para a sua constitutividade como campo de saberes e práticas e máquina de Estado (MERHY, 2018, p. 1752).

Novamente discordando de Ceccim (2018), que enfatiza o plano de certas individualidades para a invenção de algo novo nessa seara, Merhy (2018, p. 1752) destaca os “agenciamentos coletivos de enunciação e da produção do desejo”. Para esse autor, a tomada de consciência de uma pessoa a ponto de desterritorializar de fato algo sobre seu próprio fazer já tão demarcado dificilmente partiria de uma produção meramente cognitiva.

Do ponto de vista da abordagem a esses pacientes, devemos ter em mente que é natural que eles estabeleçam diferentes sentidos para suas necessidades singulares e particulares em saúde, e que estes devem ser considerados sobre a perspectiva ética do cuidado (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014). Os profissionais precisam tentar reconhecer as singularidades contidas no sofrer de cada um (PINTO; COELHO, 2008).

Ao investigarem a experiência de adoecimento e cuidado de determinados sujeitos ou grupos sociais, ao longo de seus itinerários terapêuticos, as CSS [Ciências Sociais em Saúde] apontam para diferentes perspectivas e interesses que se inter-relacionam, não sem conflitos, na definição do que vem a ser o “problema” vivenciado por aqueles sujeitos e grupos e das melhores estratégias de intervenção sobre esse problema. Assim, conceitos como experiência de enfermidade, itinerário terapêutico, modelos explicativos, setores da assistência, dentre outros, são relevantes para assumirmos um ponto de vista não tecnocrático sobre as realidades que pretendemos conhecer e intervir (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014, p. 574).

Dessa forma, nesses momentos de manejo de situações complexas como as mencionadas, além de tentar negociar essas questões com o paciente e a família, eu também tento estimular essas reflexões com os ACS.

Na mesma época dessas visitas, estavam ocorrendo atividades alusivas à “Semana Branca da Odontologia” no município de Fortaleza, e eu, enquanto representante do sindicato,

estive presente em momentos da organização desse evento. Aproveitei momentos dessas reuniões organizativas que contavam com a presença de professores de diversas faculdades de odontologia, de cursos técnicos da área, de parlamentares, membros da gestão regional e municipal e representantes das entidades de odontologia do estado para comentar alguns achados da minha pesquisa, bem como da minha experiência com atividades de saúde bucal numa perspectiva ampliada, principalmente, transpondo as paredes do consultório e interagindo com outras áreas da saúde. Algumas dessas pessoas me procuraram para entender melhor sobre a odontologia na atenção domiciliar. Além do mais, consegui alguns *kits* de saúde bucal para doar aos pacientes durante as visitas.

5.4 Os pontos de chegada

Neste quinto passo da sistematização, busquei formular conclusões a partir das perguntas iniciais do segundo passo.

As oficinas de produção de dados promoveram ricos momentos de educação permanente em saúde com profissionais de diversas categorias, e propiciaram a discussão do tema da pesquisa em colaboração interprofissional. Trabalhar em grupos proporciona a construção coletiva do conhecimento, facilita o aprendizado e o estreitamento de vínculos (REGO *et al.*, 2019). Particularmente, a primeira oficina teve impacto maior na melhoria vivenciada na AD e no enriquecimento da interação da equipe. Entendo que isso se deu porque foi a oficina que teve mais participantes e com mais diversidade, além de ter tido mais tempo de duração, de forma a contemplar todas as atividades previstas na sua programação.

Para Tripp (2005, p. 454), “a pesquisa-ação funciona melhor com cooperação e colaboração porque os efeitos da prática de um indivíduo isolado sobre uma organização jamais se limitam àquele indivíduo”. Então, há de se refletir como se dará o envolvimento das pessoas e como melhorar sua participação no processo, o que não é possível determinar logo de saída: os interesses e capacidades dos sujeitos interferirão em como eles participarão do projeto. Para esse autor, os modos de participação das pessoas na pesquisa-ação são por obrigação, cooptação, cooperação e colaboração. O mais comum em pesquisas para dissertação seria a cooperação, a partir da qual as pessoas concordam em participar do projeto como parceiros sob muitos aspectos, mas em que o pesquisador se mantém como o “dono” do projeto. Já na colaboração, “as pessoas trabalham juntas como copesquisadores em um projeto no qual têm igual participação” (TRIPP, 2005, p. 454).

Tomando esses conceitos como referencial, avalio que nessa intervenção a participação se deu na forma de cooperação. A colaboração, como descrita, deve ser vista como um ideal a se atingir, embora não seja, a rigor, exigência para se desenvolver uma pesquisa-ação bem-sucedida. Thiollent (1997) relata que o uso do termo “pesquisa ação participativa” por autores dos Estados Unidos da América é considerado redundante por colegas escandinavos, para quem a participação seria inerente à metodologia da pesquisa-ação. Greenwood, Whyte e Harkavy (1993), citados por Thiollent (1997), defendem que não há como garantir que haverá uma participação plena, uma vez que é um processo a ser construído e está sujeita às limitações postas pelos sujeitos e pelas condições no campo da pesquisa.

De fato, segundo Demo (2009, p. 18), participação é conquista, significando que é processo: infundável e sempre se fazendo. “Não existe participação suficiente, nem acabada. (...) [a participação] não pode ser entendida como dádiva, como concessão, como algo já preexistente”. Se vista dessa forma, seria tutelada e atrelada às boas graças do doador, este com o poder de delimitar o espaço permitido. A participação “não pode também ser totalmente controlada, pois já não seria participativa a participação tutelada, cujo espaço de movimentação fosse previamente delimitado” (DEMO, 2009, p. 20). O autor ainda alerta para o risco de banalização desse conceito que, por vezes, afeta ideias com propostas novas e profundas, das quais cita o planejamento participativo e a pesquisa-ação. É importante reconhecer os obstáculos à participação e aceitar, com consciência crítica e autocrítica, a tendência impositiva inerente ao pesquisador, educador ou planejador no exercício desse seu papel. Busquei evitar incorrer naquilo que Demo (2009, p. 44) denomina a “próxima farsa do poder”, ao alertar sobre o que o planejamento participativo pode se tornar, a saber, uma reprodução de uma farsa participativa que meramente legitima o poder.

Na primeira oficina, foi possível captar algo da visão dos ACS sobre o tema, mesmo que só por meio da escrita em tarjetas. É natural que profissionais de nível médio se sintam mais envergonhados em falar quando em atividades conjuntas com os de nível superior. Também é esperado que outros polarizem as discussões, mas isso faz parte do trabalho em espaços coletivos, cujo aprendizado se desenvolve com o decorrer das reuniões (PINTO, 2008). Nessa UAPS, em atividades em grupo voltadas exclusivamente para os ACS, eles falam até demais. É inclusive difícil mediar tais atividades. No entanto, nesta oficina, eles estiveram mais silenciosos e o recurso das tarjetas foi providencial para que suas “vozes” fossem “ouvidas”. Segundo Creswell (2014), a colaboração direta com os participantes ameniza ainda mais as relações de poder. Em pesquisa qualitativa, o pesquisador deve desejar dar voz aos indivíduos para compartilharem suas histórias e “minimizar as relações de poder que frequentemente

existem entre um pesquisador e os participantes de um estudo” (CRESWELL, 2014, p. 52). Na situação, as relações de poder também se davam pelo distanciamento entre aqueles que possuem o dito nível superior atestado pela academia e os que não o têm.

As visitas domiciliares que se sucederam, embora não estivessem previstas no projeto original, foram outros momentos elucidadores de algumas inquietações (e provocadores de outras). Em estudo com residentes de um serviço residencial terapêutico, parte da rede de atenção psicossocial, Massa e Moreira (2019) se depararam com resultados que considerei interessantes, principalmente comparando esses sujeitos com os pacientes domiciliares, já que ambos são pessoas em situação de liberdade restrita. Os lugares que os residentes desse estudo mais acessam como espaços de trocas sociais e de exploração da vida em liberdade são os estabelecimentos comerciais, principalmente de alimentos, sugerindo a importância da possibilidade de gestão dos recursos financeiros na sua sociabilidade. Quanto aos profissionais nesse contexto, os pesquisadores concluíram que estes devem ressignificar seus papéis, tornando-se mediadores de relações sociais, contratuais e de poder para atuarem na efetivação dos novos planos de vida desses pacientes (MASSA; MOREIRA, 2019). Para mim, isso dialogou muito com as visitas mencionadas aqui, que diferiram da maioria que eu já fizera, talvez até por um amadurecimento meu que me tenha ampliado mais o olhar para alguns aspectos que antes me passavam despercebidos (quero crer que seja a desterritorialização se processando em mim). Deparamo-nos cada vez mais com pessoas “recém-domiciliadas”, ou seja, pessoas cada vez mais jovens sendo acometidas com sequelas severas de doenças crônicas e que de repente perdem a gerência sobre suas próprias vidas no auge de sua capacidade produtiva.

Além do mais, a pesquisa permitiu o envolvimento da saúde bucal em atividades com outros profissionais como a reunião com equipe e NASF, atividades de educação em saúde com população, outros dentistas e profissionais de outras categorias colaborando na facilitação, reunião com a gestão e equipes de saúde bucal. Pinto (2008) lamenta que normalmente as EqSF não se reúnem com regularidade nem com qualidade, ou seja, as reuniões são geralmente esvaziadas e sem o real envolvimento dos participantes. Acaba-se por priorizar as demandas do cotidiano atendendo à pressão externa às equipes (PINTO, 2008; PINTO; COELHO, 2008).

O cotidiano de trabalho valorizado nas propostas de educação permanente permite o ensaio do enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões prévios socialmente definidos, como, por exemplo, as diretrizes do SUS e os protocolos de saúde bucal. No desenvolvimento de capacidades e competências, permite-se a reconstrução da clínica perpassada por um processo de problematização da própria prática profissional e da realidade das situações de trabalho (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019, p. 11).

Foi possível perceber que, apesar da correria do dia a dia imposta por muitas demandas, é viável a realização de momentos em que os profissionais possam conversar sobre seus processos de trabalho, se capacitarem e construírem novos modos de atuar integradamente. Em estudo em uma unidade de saúde da família, Penedo, Gonçalo e Queluz (2019) concluíram que os profissionais podem superar dificuldades quando têm a oportunidade de expor suas opiniões e de discutir coletivamente de forma a encontrar a melhor solução para aquele grupo. “Os inéditos viáveis são sonhos possíveis e, sobretudo, coletivos” (SOUZA; CARVALHO, 2018, p. 1295).

Algumas limitações precisam ser consideradas. O plano construído se mostrou parcialmente inviável, considerando as dificuldades para seu monitoramento. Formou-se, então, uma disputa no território do trabalho vivo, como exposto por Abrahão e Merhy (2014), um desafio a ser enfrentado a fim de se criarem novidades a partir da multiplicidade do coletivo. Além do mais, essa é uma unidade em que tem sido difícil mobilizar os trabalhadores para atividades em grupo, embora a pesquisa tenha alcançado certo sucesso e apontado caminhos. Apesar de algumas oficinas terem contado com poucos participantes, houve diversidade, garantindo a interprofissionalidade (em média, havia no mínimo a presença de cinco categorias diferentes).

A propaganda boca a boca (no dicionário consta sem hífen) gerada pela pesquisa e pelas visitas com conseqüente entrosamento e resultados concretos alcançados pode facilitar uma cultura de encontros locais. Para Thiollent, as fases mais importantes da pesquisa-ação são a primeira, que ele denomina exploratória, e a “final”, o ponto de chegada, que deve ser a divulgação externa – coloco final entre aspas me aproveitando do comentário de Holliday de que a experiência nunca está terminada. Também Holliday inclui, no seu modelo de sistematização, a comunicação da aprendizagem como parte dos pontos de chegada. O projeto para essa pesquisa não incluiu a execução do plano, de modo que não podemos falar, a rigor, de resultados da ação. No entanto, houve uma intervenção que gerou resultados. E, mesmo antes de haver uma comunicação oficial da construção, já houve uma divulgação por trabalhadores da unidade à minha revelia, visto que fiquei sabendo que ACS de outra equipe queria que eu visitasse alguns de seus pacientes domiciliares.

Cheguei a construir cartazes com sofisticados *designs* para convidar as pessoas para certas atividades que não surtiram efeito, pois ninguém compareceu. Talvez caiba aqui a reflexão de Martín-Barbero (1997, p. 228), para quem, mais importante do que os meios, eram as “mediações através das quais os meios adquiriram materialidade institucional e densidade cultural”. Esse autor, ao analisar os meios massivos na formação das culturas nacionais, enfatiza

a importância de se ter o foco no lugar onde se constroem os sentidos para uma sociedade. Em vez de agir de acordo com a tradição institucional de se elaborarem publicações com as informações que queremos divulgar, às vezes convém se valer da tradicional conversa. Nesse contexto, posso reafirmar que o processo foi mais importante do que qualquer material construído, pois aprendemos muito mais convivendo e observando os sujeitos, os grupos locais e seus fazeres.

Ademais, também por terceiros, fiquei sabendo que alguns ACS de minha própria equipe tinham vergonha de me pedir para visitar seus pacientes. A partir de algumas conversas, fiquei sabendo que a menção de possíveis filmagens nas oficinas inibiu a participação de algumas pessoas. Inclusive, isso mudou minha visão desses colegas, pois julgava sua falta de participação em certas atividades da unidade como falta de compromisso, quando, na verdade, tratava-se de timidez. Avalio, então, que houve falha minha na fase exploratória. Um esforço maior no convite corpo a corpo poderia garantir a presença de mais participantes.

No entanto, vejo um aspecto positivo nisso. Ter um grupo composto principalmente de novos profissionais evitou que as discussões se reduzissem ao muro de lamentações de sempre, e me permitiu ver o problema por uma nova perspectiva.

De toda forma, alguns mistérios se desvelaram para mim. Com um pouco mais de esforço e algumas adaptações na forma de mobilização, uma melhor interação é possível. Tanto para desenvolver processos formativos e discutir processos de trabalho quanto para articular melhor as atividades no território.

Há evidências circulantes no viver humano. O contexto das relações sociais implica desejos, pensamentos e intencionalidades. A interação dos sujeitos (intersubjetividade), a depender do modo de subjetivação entre os indivíduos, pode indicar desvelamentos de seu cotidiano com base em ativações analíticas de compreensão (JORGE; CATRIB; LIRA, 2018, p. 183).

Sobre a mesclagem de métodos adentrando a área das Ciências Humanas e usando técnicas ainda não tão exploradas nas pesquisas em saúde, foi uma ampliação enriquecedora do olhar para o campo do saber. Como iniciante em pesquisa, reconheço a conclusão de Severino (2010) de que “a autêntica iniciação à Ciência e à prática da pesquisa passa, de forma necessária, por uma metodologia vazada na interdisciplinaridade” (SEVERINO, 2010. p. 20). Na bricolagem em pesquisa, reconhece-se a influência e interatividade de aspectos que permeiam os sujeitos como sua história de vida, classe social, gênero e etnia, produzindo-se um conjunto de imagens mutáveis e conectadas. Reconhecendo a existência de várias interpretações da realidade erigidas por discursos e construções sociais, é mais fácil aceitar que o conhecimento produzido é provisório e processual (NEIRA; LIPPI, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao reduzido número de participantes, típico de pesquisas qualitativas, este estudo não permite generalizações. Isso, no entanto, não invalida seus achados, pois se trata de dados significativos e que corroboram discussões teóricas e resultados de outras pesquisas, embora não sejam muitas as que abordam o mesmo tema.

Neste trabalho, propus-me construir algumas reflexões relativas aos questionamentos levantados, analisando a experiência de realização de uma pesquisa-ação no meu local de trabalho. Nesse sentido, busquei examinar a educação permanente como um dispositivo para o enfrentamento de dificuldades vivenciadas no cotidiano de uma unidade de Saúde da Família, procurando problematizar as estratégias de resistência frente à falta de atuação interprofissional e, ao mesmo tempo, tentando analisar os desafios teórico-metodológicos do profissional da ESF para a atuação colaborativa.

O fato de eu não ter obtido tanto suporte pedagógico no aspecto metodológico estimulou meu protagonismo e uma construção processual da metodologia que sempre será necessária, pois não há um método perfeito para cada situação. Essa tônica da construção processual esteve sempre presente durante toda a pesquisa.

O uso dos princípios da pesquisa-ação contribuiu aliando a produção de conhecimento a processos educativos dialógicos, possibilitando a interação de profissionais diversos que, juntos, descobriram maneiras coletivas de aprendizagem que permitem modificar sua compreensão da realidade.

A construção progressiva no formato de oficinas, partindo de um reconhecimento inicial do grupo em si bem como de sua visão sobre o tema, culminando com a elaboração de uma proposta de ações para a melhoria do serviço, mostrou-se ser uma estratégia viável para o cotidiano de nossos serviços. As oficinas propiciaram a problematização da realidade, demonstrando o potencial do grupo para provocar suas próprias mudanças sempre partindo da concretude do cotidiano de cada um. Nesse sentido, a escolha das questões norteadoras do grupo focal foi feliz ao despertar a reflexão sobre o tema e expor o panorama do problema da pesquisa no contexto local e na visão daquele grupo. Assim, ficou claro na primeira oficina que os participantes tinham pouco conhecimento dos aspectos envolvidos na promoção de saúde bucal na atenção domiciliar e, conseqüentemente, não os incorporavam às suas práticas. Daí a importância da segunda oficina, na qual foi possível compartilhar conhecimentos sobre saúde bucal e sua relevância para o paciente domiciliar, bem como confirmar o pensamento do grupo de que vários atores além dos profissionais da área podem contribuir com esse cuidado. E, com

a construção do plano na terceira oficina, coroou-se o que foi debatido em toda essa construção: que os profissionais atuam de forma fragmentada e que momentos de educação permanente no contexto local são viáveis e podem contribuir não só com a melhoria do cuidado domiciliar em saúde bucal, mas também com uma atuação mais pautada na colaboração interprofissional.

A participação de profissionais de diversas categorias qualificou o olhar sobre o processo de trabalho das equipes. A presença mais intensa de novos trabalhadores trouxe uma perspectiva diferente em relação aos profissionais que estão há mais tempo no serviço e se encontram mais ressentidos pelos retrocessos da ESF do município nos últimos anos. Avalio que houve poucos conflitos nas oficinas pela homogeneidade do grupo que, apesar de ser composto por profissionais de diferentes categorias, de certa forma, estavam em uma mesma função, ou seja, eram de uma equipe de NASF.

Cabe ressaltar aqui o impacto da ausência da enfermeira e a menor participação dos ACS, profissionais basilares da atenção domiciliar e do Saúde da Família desde seus primórdios no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sua contribuição no debate seria de um valor inegável e enriqueceria muito a pesquisa.

No entanto, com os desdobramentos propiciados, principalmente com as visitas domiciliares realizadas, foi possível uma aproximação com esses profissionais, demonstrando um processo de transformação de práticas e avanço no trabalho em equipe. Vislumbro uma maior participação deles nos próximos momentos coletivos que serão proporcionados pela execução do plano.

A elaboração de um prontuário domiciliar específico para a saúde bucal com subsequentes aprimoramentos após seu uso nas visitas constituiu-se em aprendizado importante. Um desdobramento interessante seria ampliar essa construção com demais profissionais das ESB do município que realizam atenção domiciliar e que podem contribuir com sua experiência.

Esta intervenção foi mais uma oportunidade para repensar o papel do cirurgião-dentista no contexto de uma Equipe de Saúde da Família, de forma a dar visibilidade a esse profissional para além do seu núcleo de saber. Pude me sentir mais legitimada perante minha equipe, principalmente enquanto profissional que está além das competências desenvolvidas no mocho odontológico. Consegui desenvolver um olhar mais crítico diante das situações-limite apresentadas e perceber que o vínculo com a equipe e com a população, tal qual a participação, também é conquista. Os trabalhadores perceberem a importância do seu envolvimento no processo de trabalho dos colegas de forma compartilhada pareceu-me ser um caminho para a

construção de vínculos que se faz não a partir de um núcleo, mas da possibilidade de um agir coletivo.

Embora tenha havido incentivo por parte da gestão municipal à retomada de instrumentos salutareos ao processo de trabalho, como reuniões de equipe e rodas de gestão, muitos profissionais acham difícil se re-encantarem e precisam ser reconquistados. Processos de educação permanente em saúde desenvolvidos nos locais de trabalho têm o potencial de disparar essa revitalização.

Toda essa intervenção constituiu-se em um grande projeto de educação permanente. Proporcionou aos participantes (o que inclui a pesquisadora) aprendizado no local de trabalho e na conjuntura vigente, e aproveitou os conhecimentos advindos da prática e dos diversos saberes, além de fomentar a reflexão conjunta dos profissionais. Esses elementos da educação permanente e outros mais foram necessários e acessados para que o problema posto fosse entendido, analisado, avaliado e delineado, para finalmente se enunciá-lo de forma mais elaborada, apontando o que poderia ser feito para superá-lo. Todos esses movimentos precisam ser realizados em um processo de planejamento.

Em se concretizando o plano construído, o serviço terá profissionais mais motivados e amadurecidos, equipes mais resolutivas e o desenvolvimento de uma cultura de valorização da avaliação e planejamento dos processos de trabalho, respeitando os princípios da educação permanente e fortalecendo a interprofissionalidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-24, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2019.
- AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 261f. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27062017-165741/pt-br.php>. Acesso em: 24 out. 2019.
- AGUIAR, C. C. M. **Ludicidade em grupos na atenção psicológica e educativa em saúde pública sob o enfoque da narrativa autobiográfica**. 2018. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança. Fortaleza, 2018. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/42583/1/2019_dis_ccmaguiar.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. de; PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde coletiva: futuros possíveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 669-686.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* A estratégia saúde da família e o SUS. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 557-577.
- AQUINO, R. *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.
- ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005002102&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 nov. 2019.
- ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Método de oficinas. In: SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2019. p. 89-104.
- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I. de; NÓBREGA-TERRIEN, S. M. Educação em saúde: reflexões para a promoção da vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 587-606.
- ARNEMANN, C. T. *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface**. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1635-1646, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601635&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. [s. l.], v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n64/199-210/#>. Acesso em: 3 nov. 2019.

AZEVEDO, C. R. F. de; GOMES, R. O uso da narrativa na educação permanente em Saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170957, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100234&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2019.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro, 2007.

BARRETO, I. C. H. C., *et al.* Educação em saúde e intervenções comunitárias. In.: DUNCAN, B. B. *et al.* (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 98-106.

BATISTA, M. J.; RANDO-MEIRELLES, M. P.; SOUSA, M. L. R. Prevalência da cárie radicular na população adulta e idosa da região Sudeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.] v. 35, n. 1, p. 23-29, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n1/23-29/pt>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BEZERRA, F. G. C; ARAÚJO, M. F. C; FERNANDES, J. F. P. Oficinas e Construção de Jogos Educativos para Promoção A Saúde na Gravidez, Parto e Nascimento. In: SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. p. 347-357. 2. ed. rev. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019.

BISPO, E. P. F; TAVARES, C. H. F; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-50, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000200337&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 04 jul. 2018.

BIZERRIL, D. O.; SALDANHA, K. G. H.; SILVA, J. P.; ALMEIDA, J. R. S.; ALMEIDA, M. E. L. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1020/732732>. Acesso em: 01 set. 2018.

BOAS, B. M. F. V. **Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2004.

BONFÁ, K. *et al.* Perception of oral health in home care of caregivers of the elderly. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, [s. l.], v. 20, n. 5, p.650-659, out. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/1809-9823-rbgg-20-05-00650.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

BORDENAVE, J. E. D. **As ferramentas operativas**. In. BORDENAVE, J. E. D. O que é participação? 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. Coleção Primeiros Passos, n. 95. p. 63-75.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 18 Supl. 2,

p. 1327-1340, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601327&lng=en &nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2019.

BOTELHO, B. O. *et al.* Participação popular e arte nos processos de construção de conhecimentos pela educação popular. In.: MELO NETO, J. F.; CRUZ, P. J. S. Carneiro (Org.). **Extensão popular: educação e pesquisa**. João Pessoa: CCTA, 2017. p. 115-144. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Extens%C3%A3o-Popular-educa%C3%A7%C3%A3o-e-pesquisa-Editora-CCTA-2017.pdf>. Acesso em: 23 jan. 19.

BRAMBATTI, L. P.; CARVALHO, W. M. E. S. Equipe. In: BURG, Ceccim Ricardo *et al.* **Enciclopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018 p. 86-88. – (Série Vivências em Educação na Saúde) Disponível em: <http://historico.rede.unida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 192, 03 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 52 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf. Acesso em: 17 out. 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, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006a. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 30 jan. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. p. 92. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad17.pdf Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Anexo II. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 30 dez 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Anexo II. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 221, 18 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, v. 1, p. 102. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 116 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pesquisa_saude_bucal.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012d. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2012d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 183, 22 set. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120> Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. 2018a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabpCE.def>. Acesso em: 19 jan. 2018.

BRASIL. **DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2018b. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipece.def>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. 342p. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTY4NDk%2C>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BRAYNER, F. Entrevista com Flávio Brayner: Legados da educação popular e seus caminhos na pesquisa-ação. In.: MELO NETO, José Francisco de; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (Org.). **Extensão popular: educação e pesquisa**. João Pessoa: CCTA, 2017. p. 76-83. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Extens%C3%A3o-Popular-educa%C3%A7%C3%A3o-e-pesquisa-Editora-CCTA-2017.pdf>. Acesso em: 23 jan. 19.

BRUTSCHER, V. J. Educação (popular) e contradições. In.: MELO NETO, J. F. de; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Extensão popular: educação e pesquisa**. João Pessoa: CCTA, 2017. p. 42-75. Disponível em: <http://observacult.org/confira-o-livro-extensao-popular-educacao-e-pesquisa/> Acesso em: 23 jan. 19.

BUOGO, M.; CASTRO, G. de. Memorial de formação: um dispositivo de aprendizagem reflexiva para o cuidado em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 431-449, maio./ago. 2013.

CAMARA JÚNIOR, J. M. **Manual de expressão oral e escrita**. 28. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 168 p.

CAMPOS, F. E. de; AGUIAR, R. A. T. de; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 885-910.

CAMPOS, L. R. G. de; RIBEIRO, M. R. R. O método da bricolage em pesquisas em saúde e enfermagem - construindo o caminho ao caminhar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e2290017, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400613&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 11 jan. 2020.

CANANÉA, F. A. A. L. C.; MELO NETO, J. F. de. Apresentando o marco de referência de educação popular para as políticas públicas: caminhos para a institucionalização da educação popular. In.: MELO NETO, J. F. de; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Extensão popular: educação e pesquisa**. João Pessoa: CCTA, 2017. p. 156-188. Disponível em: <http://observacult.org/confira-o-livro-extensao-popular-educacao-e-pesquisa/> Acesso em: 23 jan. 19.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1675-1684, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601675&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2019.

CARMO, R. L.; CAMARGO, K. C. M. **Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, Rio de Janeiro: Ipea, 2018. 114 p.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 137-170.

CASTELLANOS, M. E. P.; LOYOLA, M. A.; IRIART, J. A. B. Ciências sociais em saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 567-594.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão (SEPLAG). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil Socioeconômico de Fortaleza**, 2. ed. 2012. v. 2. Disponível em: <http://salasituacional.fortaleza.ce.gov.br:8081/acervo/documentById?id=4af57174-bef9-4d3c-9820-f75d0bcbf4f2>. Acesso em: 02 jan. 2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco 2006. p. 165-84. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/gestao-em-redes-praticas-de-avaliacao-formacao-e-participacao-na-saude/4706>. Acesso em: 8 nov. 2019

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In.: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. v. 6, p. 49-67. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CHAVES, S. C. L.; BOTAZZO, C. Prevenção, atenção e vigilância da saúde bucal. In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 465-477.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do idoso. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 377-395.

CORIOLOANO, L. S.; PENTEADO, S. M. P.; ARREGI, M. M. U. **Sistema de informação em saúde**. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). *Epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 617-634.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832016000100197&script=sci_arttext&tlng=em. Acesso em: 02 out. 2019.

COSTA, M. V. *et al.* A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1507-1510, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601507&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2019.

COSTA, R. M. *et al.* O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Rev bras med fam comunidade**, [s. l.], v. 7, n. 24, p. 147-63, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/434/510> Acesso em: 09 jan. 2019.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: Escolhendo Entre Cinco Abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

D'AMOUR, D; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**, [s. l.], v. 19, supl 1:8-20., 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ivy_Oandasas/publication/7664589_Interprofessionality_as_the_field_of_interprofessional_practice_and_interprofessional_education_An_emerging_concept/links/00b495179882862c74000000.pdf. Acesso em: 09 jun. 2019.

DANTAS, V. L. A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE**. 2010. 323 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/3282>. Acesso em: 09 jun. 2019.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 09 jun. 2019.

DE-CARLI, A. D. *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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200441&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2018.

DEMO, P. **Complexidade e aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas, 2002.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 20. ed. rev e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 11 de nov. 2018.

DOMINICÉ, P. A formação de adultos confrontada pelo imperativo biográfico. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 345-357, maio/ago. 2006.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1563-1575, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

FERRAZ, G. A.; LEITE, I. C. G. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Rev. Aps.**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 302-314, jun. 2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2548/977>. Acesso em: 09 jul. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188/pt>. Acesso em: 20 abr. 2018.

FONSECA, I. S. **Educação em saúde e a visita domiciliária ao adolescente**: percepção de profissionais da estratégia saúde da família. 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, 2014. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFC_Ivana%20dos%20Santos%20Fonseca.pdf. Acesso em: 14 out. 2018.

FORTALEZA. Poder Executivo. Anexo IV: Descrição das Micro-Áreas de Risco. **Diário Oficial do Município**, nº 13.306 de 12 abr. 2006, p. 5. Disponível em: <http://apps.fortaleza.ce.gov.br/diariooficial/download-diario.php?objectId=workspace://Spa cesStore/c2d8c29c-484a-4aae-885a-28a38902dd64;1.1&numero=13306> Acesso em: 23 out. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento Humano, por Bairro, em Fortaleza**. Fortaleza, CE, 2010. Disponível em: <http://salasituacional.fortaleza.ce.gov.br:8081/acervo/documentById?id=22ef6ea5-8cd2-4f96-ad3c-8e0fd2c39c98>. Acesso em: 14 nov. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal de Saúde Escola. **Projeto Pedagógico do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza.** dez. 2012.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Manual de promoção de saúde bucal do município de Fortaleza.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 144p. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/infosaude/Manuais_SAUDE/manual_com_ficha_catalografica_4_0.pdf. Acesso em: 01 nov. 2018.

FORTALEZA. Prefeitura municipal. Plano Fortaleza 2040: vida comunitária, acolhimento e bem-estar. **Iplanfor**, Fortaleza, 2016a, v. 4. 342 p. Disponível em: http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/assets/files/publications/fortaleza2040_volume-4-vida-comunitaria-acolhimento-e-bem-estar_06-03-2017.pdf Acesso em: 14 nov. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal.** Série: Organização das Redes de Atenção à Saúde. Fortaleza, 2016b. 83 f. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/infosaude/Manuais_SAUDE/Linha-Guia-de-Sade-Bucal.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 – 2021.** Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 167 f., 2017a. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2014-2017.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20142017/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2014-2017---FINAL---site-SMS.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de produção do prontuário eletrônico.** Fortaleza, 2018a.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. **Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde 2018– 2021.** Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2018b. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Manuais_saude/Plano-Municipal-Educacao-Permanente-2018-2021---versao-internet.pdf Acesso em: 21 jan. 2018.

FORTE, F. D. S *et al.* Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 19, supl. s1, p. 831-43, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500831. Acesso em: 14 out. 2018.

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 787-796, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300787&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2019.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde as Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E. El. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In.: TOASSI, R. F. C (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. v. 6, p. 28-39. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

FURLAN, P. G. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 367-387.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GIUGLIANI, C. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 150-162.

GOMES, D. O. **A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais**. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

GREENWOOD, D. J.; WHYTE, W. E.; HARKAVY, I. Participatory action research as a process and as a goal. **Human Relations**, [s. l.], v. 46, n 2, 1993.

GRIGGIO, A. P.; MININEL, V. A. SILVA, J. A. M. da. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601799&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 08 nov. 2019.

HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família. In.: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 32-42.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. rev. Brasília: MMA, 2006.

HOLLIDAY, O. J. **A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis**. Brasília: CONTAG, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Censo 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Tabela:** características gerais dos moradores. 2017. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Anual/Caracteristicas_Gerais_dos_Domicilios_e_dos_Moradores_2017/PNAD_Continua_2012_2017_Caracteristicas_Gerais_dos_Moradores.xls. Acesso em: 23 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeções da população:** Tabela Projeções 2018 - Indicadores. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/#>. Acesso em: 23 out. 2018.

JITOMIRSKI, F. Atenção aos Idosos. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 6. ed. São Paulo: Santos, 2015. p. 152-165.

JORGE, M. S. B.; LOURINHO, L. A.; AMORIM, R. F. de. Metodologia qualitativa e as correntes do pensamento: avanços, limites e desafios para a saúde coletiva. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 607-615.

JORGE, M. S. B.; CATRIB, A. M. F.; LIRA, G. V. Pesquisa qualitativa em saúde: aspectos teórico-metodológicos e sua interface com a saúde coletiva. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 177-186

JOSSO, M. A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. **Educação,** Porto Alegre, v. 3, n. 63, p. 413-438, set./dez. 2007.

KHALILI, H; HALL, J; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **J Interprof Care,** [s. l.], v. 28, n. 2, p. 92-7, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2013.869197>. Acesso em: 23 jul. 2018.

KINCHELOE, J. L.; BERRY, K. S. **Rigour and complexity in educational research: Conceptualizing the bricolage.** 1. ed. Berkshire: Open University Press, 2004.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude Soc.,** São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 23 jul. 2018.

LARA, E. M. O. *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface,** Botucatu, v. 23, e180393, 2019. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100240&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2019.

LIMA, R. R. T. de *et al.* A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. **Interface**. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1661-1673, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601661&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

LIU, C. *et al.* Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 9, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012416.pub2/full>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MACIEL, J. A. C. *et al.* Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 4. p. 614-620, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5463>. Acesso em: 6 nov. 2018.

MALTA, D. C.; MOURA, L. de; SILVA JÚNIOR, J. B. da. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 259-279.

MARINHO, A. R. B. **Círculo de cultura: origem histórica e perspectivas epistemológicas**. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. p. 46-64. Disponível em: <http://coloquio.paulofreire.org.br/participacao/index.php/coloquio/viii-coloquio/paper/download/153/79>. Acesso em: 14 set. 2019.

MARTÍN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. Tradução de Ronald Polito e Sérgio Alcides. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

MARTINS, A. B. *et al.* Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 3403-3416, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03403.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018

MARTINS, A. K. L.; SOUZA, A. M. A; VIEIRA, N. F. C. Círculos de Cultura com Equipe da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, Angela Maria Alves e (Org). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019. p. 244-252.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170950, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100215&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2019.

MASSUDA, A. **Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 169 -194.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 14 nov. 2018.

MERCER, H. Interprofissionalidade e ousadia: sobre “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”. **Interface.** Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1757-1759, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601757&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. *et al.* (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20. parte II.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In.: MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 41-66.

MERHY, E. E. Inquietudes, da minha parte. **Interface.** Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1750-1752, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601750&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MORAES, I. H. S. de. Sistemas de informações em saúde: patrimônio da sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 649-665.

MOTTA, L. B; PACHECO, L. C. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. **Educ Health.** [s. l.], v. 27, n. 1, p. 83-88, 2014. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2014;volume=27;issue=1;spage=83;epage=88;aulast=da>. Acesso em: 11 out. 2019.

MOYSÉS, S. J. Intersetorialidade e multidisciplinaridade como desafios para a Odontologia. In.: PEREIRA, A. C. *et al.* **Tratado de saúde coletiva em odontologia.** Nova Odessa: Napoleão, 2013. p. 59-71.

NEIRA, M. G.; LIPPI, B. G. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 607-625, maio/ago. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 11 out. 2019

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? **Trab. Educ. Saúde,** [s. l.], v. 13, n. 1, p. 145-158, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100145&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de ago. 2018.

OKUYAMA, H. C. H. Y.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Abeno**, [s. l.], v. 17, n. 4, p.133-143, 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/514/348>. Acesso em: 30 abr. 2018.

OLINDA, E. M. B. Tornar-se educador(a) de jovens em conflito com a lei: a experiência de enfrentar a vulnerabilidade social sem uma educação em direitos humanos. In.: EGGERT, E.; FISCHER, B. D. (Orgs.). **Gênero, geração, infância, juventude e família**. Natal: EDURN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012. Coleção Pesquisa (Auto)Biográfica: temas transversais. p. 71-108.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World Bank. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012, 334 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=5F1F9315E8087C583D030ADE50CFDF74?sequence=4. Acesso em: 08 out. 2018.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-39.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In.: TOASSI, R. F. C (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. v. 6. p. 40-48. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2019.

PENEDO, R. M.; GONCALO, C. S.; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170451, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100201&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2019.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1753-1756, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601753&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINTO, C. A. G. P. Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINTO, C. A. G. P.; COELHO, I. B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINTO, V. G. Programação em Saúde Bucal. In.: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2015. p. 133-178.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface**. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B4. Acesso em: 02 nov. 2019.

PUSTAI, O. J.; FALK, J. W. O sistema de saúde no Brasil. In.: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 10-19.

REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2010.

REGO, R. M. V. *et al.* Grupo de casais amigos da amamentação. In SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos**: Teoria, Prática e Pesquisa. p. 234-243. 2. ed. rev. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019.

RODRIGUES, M. R. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007

ROSSIT, R. A. S. *et al.* Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre educação interprofissional (EIP): narrativas em foco. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1511-1523, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601511&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2019.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2012. p. 741-766.

SAMPAIO, C. C. *et al.* Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SEVERINO, A. J. *et al.* **Serviço Social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2010. p. 95-77

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010 / fev. 2011.

SANTOS, G. M.; BATISTA, S. H. S. S. Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1589-1600, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601589&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

SCARAZATTI, G. L.; AMARAL, M. A. do. Planejamento e contrato de gestão na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 195-209.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In SEVERINO, A. J. *et al.* **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 8. ed. – São Paulo: Cortez; 2010. p. 11-21

SILVA, J. C. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul Enferm.** [s. l.], v. 28, n. 2, p. 132-138, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000200132&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 12 jul. 2019.

SILVA, R. M.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. **Rev Abeno**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 87-98, 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/515/344>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica**. 2012. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 2012. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4781/1/2012_tese_mrfsilva.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

SILVA, M. A. M. da; SOUZA, A. M. A.; PINHEIRO, A. K. B. Coordenação de Grupos: Processo Grupal para Enfermeiros. In: SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019. p. 43-52.

SOARES, I. A. V.; LORENA, A. G. de. Educação permanente em saúde. p. 77-81. In: CECCIM, R. B. *et al.* **Enciclopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde) Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 08 nov. 2019.

SOUZA, E. C. (Auto)biografia, identidades e alteridade: modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação. **Revista Fórum Identidades**, São Cristóvão, v. 4, n. 2, p. 37-50, jul./dez. 2008.

SOUZA, A. R.; CARVALHO, J. S. “Situação-limite”, “ato-limite” e “inédito viável”: categorias atuais para problematizar a “percepção” da realidade. **Revista e-Curriculum**. São Paulo, v. 16, n.4, p. 1288-1308 out./dez.2018. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SOUZA, A. M. A.; SAMPAIO, C. L.; ARAGÃO, K. A. Grupo Operativo. In :SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019. p. 82-88.

SOUZA, A. M. A. *et al.* Avaliação e funcionamento de um grupo. In: SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019. p. 167-171.

STELET, B. *et al.* Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. **Interface**, Botucatu, v.21, n.60, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100165&lng=pt. Acesso em: 22 jan. 2019.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária em saúde. In.: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 19-32.

TEIXEIRA, C. F.; JESUS, W. L. A.; SOUZA, M. K. B.; ROCHA, M. N. D. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 585-594.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 287-301.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 19, n. 6, dez. 2007, p. 349–357. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 10 nov. 2019.

TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170691, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100206&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2019.

TOURAINÉ, A. **Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes**. Petrópolis: Vozes, 1999.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Prospects: the 2015 Revision, Key Findings and Advanced Tables**. New York: Population Division, 2015. Disponível em: https://esa.un.org/Unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

VASCONCELOS, A. P. S. M.; VIEIRA, S. B. V. Aprender em serviço. In: CECCIM, R. B. *et al.* **Enciclopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 13-14, 366 p. – (Série Vivências em Educação na Saúde) Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 08 nov. 2019

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 135-149. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/gestao-em-redes-praticas-de-avaliacao-formacao-e-participacao-na-saude/4706>. Acesso em: 08 nov. 2019.

VILELA, M. C. N. *et al.* Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática. **Einstein**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 290-6, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-1679-450820_15RW2980.pdf. Acesso em: 30 mar. 2018.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, e180398, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100223&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2019.

WEFFORT, F. C. Educação e política (Reflexões sociológicas sobre uma pedagogia da liberdade). In: FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967. p. 1-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2017, 46 p. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 nov. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) por Silvia Regina Pimentel Pereira, Cirurgiã-Dentista, pesquisadora orientanda da Professora Dra. Andrea Gomes Linard, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR: A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL”**. Você não deve participar desta pesquisa contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça quaisquer perguntas que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos. Os objetivos desta pesquisa são: Construir um plano de cuidado interprofissional para a atenção domiciliar em saúde bucal; discutir saberes e práticas de profissionais sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Licínio Nunes de Miranda; realizar momentos de educação permanente sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares com profissionais da referida UAPS e debater as dificuldades de atuação interprofissional em uma equipe de saúde da referida UAPS. A justificativa para esta pesquisa é o crescente número de pessoas que ficam impossibilitadas de saírem de casa por limitações físicas e que necessitam de cuidados de saúde bucal. O estudo será feito sob a forma de pesquisa-ação, com realização de uma reunião e de oficinas participativas para as quais serão convidados somente membros da equipe de saúde 325 e do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família totalizando 15 participantes. Estas oficinas serão gravadas em áudio e vídeo e realizadas na UAPS Licínio Nunes de Miranda, em local reservado e somente com a presença dos participantes já citados. As oficinas usarão metodologias participativas, que estimulem o diálogo de forma horizontal, com respeito às diferenças e procurando manter regras de convivência construídas coletivamente. A quantidade e tempo de duração de cada oficina serão acordados entre pesquisadora, participantes e gestão da unidade de saúde.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada a outros que não os participantes deste grupo. As gravações que ocorrerão não serão divulgadas sem seu prévio consentimento e, mesmo assim, todo o cuidado será tomado para preservar sua imagem como com o uso de tarjetas ou outro recurso de tratamento de imagens que impeça a identificação dos rostos dos participantes. Além destes registros, a pesquisadora realizará anotações pessoais em um portfólio, que é semelhante a um diário, onde ela registrará informações que considere importantes para a pesquisa. A divulgação e compartilhamento do desenvolvimento desta pesquisa, de seus produtos e resultados só ocorrerá em eventos de natureza científica e sem a exposição de suas informações pessoais, exceto em situações em

que o grupo ache importante divulgar para a comunidade ou outros trabalhadores, mas sempre com a concordância de todos sobre a forma em que ocorrerá esta divulgação.

Como a pesquisa se dará em grupo, buscando aprimorar o processo de trabalho dentro da equipe de forma mais integrada, ela contribuirá para maior resolutividade para os problemas de saúde enfrentados pela comunidade com os quais os trabalhadores têm que lidar. Assim, espera-se, como benefício aos participantes, um melhor desempenho na equipe, menos atritos no ambiente de trabalho e mais motivação para a atuação no serviço e no território. A realização desta pesquisa com sua colaboração poderá contribuir para o desenvolvimento da ciência e conhecimentos sobre como os cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde poderão realizar um melhor cuidado a pessoas impossibilitadas de sair de casa por limitações físicas.

Sua recusa em participar da pesquisa não lhe acarretará repercussões negativas em seu atual processo de trabalho. As atividades da pesquisa serão desenvolvidas de modo a não atrapalhar a sua rotina de trabalho nem a do serviço como um todo.

A pesquisa é de baixo risco. Os possíveis riscos são exposição de informações e/ou constrangimentos durante a realização das oficinas. A pesquisadora se compromete a diminuir esses riscos respeitando os preceitos éticos da resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Todas as atividades serão realizadas em acordo prévio com o grupo de participantes e você poderá se recusar a participar de qualquer atividade que lhe deixe desconfortável ou com a qual não se sinta bem.

Caso lhe ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa, mesmo com todas as precauções adotadas, toda a assistência necessária será garantida pela pesquisadora e pela instituição à qual esta pesquisa é vinculada, pelo tempo que for necessário, sem qualquer custo financeiro de sua parte. Em caso de dano sofrido em decorrência da pesquisa, você terá direito à indenização. No caso de interrupção do estudo, você receberá a assistência que for adequada, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário. Caso esta pesquisa traga qualquer risco ou prejuízo à sua saúde não previsto, as atividades serão imediatamente interrompidas.

Os dados obtidos serão usados apenas para a realização desta pesquisa e, a qualquer momento, você terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer dúvidas que possam ocorrer. Os dados da pesquisa serão mantidos sob a guarda da pesquisadora principal por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo, inclusive sem

prejudicar sua rotina de trabalho na unidade de saúde. Você não receberá nenhum valor financeiro pela participação na pesquisa, mas também não terá nenhum custo. Você receberá uma via deste termo e, em caso de dúvidas, contate a responsável pela pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Silvia Regina Pimentel Pereira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: R Poeta José S. De Morais, 260-Pacheco-Caucaia. CEP 61626-490

Telefones para contato: (85)989004140.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Assinar abaixo e rubricar as demais páginas:

APÊNDICE B – QUADRO DE RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA

Data/período	Evento	Conjuntura
1ª a 3ª semanas de junho	Reaproximação da UAPS participando de algumas atividades (festa junina, palestra da nutricionista para ACS, conversando com a gestão local e com profissionais da EqSF e do NASF, 2 participações no grupo de saúde integrada na igreja sendo uma acompanhando o facilitador do NASF e a outra facilitando, tendo outros componentes do NASF acompanhando).	Eu estava afastada da unidade por estar exercendo mandato sindical.
27/junho	Reunião com a equipe e NASF. Presentes enfermeira, ASB, 4 ACS, 3 profissionais do NASF.	EqSF sem médico. Enfermeira e NASF em contrato de 2 anos no máximo.
28/junho	1ª oficina: aproximação do tema e análise da situação.	
Julho	Agendada a 2ª oficina, mas só compareceu uma pessoa. Não houve.	Férias de profissionais.
8/agosto	2ª oficina: momento formativo sobre saúde bucal	
19/agosto	Núcleo de saúde bucal da SR 3. Compartilhei achados e impressões da pesquisa; procurei estimular os colegas a participarem e fomentarem processos educativos com profissionais e população.	Divulgação da Semana Branca.
21/agosto	Seminário Semana Branca da Odontologia na Associação Brasileira de Odontologia (ABO)	Tema relacionado à pesquisa.
22/agosto	3ª oficina: elaboração do plano	
23/agosto	Reunião de equipe. Cancelada	
30/agosto	Reunião com gestão local e dentistas (incluindo de outra UAPS) para determinar programação da Semana Branca.	
1/setembro	Elaboração da programação para capacitação com todos sobre SB na AD como atividade da semana branca que seria dia 6.	
1ª semana setembro	Tentativa de conseguir relatórios de produção do sistema (dados necessários para complementar e começar a implementar o plano): com gestão local e municipal. Não foi possível.	
6/setembro	Capacitação sobre SB com UAPS. Não compareceu ninguém.	
2ª semana setembro	Articulações em grupo <i>whats app</i> da organização da Semana Branca sobre a pesquisa e a relação com o tema do evento, culminando com recebimento de insumos para os PD da equipe.	
10/setembro	Última reunião organizativa da Semana Branca na ABO.	
13/setembro	Visitas com ACS “A”. 3 domicílios, 3 pacientes.	
17/setembro	Ida à Secretaria Regional (SR) para explorar os relatórios do sistema junto à coordenadora regional de SB. Conversa com responsável pela Educação Permanente da SR para tirar dúvidas. Disponibilidade da caderneta do idoso.	Sistema não fornecia os dados. Não localizei onde os profissionais registrariam os dados.
18/setembro	Visitas com ACS “B”. 2 domicílios. 3 pacientes. Avaliação também de esposa do paciente.	Já com cadernetas do idoso.
20/setembro	Visitas com ACS de outra equipe. 3 domicílios, 6 pacientes (avaliação também de familiares). 2 PD jovens com problemas neurológicos.	
21/setembro	Dia D da Semana Branca na Praça do Ferreira. Conversei com profissional do CEO que atende PNE. Tirei dúvidas sobre demandas dos PD visitados e seguimento na rede.	
24/setembro	Participação em atividade educativa para população e profissionais sobre SB com CD e nutricionista na UAPS.	Programação da Semana Branca
Última semana de setembro	Preenchimento de prontuários dos pacientes visitados, realização de encaminhamentos, prescrições medicamentosas, articulação presencial com EqSF sobre os mesmos e orientações devidas.	
1ª semana de outubro	Esclarecimentos sobre encaminhamentos e agendamentos dos pacientes visitados com central de regulação municipal e EqSF.	

APÊNDICE C – PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Tem alguma deficiência? ___ Sim ___ Não

Qual? ___ auditiva ___ visual ___ intelectual/cognitiva ___ física ___ outra*

*Especificar _____

Medicamentos em uso: _____

Anemia: ___ Quando fez hemograma (exame de sangue)? _____

Diabetes: ___ Epilepsia ___ Medicamento para epilepsia: _____

Úlcera gastrointestinal: _____ Depressão: _____

Reações adversas ou alergia a medicamentos: _____

LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?
nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, média (alguma) dificuldade, **muita dificuldade**,
incapaz de fazer (não consegue fazer)

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?

___ Sim. ___ Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.

Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses na região do rosto? _____

A dor é como um choque ou uma queimação? _____

Você tem o costume de consumir bebidas doces como bolos, biscoitos, recheados, rapadura e outras sobremesas? _____

Você bebe muita água? _____

Tabagismo: Atualmente, você fuma algum produto do tabaco? _____

Se sim, gostaria de parar de fumar? _____

Você é ex-fumante? _____

Você já pensou em parar de fumar? _____

Você já tentou parar de fumar? _____

Álcool. Você bebe? _____

Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool? _____

Você já tentou parar de beber? _____

Alguém já criticou você por beber? _____ Sente-se culpado(a) por beber? _____

Costuma beber logo pela manhã? _____

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Alterações ou lesões de mucosa

Presença de lesão na mucosa bucal: _____

Boca seca (xerostomia–falta de saliva) _____ Presença de língua saburrosa (língua branca) _____

Presença de candidíase bucal _____ Presença de halitose _____

Cárie dentária e doença periodontal

Presença de placa bacteriana (biofilme dental) _____

Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo) _____

Presença **evidente** de gengivite/sangramento gengival _____

Presença **evidente** de periodontite/perda óssea _____

Presença de Cárie _____

Perda dental no último ano _____

Prótese dentária superior. Prótese total (*dentadura*)

Não utiliza e não necessita _____ Não utiliza, mas necessita _____

Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca _____

Utiliza – Não adaptada/necessita de troca _____

Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa frequentemente? ___ Dorme com ela? _____

Prótese parcial (*bridge*)

Não utiliza e não necessita _____ Não utiliza, mas necessita _____

Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca _____

Utiliza – Não adaptada/necessita de troca _____

Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa frequentemente? ___ Dorme com ela? _____

Prótese parcial provisória (*perereca*)

Usa? ___ Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa sempre? _____ Dorme com ela? ___

Prótese dentária inferior. Prótese total (*dentadura*)

Não utiliza e não necessita _____ Não utiliza, mas necessita _____

Utiliza – Adaptada/sem necessidade de troca _____

Utiliza – Não adaptada/necessita de troca _____

Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa frequentemente? ___ Dorme com ela? _____

Prótese parcial (*bridge*)

Não utiliza e não necessita _____ Não utiliza, mas necessita _____

Utiliza – Adaptada/sem necessidade de troca _____

Utiliza – Não adaptada/necessita de troca _____

Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa frequentemente? ___ Dorme com ela? _____

Prótese parcial provisória (*perereca*)

Usa? ___ Tempo de uso (quando foi feita) _____ Usa sempre? _____ Dorme com ela? ___

Consulta clínica com equipe de saúde bucal. No posto: _____ Em casa _____

Alguma prótese fixa? _____

Encaminhamento para especialidades odontológicas:

(D) diagnóstico bucal/estomatologia; (P) periodontia; (E) endodontia; (C) cirurgia;
(PNE) pessoa com necessidades especiais; (O) outras especialidades:

Responsável(is) pelo preenchimento:

Data:

Profissionais que participaram da visita:

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR: A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL

Pesquisador: Sílvia Regina Pimentel Pereira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 07070019.3.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.420.571

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa caracterizado como um estudo descritivo, na modalidade de intervenção e de abordagem qualitativa que vai utilizar como referencial o Planejamento Estratégico Situacional. A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (UBSF) Tupuiú no município de Aquiraz (CE) que atende uma média de 649 famílias. A pesquisa será realizada junto aos gestores, profissionais de saúde da unidade e usuários de saúde mental, englobando uma amostra de 12 participantes (dois gestores, cinco profissionais de saúde e cinco usuários). Os usuários deverão preencher os seguintes critérios: ter 18 anos de idade completos ou mais; ambos os sexos; ser cadastrado no serviço e ter registrado, em seu prontuário, o diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Já os profissionais deverão ser funcionários cadastrados no CNES da unidade e aceitarem fazer parte da pesquisa. Os dados serão coletados através da entrevista estruturada, realizada na UBS Tupuiú em Aquiraz e na Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Aquiraz - CE, terá duração média de 10 minutos e será gravada para posterior transcrição das falas. O pesquisador também fará uso de diário de campo para anotações de sutilezas observadas durante a entrevista. A análise de dados será realizada através da técnica de análise de conteúdo, seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.420.571

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Propor ações de cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica em Aquiraz (CE), a partir de um diagnóstico situacional da equipe de saúde da Família da UBS de Tupuiú.

Secundários:

Conhecer as ações de cuidados em saúde mental realizadas pelos no âmbito do território da UBS Tupuiú; Identificar cenários e perspectivas para o trabalho em saúde mental na atenção básica em Aquiraz sob a ótica de gestores, profissionais de saúde e usuários; Elaborar, junto à equipe, um fluxograma da rede de atenção psicossocial do município de Aquiraz.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de atraso na realização das suas atividades profissionais; exposição do sujeito; constrangimento ou desconforto ao ter que expor suas opiniões e vivências sobre a realidade dos serviços de saúde local.

Benefícios: conhecimento acerca das políticas de saúde mental e desenvolvimentos de estratégias de qualificação profissional no âmbito da rede de atenção psicossocial em Aquiraz, CE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse estudo poderá contribuir para a instituição de políticas públicas junto a essa categoria de trabalhadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1281618.pdf	14/06/2019 13:42:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_4.doc	14/06/2019 13:40:19	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.420.571

Cronograma	cronograma-versao_3.docx	14/08/2019 13:39:48	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	carta_resposta_esclarecimento.jpg	31/05/2019 10:29:22	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-versao_4.docx	31/05/2019 10:28:31	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_autorizacao_gestor_local.jpg	17/03/2019 11:00:19	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	TERMO_USO_DE_DADOS-versao_2.jpg	17/03/2019 10:58:21	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_SILVIA.pdf	30/01/2019 22:38:13	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_ceppepes_SILVIA.pdf	30/01/2019 22:38:38	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Orçamento	Silvia_ORCAMENTO.docx	30/01/2019 22:34:59	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	carta_solicitacao_apreciacao_CEP.pdf	25/01/2019 14:38:03	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_concordancia.pdf	25/01/2019 14:23:29	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 27 de Junho de 2019

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – EMENDA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR: A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL

Pesquisador: Sílvia Regina Pimentel Pereira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 07070019.3.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.618.327

Apresentação do Projeto:

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e natureza crítico-analítica, conduzida sob a forma de pesquisa-ação, que parte da tentativa de solução de um problema em seu contexto, no caso, a falta de atenção em saúde bucal aos pacientes domiciliares. Fundamenta-se na Concepção Metodológica Dialética que traz um modo de perceber a realidade e conhecê-la a partir da aproximação para que se possa transformá-la através da ação sobre ela. O principal referencial para a pesquisa-ação será o de Michel Thiollent (2011), que defende o caráter participativo da pesquisa. Se desenvolverá de forma coletiva com os participantes, que serão os profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e da equipe de saúde da família 325, na qual a pesquisadora atua como cirurgiã-dentista, totalizando 15 profissionais que serão convidados a participar da pesquisa. O estudo ocorrerá na unidade de atenção primária em saúde Licínio Nunes de Miranda, em Fortaleza, usando técnicas de oficinas participativas com caráter formativo aos profissionais e agregando os elementos que o grupo manifestar como necessários para melhor compreensão do problema da pesquisa em seu contexto local, de forma a subsidiar a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema. A quantidade e duração das oficinas será definida em campo de forma pactuada entre os participantes e conforme anuência da gestão local. A metodologia para cada oficina será construída considerando estas pactuações bem como o total de participantes e buscará empregar dispositivos que promovam a participação e o diálogo horizontal entre o grupo. Os encontros coletivos serão filmados e transcritos para subsidiar a sistematização.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.618.327

coletiva da experiência a partir do referencial de Oscar Jara Holliday (2012) que propõe a interpretação crítica da experiência, se desvelando, a partir de seu ordenamento e reconstrução, a lógica do processo vivido, contemplando as relações entre todos os fatores intervenientes. Assim, se contribui com o compartilhamento do conhecimento produzido com a experiência concreta à luz da reflexão teórica. Como fonte de dados adicional, será usado o portfólio reflexivo para o registro, por parte da pesquisadora, de outros momentos da fase de campo da pesquisa além dos coletivos, contribuindo com uma visão de conjunto. O portfólio será trabalhado através da narrativa autobiográfica, seguindo a proposta de Marie-Christine Josso (2007), com narrativa oral do material, seguida da redação escrita e, nesta transição da narração oral à escrita, a pesquisadora poderá constatar as modificações no conteúdo relatado, questioná-las, explicá-las para daí tentar compreendê-las. A narrativa será trabalhada desenvolvendo-se uma reflexão crítica agregando o referencial teórico, as práticas realizadas e a identidade profissional da pesquisadora enquanto sujeito diretamente implicado no tema e em todo o processo. Para garantir profundidade ao significado atribuído à narrativa, será mantido um diálogo constante entre teoria e prática. Assim, a pesquisa propõe-se a aliar técnicas diversas de análise e interpretação do material produzido guardando coerência com o método e o referencial epistemológico escolhido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir um plano de cuidado interprofissional para a atenção domiciliar em saúde bucal.

Objetivo Secundário:

1. Discutir saberes e práticas de profissionais sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Licínio Nunes de Miranda;
2. Realizar momentos de educação permanente sobre atenção em saúde bucal de pacientes domiciliares com profissionais da referida UAPS;
3. Debater as dificuldades de atuação interprofissional em uma equipe de saúde da referida UAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa é de baixo risco. Os possíveis riscos são exposição de informações e/ou constrangimentos durante a realização das oficinas.

Benefícios:

Como a pesquisa se dará em grupo, buscando aprimorar o processo de trabalho dentro da equipe de forma mais integrada, ela contribuirá para maior resolutividade para os problemas de saúde

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.618.327

enfrentados pela comunidade com os quais os trabalhadores têm que lidar. Assim, espera-se, como benefício aos participantes, um melhor desempenho na equipe, menos atritos no ambiente de trabalho e mais motivação para a atuação no serviço e no território. A pesquisa também poderá contribuir para o desenvolvimento da ciência e conhecimentos sobre como os cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde poderão realizar um melhor cuidado a pessoas impossibilitadas de sair de casa por limitações físicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área estudada, será desenvolvida através de oficinas participativas de caráter formativo e deliberativo com os profissionais, agregando os elementos que o grupo manifestar como necessários para melhor compreensão do problema da pesquisa em seu contexto local, de forma a subsidiar a construção de um plano de ação para o seu enfrentamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1444637_E1.pdf	30/09/2019 09:19:21		Aceito
Outros	EMENDA_Silvia_Regina_Pimentel.pdf	30/09/2019 09:16:22	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_4.doc	14/06/2019 13:40:19	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Cronograma	cronograma_versao_3.docx	14/06/2019 13:39:46	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	carta_resposta_esclarecimento.jpg	31/05/2019 10:29:22	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_4.docx	31/05/2019 10:28:31	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e	anuencia_autorizacao_gestor_local.jpg	17/03/2019 11:00:19	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.618.327

Infraestrutura	anuencia_autorizacao_gestor_local.jpg	17/03/2019 11:00:19	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	TERMO_USO_DE_DADOS_versao_2.jpg	17/03/2019 10:58:21	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_SILVIA.pdf	30/01/2019 22:38:13	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_ceppes_SILVIA.pdf	30/01/2019 22:36:36	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Orçamento	Silvia_ORCAMENTO.docx	30/01/2019 22:34:59	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Outros	carta_solicitacao_apreciacao_CEP.pdf	25/01/2019 14:38:03	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_concordancia.pdf	25/01/2019 14:23:29	Silvia Regina Pimentel Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 03 de Outubro de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br