

CONSTRUINDO A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE BUCAL NO SUS

O CUIDADO COM GESTANTES E CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS



Organizadores

João Henrique Lara do Amaral
Mara Vasconcelos
Maria Inês Barreiros Senna
Raquel Conceição Ferreira
Viviane Elisângela Gomes

**CONSTRUINDO A INTEGRAÇÃO
ENSINO-SERVIÇO NA PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE BUCAL NO SUS**

O CUIDADO COM GESTANTES E CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS

Organizadores

João Henrique Lara do Amaral

Mara Vasconcelos

Maria Inês Barreiros Senna

Raquel Conceição Ferreira

Viviane Elisângela Gomes

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Eduardo Grachet

Arte da Capa

Eduardo Grachet

Copyright © 2016 by João Henrique Lara do Amaral, Mara Vasconcelos, Maria Inês Barreiros Senna, Raquel Conceição Ferreira e Viviane Elisângela Gomes.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C758 Construindo a integração ensino-serviço na produção de conhecimento sobre a saúde bucal no SUS: o cuidado com gestantes e crianças de zero a cinco anos [recurso eletrônico] / Organizadores: João Henrique Lara do Amaral ... [et al.]. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016.
82 p. : il. – (Cadernos da Saúde Coletiva)

ISBN: 978-85-66659-78-8

DOI: 10.18310/9788566659788

1. Saúde bucal. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Gestantes. 5. Criança. 6. Trabalho – Saúde. 7. Integração ensino-serviço. 8. Saúde coletiva. I. Amaral, João Henrique Lara do. II. Vasconcelos, Mara. III. Senna, Maria Inês Barreiros. IV. Ferreira, Raquel Conceição. V. Gomes, Viviane Elisângela. VI. Série.

CDU: 616.314

NLM: WU29

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463



**SOBRE OS AUTORES
E/OU ORGANIZADORES**

Álex Moreira Herval: Mestre em Odontologia em Saúde Pública pela FO/UFMG. Doutorando em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, na FO/UFMG.

Anna Rachel dos Santos Soares: Graduanda em Odontologia pela FO/UFMG.

Antônio Paulo Gomes Chiari: Mestre em Odontologia em Saúde Pública pela FO/UFMG. Gerente do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, no Distrito Sanitário Centro-Sul, Belo Horizonte, MG.

Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira: Mestre em Odontologia em Clínicas Odontológicas com ênfase em Prótese pela PUCMG. Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, na FO/UFMG.

João Henrique Lara do Amaral: Doutor em Odontologia. Professor do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, FO/UFMG.

Kecyanne Malheiros Machado: Graduanda em Odontologia pela FO/UFMG.

Leonardo de Paula Amorim: Mestre em Odontologia em Saúde Pública pela FO/UFMG. Cirurgião-dentista da Equipe de Saúde Bucal no Centro de Saúde Itaipú/Jatobá, no Distrito Sanitário Barreiro. Doutorando em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, na FO/UFMG.

Mara Vasconcelos: Doutora em Odontologia Social. Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, FO/UFMG.

Maria Inês Barreiros Senna: Doutora em Educação. Professora do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológica, FO/UFMG.

Raquel Conceição Ferreira: Doutora em Odontologia. Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, FO/UFMG.

Viviane Elisângela Gomes: Doutora em Odontologia. Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, FO/UFMG.

Viviane Mourão Sousa Diniz: Mestre em Odontologia em Saúde Pública pela FO/UFMG. Cirurgiã-dentista da Equipe de Saúde Bucal no Centro de Saúde Vila Pinho, no Distrito Sanitário Barreiro, Belo Horizonte, MG.



PREFÁCIO

É dupla minha satisfação por prefaciá-la esta obra sobre a saúde bucal, em primeiro lugar, por causa do princípio que norteia a abordagem do tema – a práxis de autonomia dos envolvidos, preciosa para todos aqueles que querem ver e trabalham por uma atenção de saúde integral, humanizada, participativa e de qualidade. Em segundo lugar, mas não menos importante, por se tratar de uma iniciativa que envolve um Mestrado Profissional – o de Odontologia – modalidade de pós-graduação que apoiamos e na qual investimos muito, por vincular ensino e pesquisa às demandas da nossa realidade e da nossa população e, dessa forma, contribuir, decisivamente, para a formulação de Políticas Públicas cada vez mais abrangentes, democráticas e qualificadas.

Sobre o primeiro ponto, quero trazer a fala dos próprios autores: “Lidamos com seres humanos, com a atenção à saúde em ato, no exato momento em que o cuidado pressupõe uma ação cuidadora, em um dado contexto social, que exige a garantia da autonomia dos sujeitos”. Desse marco se abrem, no meu entendimento, todas as possibilidades de efetivação das demais premissas adotadas na obra, a saúde como direito que não pode retroceder; a perspectiva ética e política da pesquisa orientada para a superação da desigualdade e da exclusão social; a desejável indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, que é um dos pilares da universidade. Sobre o Mestrado Profissional, quero ainda destacar o fato de ter tornado possível a experiência pioneira da Faculdade de Odontologia em devolver os resultados da pesquisa aos reais interessados. É o que esperamos e não podíamos nos contentar com qualquer coisa diferente disso. Pelo que sei, pelo que acredito, posso antever muitas outras iniciativas, semelhantes ou até maiores; então, o que temos aqui é só o começo de uma longa estrada, que só precisa de sujeitos com vontade suficiente para desbravar e percorrer.

Muito coerente com as premissas, o livro descreve a realização de uma oficina multiprofissional e interinstitucional, cujos resultados do trabalho não só apontam problemas rotineiros e suas possíveis explicações, como também modos para seu enfrentamento. A começar com o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, velho e renitente problema dos registros – duplicidade, precariedade, ausência de informações - que nos aflige a todos sem exceção, é interessante notar que entre os motivos apresentados, está o distanciamento da saúde bucal das outras práticas, resultante da desarticulação multiprofissional, da dinâmica do serviço, do tipo de formação do profissional, do próprio processo vertical de implantação da caderneta. Quando o problema é a abordagem integral da saúde bucal, as explicações para as dificuldades caem mais uma vez sobre a desintegração e sobre o perfil tecnicista e biológico do profissional, que não consegue sustentar e garantir a durabilidade das práticas coletivas, por um lado e, por outro, a baixa adesão das gestantes e mães a essas práticas, uma coisa fomentando a falência da outra. Por fim, outro problema de grande relevância é o baixo acesso das crianças à consulta odontológica, relacionada a inúmeros fatores como necessidade de um mínimo de recursos financeiros para chegar ao serviço, falta de tempo, esquecimento da consulta, pouco valor dado à saúde, pouca adesão à educação em saúde, vulnerabilidade social, condições que incidem mais fortemente sobre grupos de alto risco socioeconômico e acabam por produzir a sobreposição de mais vulnerabilidade. Uma das falas é exemplar sobre tal situação: “pessoas que mais precisam são as que menos acessam os serviços, não é só na saúde bucal, são em todas as áreas.”

Muitos são os modos de enfrentamento apontados, mas todos eles giram em torno da articulação/integração de profissionais, usuários, serviços, setores, logo, as estratégias encontradas são o trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar; a intersetorialidade; o cuidado centrado no usuário e a participação popular. Voltamos à autonomia e, permito-me, para finalizar, recorrer a uma pequena digressão. Há algum tempo, venho discutindo a Teoria da Ação Comunicativa de Jurgen Habermas para abordagem da violência. Segundo esta teoria, a sociedade comporta dois âmbitos, mundo da vida e sistema, o primeiro, onde se desenrolam interações intersubjetivamente mediadas; o segundo, resultante do agregado de efeitos das ações de cada participante, portanto, âmbito acima e independente da vontade de cada um. O primeiro é representado pelo mundo sociocultural, cujo principal recurso é solidariedade ou o reconhecimento recíproco de todos os envolvidos; o segundo é Estado e economia, cujos recursos são dinheiro e poder. Nas sociedades de capitalismo tardio, o sistema invade o mundo da vida, rompe as relações de intersubjetividade, produzindo inúmeras consequências: individualismo possessivo e perda dos processos de formação da opinião e da vontade coletiva, logo da democracia, além de muitos distúrbios, perda de sentido, anomia, psicopatologias. Essa situação é conhecida como colonização do mundo da vida. Ora, é o próprio Habermas que também nos ensina: “o mundo da vida se abre sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente”. Então, quero dizer que iniciativas como as descritas no livro, de oficina multiprofissional para pensar os resultados de pesquisas sobre a saúde, podem ser pensadas como encontro de sujeitos dispostos a agir cooperativamente; que inúmeras outras iniciativas podem seguir as mesmas trilhas e, que nesse processo, estamos nos recriando como sujeitos coletivos capazes de transformar o mundo. Capazes de construir um mundo melhor para todos. Em momentos tão difíceis como atravessamos, hoje, no Brasil, nada pode ser mais importante.

Profa. Dra. Elza Machado de Melo
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais



APRESENTAÇÃO

Eu sonhava de escrever um livro com a mesma inocência com que as crianças fabricam seus navios de papel. (BARROS, 2013a, p.421)

Esse *e-book* relata a experiência de interlocução entre a academia e os serviços de saúde para discutir resultados da pesquisa “Atenção à saúde bucal no SUS BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos”, aprovada para o Edital de “Pesquisa para o SUS - PPSUS Redes, 2012/PPSUS” com apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais. A concepção e redação desse *e-book* foi por meio de trabalho em equipe, com participação de professores, estudantes de graduação e de pós-graduação e se constitui no produto técnico dos alunos do Programa do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO/UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

O objetivo geral dessa pesquisa foi avaliar a atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos de idade nos serviços públicos de saúde. Para isso, foram desenvolvidos quatro subprojetos por estudantes de pós-graduação com a participação de estudantes de graduação do curso de Odontologia da UFMG, possibilitando avaliar a oferta e a resolutividade dos serviços de saúde bucal de Belo Horizonte (CARDOSO, 2015); a percepção das mães das crianças quanto às ações de promoção de saúde bucal ofertadas (HERVAL, 2015); a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto à atenção em saúde bucal de crianças (DINIZ, 2015); e a avaliação do preenchimento dos itens de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (AMORIM *et al.*, 2016; AMORIM, 2015) (QUADRO 1). Outro trabalho, não diretamente vinculado ao Projeto de Pesquisa foi incluído nessa proposta de interlocução com os serviços, uma vez que foram identificadas as potencialidades desse trabalho em contribuir na atenção à saúde bucal de crianças de zero a cinco anos (CHIARI, 2015).

A experiência de interlocução da academia com os serviços, com apresentação e discussão dos resultados das pesquisas, aconteceu por meio de uma oficina. A proposta da Oficina com os gestores dos serviços de saúde municipais e estaduais [Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG)] emergiu durante as reuniões da equipe de pesquisadores tendo em vista os resultados encontrados, a participação de profissionais da rede na condução dos trabalhos e o nosso interesse e compromisso em desenvolver pesquisas articuladas com a realidade do serviço. Escolhemos desenvolver uma Oficina porque é uma metodologia que propicia a construção coletiva, a análise da realidade, o confronto e troca de experiência (CANDAU *et al.*, 1995). Entendemos que essa Oficina tem um caráter inovador na medida em que foi a primeira iniciativa realizada pela FO/UFMG que reuniu academia e serviços de saúde em torno da discussão de problemas identificados em pesquisas acadêmicas e estratégias de enfrentamentos.

A interlocução entre a academia e o serviço foi a principal motivação para a realização da Oficina e é o conteúdo abordado em “Narrativas e Significados”, por meio de uma reflexão sobre pesquisa aplicada na realidade do serviço, os desafios para que os resultados das pesquisas acadêmicas possam ser incorporados e úteis nos serviços e o compromisso técnico, ético e político do pesquisador. Em “Notas sobre um trabalho cooperativo e aprendizagem participativa: construindo a Oficina” descrevemos o processo de planejamento da Oficina como uma metodologia para o compartilhamento dos resultados dessas pesquisas, onde foram

Título das dissertações	Autor	Programa de pós-graduação	Área
Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG	Andreza Viana Lopes Cardoso	Odontologia -Mestrado acadêmico	Saúde Coletiva
Percepção de gestantes e mães de crianças menores de 1 ano sobre as ações de educação em saúde bucal	Álex Moreira Herval	Odontologia em Saúde Pública - Mestrado profissional	Saúde Pública
Desenvolvimento e reprodutibilidade de um instrumento para avaliar a Atenção em Saúde Bucal das crianças de 0 a 5 anos na Rede SUS	Viviane Mourão Sousa Diniz	Odontologia em Saúde Pública -Mestrado profissional	Saúde Pública
Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança: estudo transversal em um município de grande porte populacional	Leonardo de Paula Amorim	Odontologia em Saúde Pública -Mestrado profissional	Saúde Pública
A Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte (MG)	Antônio Paulo Gomes Chiari	Odontologia em Saúde Pública -Mestrado profissional	Saúde Pública

Quadro 1: Dissertações dos subprojetos vinculados ao Projeto “Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde” do Programa de Pesquisa para o SUS, Edital PPSUS Redes, 2012 e dissertação “A Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte (MG)”. Belo Horizonte, 2015.

observadas: a construção coletiva, a definição clara das intencionalidades e dos objetivos, favorecendo a sensibilização e mobilização dos atores para análise, reflexão e construção participativas. Apresentamos em “A Oficina em ato” a sequência de atividades e os produtos realizados. Em “Produzindo conhecimento para o cuidado de gestantes e crianças de zero a cinco anos” sintetizamos em forma de quadros-resumo as discussões realizadas. Buscamos fazer uma análise do conteúdo das discussões, extraíndo trechos das falas que ilustrassem os problemas identificados nos resultados das pesquisas, suas causas, bem como as estratégias de enfrentamento apontadas. Buscamos também estabelecer um diálogo entre o conteúdo da discussão nos grupos e as evidências na literatura. Descrevemos a percepção dos participantes sobre a Oficina e do quanto essa atividade atendeu às suas expectativas em “Avaliação, reflexão, ação”. E finalmente, o capítulo “Para início de conversa” traz nossa análise sobre as contribuições, avanços e desafios possibilitados por essa experiência.

A nossa escolha pelo livro digital (*e-book*) está relacionada com a sua grande potencialidade em favorecer o acesso e a busca de informações de forma mais abrangente e flexível contribuindo a disseminação e a produção de novos conhecimentos.

Esperamos que vocês, leitor e leitora, aceitem o convite para conhecer nossa experiência e que desejem também trilhar esse caminho. Que continuemos no fortalecimento dessa interlocução envolvendo os serviços, a comunidade e a academia! E que ela possa contribuir para um trabalho mais articulado e com respostas para as necessidades da sociedade.



SUMÁRIO



NARRATIVAS E SIGNIFICADOS.....	14
NOTAS SOBRE UM TRABALHO E APRENDIZAGEM PARTICIPATIVA: construindo a oficina	18
A OFICINA EM ATO	29
PRODUZINDO CONHECIMENTO PARA O CUIDADO DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS.....	40
AVALIAÇÃO, REFLEXÃO, AÇÃO	68
PARA INÍCIO DE CONVERSA	73
REFERÊNCIAS.....	76



NARRATIVAS E SIGNIFICADOS

“Quem anda no trilho é trem de ferro. Sou água que corre entre as pedras: - liberdade caça jeito.”
(BARROS, 2013b, p.146)

Convidamos a você que está “folheando” as primeiras páginas, ou que se adiantou na leitura e agora volta às Narrativas e Significados, que considere duas possibilidades desse *e-book* existir em relação a sua pessoa. A primeira estabelecida pelas dimensões espaço e tempo. A realidade que está dada. Este *e-book* está disponível para você agora (espaço). Alguns fatos aconteceram antes dele existir e outros acontecimentos seguem depois da sua conclusão (tempo). Embora existindo virtualmente ele pode ser manuseado, comentado e sua leitura pode ser sugerida de uma leitora para o outro leitor. A segunda é das trajetórias e intenções de muitas mulheres e homens que com suas histórias compõem e sustentam as narrativas que estão à sua disposição. Ao acolher a escrita, o leitor torna-se mais um na trajetória de quem escreve. A intuição dos significados desses relatos é o segundo convite que fazemos.

O Brasil alcançou nos últimos 30 anos um importante avanço nas políticas sociais com especial destaque para as políticas de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à atenção à saúde como preceito constitucional são um marco civilizatório que não admite retrocesso. O artigo 200 da Constituição Federal estabelece as competências do SUS e, entre elas, o incentivo ao crescimento tecnológico e científico na sua área de atuação. No campo do desenvolvimento científico e tecnológico também se aplicam os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade cabendo a nós, trabalhadores da área da saúde ou não, militantes da educação, ou de qualquer outra área de atuação profissional ou campo de interesse, nos ocuparmos de forma solidária com os caminhos da produção do conhecimento em saúde.

Como parte do SUS, a área da produção de conhecimento em saúde está consolidada na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). A PNCTIS, aprovada na II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS) em 2004, é resultado do esforço iniciado em 2003 pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que investiu no estabelecimento de parcerias em projetos articulando vários atores sociais: a comunidade científica, gestores do setor saúde, da educação e da ciência e tecnologia, usuários do sistema e profissionais da saúde. A aplicação dos princípios finalísticos do SUS à produção de conhecimento em saúde aponta de imediato para o compromisso político e ético de que a ciência e inovação sejam orientadas para superar as desigualdades em saúde e a discriminação social, regional, étnica e de gênero atendendo de forma solidária aos interesses do controle social. Nesse sentido, as necessidades sociais, culturais e políticas do país devem balizar as iniciativas nessa área. Também na II CNCTIS foi aprovada a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (BRASIL, 2008a). A ANPPS busca respeitar as necessidades regionais e nacionais, a produção de conhecimento, de bens materiais e processos que atendam áreas prioritárias e ao desenvolvimento de políticas sociais (BRASIL, 2011a).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, com o intuito de desenvolver atividades de incentivo e pesquisa nos vinte e sete estados da federação. O PPSUS tem como objetivos financiar pesquisas na área da saúde em temas prioritários para a

população brasileira, desenvolver a produção científica e tecnológica nos estados da federação e contribuir com a melhoria do SUS. O PPSUS fortalece as iniciativas nacionais que visam o desenvolvimento e inovação na área da saúde como estabelecido pela PNCTIS. Para sua operacionalização, o PPSUS envolve entes dos níveis federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia (BRASIL, 2011b).

A atividade de pesquisa na área da saúde traz consigo uma complexidade que se aproxima a encontrada no trabalho com a saúde. Lidamos com seres humanos, com a atenção à saúde em ato, no exato momento em que o cuidado pressupõe uma ação cuidadora, em um dado contexto social, que exige a garantia da autonomia dos sujeitos. Portanto, a operacionalização do que estabelece a política segundo parâmetros e normas não é uma ação trivial e, nesse sentido, oportuniza ao pesquisador avançar a um patamar diverso que nos é descrito de forma emblemática por Schön (2000, p.15):

Na topografia irregular da prática profissional, há um terreno alto e firme, de onde se pode ver um pântano. No plano elevado, problemas possíveis de serem administrados prestam-se a soluções através da aplicação de teorias e técnicas baseadas em pesquisa. Na parte mais baixa, pantanosa, problemas caóticos e confusos desafiam soluções técnicas. A ironia dessa situação é o fato de que os problemas do plano elevado tendem a ser relativamente pouco importantes para os indivíduos ou o conjunto da sociedade, ainda que seu interesse técnico possa ser muito grande, enquanto no pântano estão os problemas de interesse humano. O profissional deve fazer suas escolhas. Ele permanecerá no alto, onde pode resolver problemas relativamente pouco importantes, de acordo com os padrões do rigor estabelecido, ou descenderá ao pântano dos problemas importantes e da investigação não-rigorosa?

Aplica-se, portanto, à pesquisa em saúde as situações de incerteza, as singularidades das situações reais que escapam às soluções pré-definidas e mesmo previsíveis. Cabe ainda a pergunta sobre o retorno efetivo da pesquisa acadêmica para compreensão e produção de conhecimentos relacionados a problemas postos pela realidade. Mesmo que a PNCTIS estabeleça com clareza a necessidade da investigação orientada para problemas reais e que atenda aos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade caberá aos sujeitos, em última análise, a responsabilidade ética e moral sobre os rumos dessa política.

Ao candidatar-se em 2012 ao Edital do PPSUS, o Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais (OSP/FO/UFMG) atende, em primeiro lugar, a uma responsabilidade a ele atribuída por ser parte do sistema público de ensino na área da saúde. Como ente público a ele compete iniciativas de zelo e defesa dos princípios constitucionais do direito à saúde e à educação motivadas pelo compromisso ético de responsabilidade pública. O compromisso ético implica o Departamento na produção de conhecimento socialmente relevante em parceria com as áreas públicas da saúde.


Pela adesão ao PPSUS, o Departamento amplia seu potencial para capacitar profissionais segundo as necessidades dos serviços de saúde. O retorno poderá ser efetivo para o ensino de graduação e pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*. A investigação nos cenários de prática onde acontece a formação profissional possibilita uma experiência próxima das políticas de saúde, das estratégias para sua implantação e das situações problema que podem dificultar a sua execução. Considerando que parte significativa da agenda de prio-

ridades nacional de pesquisa em saúde são áreas de atuação do cirurgião-dentista, atende-se a necessidade da pesquisa reverter em ganhos para o processo formativo.

A execução do projeto PPSUS no OSP/FO/UFMG coincidiu com a implantação na Faculdade de Odontologia do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública. Dessa forma, foi possível articular a execução do Projeto PPSUS com a meta do retorno para as políticas de atenção à saúde bucal de municípios do Estado de Minas Gerais.

A devolutiva dos resultados da pesquisa para os serviços de saúde é outro espaço de diálogo importante se considerados os aspectos éticos e políticos e do interesse das partes que estiveram efetivamente implicadas no projeto. Propõe-se que essa questão seja colocada em outra perspectiva trazendo a definição sobre o objeto a ser pesquisado, métodos e demais elementos da pesquisa para o campo das decisões compartilhadas. Não se pretende negar ou colocar em um patamar de menor importância as implicações já anunciadas, ao contrário, busca-se superar a etapa do retorno unilateral de resultados uma vez que a investigação deve ser, na sua totalidade, objeto de diálogo permanente.

A integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, seja no campo da pesquisa ou da formação profissional é fortemente orientada pelo peso da missão institucional. Correr-se o risco da interlocução entre a academia e o serviço não superar o limite do compartilhamento de informações sobre objetos de interesse comuns e a proposição de ações até o limite das apostas com resultados previsíveis. Ou seja, pode faltar a ousadia necessária para derrubar fronteiras de forma a permitir que os limites institucionais desapareçam dando lugar a arranjos não previsíveis. Portanto, é hora de avançar.



**NOTAS SOBRE UM TRABALHO E
APRENDIZAGEM PARTICIPATIVA:**
construindo a oficina

“E agora o que fazer com essa manhã desabrochada a pássaros?” (BARROS, 2013c, p.400)

A escolha da oficina para promover o diálogo e facilitar a integração ensino-serviço, na discussão dos resultados dos projetos de pesquisa, se pautou no fato de ser uma estratégia participativa. Na oficina, o diálogo promove a criatividade e o pensamento crítico. Permite ainda a construção de significados, a investigação coletiva, a identificação de pressuposições e a análise de perspectivas (HONSBERGER; GEORGE, 2002). A oficina atende a necessidade do “trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social [...] e que envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir” (AFONSO, 2002, p.11).

O desenvolvimento de uma Oficina inclui três fases estruturais conforme apresentado na Figura 1 (HONSBERGER; GEORGE, 2002).



Figura 1: Fases estruturais de uma oficina
Fonte: Adaptado de Honsberger; George, 2002.

A fase de elaboração visa à proposição de uma metodologia que busque oferecer mais segurança, flexibilidade e recursos aos facilitadores, promovendo profissionalismo, organização e domínio de conteúdo em um ambiente participativo e acolhedor (HONSBERGER; GEORGE, 2002). A fase de realização é aquela do desenvolvimento da Oficina que deve contemplar as etapas de apresentação dos objetivos, dos participantes, o desenvolvimento propriamente dito das atividades específicas da Oficina, a síntese do trabalho de grupo, a etapa de avaliação e o encerramento. A fase de avaliação, após a oficina, busca identificar e compreender o seu impacto no âmbito individual e/ou nas práticas organizacionais; também visa os ajustes das atividades propostas e contempla as avaliações dos facilitadores (HONSBERGER; GEORGE, 2002).

Neste capítulo, vamos apresentar as etapas de preparação da Oficina e suas conexões, onde houve o esforço de aproximar os campos da pesquisa e da atenção à saúde e de construir parcerias, estimulando a corresponsabilidade nesses dois campos de ação. Consistiu, em linhas gerais, na definição dos objetivos, dos atores envolvidos, do número de participantes, do tempo de duração, dos conteúdos, da sequência de atividades, dos materiais e recursos necessários, da metodologia de avaliação e dos resultados esperados. A proposta de realização da Oficina foi apresentada aos gestores da SMSA/BH e da SES/MG sendo prontamente acolhida e aprovada. Logo em seguida, iniciamos a negociação para o estabelecimento das possíveis datas, de modo a favorecer a ampla participação dos representantes das instituições.

2.1 Mobilização do Grupo de Trabalho

A definição da data e local para a realização da oficina desencadeou um período de trabalho intenso. O nosso grupo, que foi denominado pelos membros de “Grupo PPSUS”, se manteve mobilizado por meio de reuniões presenciais regulares (FIGURA 2) e também pelo uso frequente do ambiente virtual do grupo PPSUS no Facebook® (FIGURA 3). Consideramos que essa dinâmica fomentou a discussão sobre a organização da Oficina, a realização das tarefas e favoreceu a organização e o registro dos produtos/materiais elaborados.



Figura 2: Foto de uma reunião de preparação para a Oficina, realizada no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Prática em Educação Odontológica (NEPPEO), na Faculdade de Odontologia da UFMG

Fonte: Acervo pessoal.



Figura 3: Imagem do grupo secreto "PPSUS" no Facebook®.

Para viabilizar e agilizar a fase de elaboração da Oficina e estabelecer corresponsabilidades, foi proposta uma divisão de tarefas e atribuições. No âmbito da Faculdade de Odontologia, foi elaborado um projeto de evento de extensão submetido, aprovado e registrado no Sistema de Informações da Extensão da UFMG ([SIEX](#) - nº 202128).

2.2 Definição dos objetivos

A compreensão dos objetivos se revelou bastante complexa em razão das suas implicações nas etapas seguintes gerando um debate intenso no grupo. Os objetivos foram melhor colocados, entendidos, compartilhados e pactuados ao longo da preparação da Oficina. Basearam-se na valorização dos saberes da experiência, na construção coletiva do conhecimento e na ressignificação da incorporação de resultados de pesquisa acadêmica na tomada de decisões no contexto dos serviços e das políticas de saúde.

Objetivo da Oficina

Apresentar à Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e à Secretaria do Estado de Minas Gerais os resultados da Pesquisa “Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde”, identificar os problemas, suas causas e propor estratégias de enfrentamento.

2.3 Os atores envolvidos

Para atender aos objetivos da Oficina, estabelecemos alguns critérios para a identificação e seleção de sujeitos na universidade e nos serviços de saúde com potencial para contribuir com o seu desenvolvimento. As instituições parceiras foram: a SMSA/BH, a SES/MG e a FO/UFMG. No campo dos serviços de saúde, os critérios de seleção dos gestores levaram em conta as áreas técnicas envolvidas com as políticas de atenção à saúde da criança e saúde bucal e a representatividade dos distintos níveis de gestão do SUS municipal e estadual, buscando a explicação dos problemas nos diversos espaços da gestão e a construção de viabilidade para as estratégias de enfrentamento a serem propostas. A participação efetiva nos subprojetos de pesquisa do Edital PPSUS foi o critério para a seleção dos representantes da FO/UFMG. O grupo de professores poderia contribuir tendo em vista a experiência na coordenação e orientação dos subprojetos de pesquisa e motivação no sentido de identificar o impacto ou relevância social das pesquisas. Os estudantes de graduação e de pós-graduação contribuiriam com a reflexão sobre os problemas considerando seu domínio sobre aspectos teóricos e metodológicos das pesquisas. Além disso, a Oficina se constituía numa importante oportunidade para a formação profissional. Dentre os alunos do Programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, dois atuavam como cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família e um exercia cargo de gerente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da rede municipal de saúde de Belo Horizonte. Nesse caso, a contribuição para a discussão também seria enriquecida com os saberes das práticas desses trabalha-

dores (FIGURA 4).

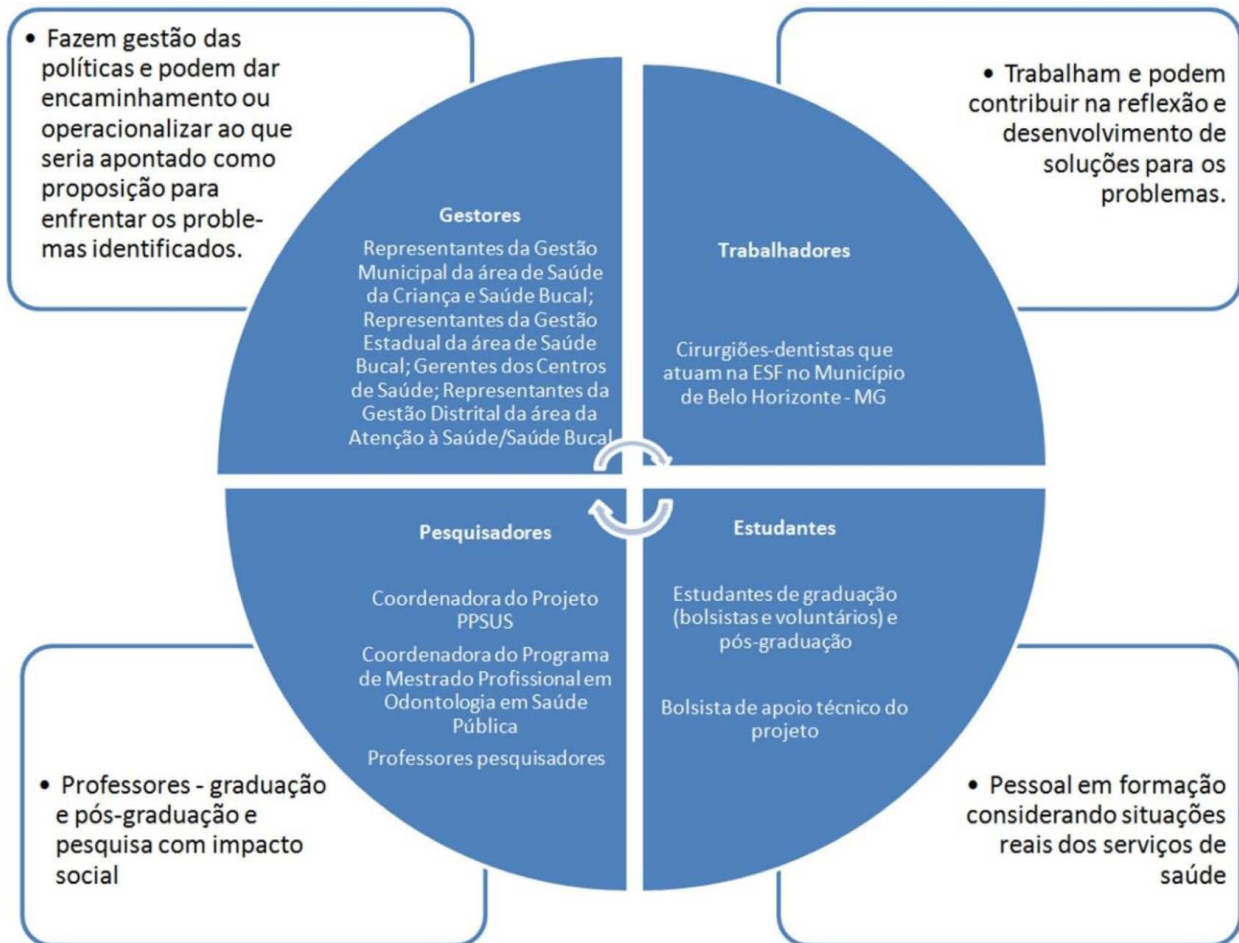


Figura 4: Composição dos atores da Oficina.
Fonte: Esquema elaborado pelos autores.

2.4 Número de participantes e tempo de duração

Outros passos organizativos na elaboração da Oficina foram a definição do número máximo de participantes e o tempo de duração da atividade. No sentido de favorecer a interação nos trabalhos em pequenos grupos e a discussão nos momentos de plenária, o número máximo foi definido em 30 participantes. A duração da Oficina deveria ser suficiente para favorecer a participação em tempo integral de todos os presentes e possibilitar o desenvolvimento das atividades. Decidimos por uma Oficina com duração de 5 horas. Estabelecer o tempo máximo de duração foi fundamental para o planejamento da dinâmica de trabalho e do ritmo de cada atividade.

2.5 Seleção dos conteúdos das pesquisas

A apresentação dos subprojetos de pesquisa deveria ser estruturante para as demais atividades da Oficina. A identificação e seleção dos elementos mais relevantes dos subprojetos de pesquisa e sua apresentação de forma clara, objetiva e articulada foi a etapa mais complexa da fase de elaboração da Oficina. Após intenso processo de discussão que consumiu 13 reuniões, os conteúdos das apresentações foram organizados em quatro apresentações, cada uma delas estruturadas com uma breve contextualização do problema, objetivos gerais e específicos, método e principais resultados. A nossa intenção era que os resultados fossem apresentados como dados e, durante a discussão, fossem (re) interpretados se transformando em conhecimento contextualizado. O tempo de duração de cada apresentação foi estabelecido em 10 minutos. A elaboração das apresentações foi uma atribuição dos estudantes de pós-graduação e graduação, que foram discutidas e apreciadas pelo grupo quanto à adequação do conteúdo, clareza da exposição e estrutura. Foram elaboradas sucessivas versões até as definitivas apresentadas na Oficina.

2.6 Organização da sequência de atividades da Oficina

Em linhas gerais, a sequência de atividades da Oficina foi pensada e elaborada em três seções: Introdutória, Principal, Resumo e Encerramento (HONSBERGER; GEORGE, 2002). O diagrama sintetiza as principais atividades desenvolvidas em cada uma das seções (FIGURA 5).



Figura 5: Seções e atividades da Oficina.

Fonte: Elaborado pelos autores adaptado de Honsberge; George (2002).

Foi nossa intenção que os participantes percebessem que a Oficina seria um lugar seguro para a discussão das ideias e opiniões sobre o tema, que possibilitasse a emergência dos dissensos e também a construção de consensos. A expectativa foi de que os participantes trouxessem suas experiências de vida e ideias para contribuir com a aprendizagem do grupo. Essa contribuição seria mais efetiva se fosse proporcionado um clima de cooperação informal e as pessoas tratadas com respeito (HONSBERGER; GEORGE, 2002). Nesse sentido, por meio de diferentes atividades, planejou-se criar um clima cordial, de respeito, de acolhimento e de interação com afetividade. Foi feita a recepção com entrega de frases de boas-vindas e agradecimentos aos participantes e durante a oficina promovidas dinâmicas de grupo para aproximar as pessoas: apresentação dos participantes ao início da Oficina e levantamento de expectativas e ao final, avaliação da Oficina.

A interação do grupo também seria construída por meio de atividades colaborativas como discussão em pequenos grupos após a apresentação dos resultados das pesquisas. Considerando o tempo de duração da Oficina, o número dos subprojetos de pesquisa e o número de participantes, foi decidido que cada grupo discutiria um único subprojeto.

2.7 Elaboração do material de apoio

As atividades em pequeno grupo deveriam favorecer a discussão mais aprofundada dos resultados das pesquisas, buscando a identificação dos problemas mais relevantes e das estratégias de enfrentamento. Assim, foi definido o material de apoio para essa atividade. O primeiro material, considerado essencial para o trabalho em grupo, foram as [cópias das apresentações em power point](#) dos subprojetos. O segundo seria uma planilha de identificação de problemas que orientasse a discussão e favorecesse o seu registro. A [plani-](#)

[Iha](#) foi elaborada em torno do conceito de problemas, categoria que “permite sintetizar a noção de explicação da realidade em suas múltiplas dimensões, com a noção de direcionalidade do ator e permite o diálogo e a participação” (DE TONI, 2004).

A planilha abordava a seleção da situação problema no contexto da realidade, a identificação dos seus descritores (considerando os resultados da pesquisa), a explicação das suas possíveis causas e a proposição de estratégias para o enfrentamento desses problemas no contexto dos serviços de saúde retornando ao território para a ação de intervenção, conforme esquematizado na Figura 6. O método escolhido utiliza alguns dos elementos principais do [Planejamento Estratégico Situacional](#) (PES), (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No documento anexado ao [hyperlink](#), pode-se consultar uma maior descrição sobre os elementos principais do PES.

A planilha foi testada pelo grupo com os temas e resultados dos cinco subprojetos. Durante o teste,

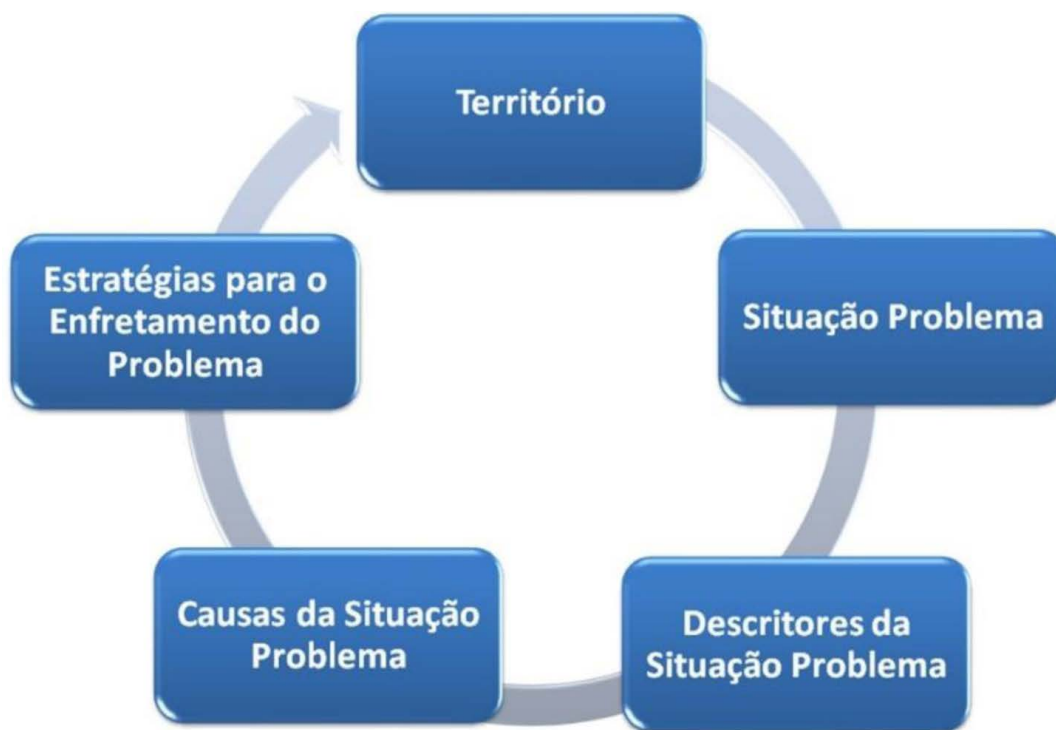


Figura 6: Passos da abordagem das situações problema no contexto da realidade
Fonte: Elaborado pelos autores.

ponderamos que as estratégias propostas para o enfrentamento dos problemas deveriam ser subsidiadas por evidências da literatura científica. Essa decisão gerou uma imersão de cada equipe dos subprojetos no material das dissertações produzidas no âmbito do PPSUS. Cada aluno de pós-graduação liderou a sistematização de uma das planilhas de identificação de problemas dos cinco subprojetos, cuja pertinência, consistência e coerência foram discutidas de forma exaustiva pelo grupo de pesquisadores (Planilhas produzidas pelo grupo

de organizadores: [Subprojeto 1](#); [Subprojeto 2](#); [Subprojeto 3](#); [Subprojeto 4](#); [Subprojeto 5](#). Essa etapa foi fundamental para a apropriação dos temas das pesquisas, alinhamento conceitual do grupo e qualificação da nossa contribuição/participação na Oficina.

Também foi elaborado [Termo de Consentimento Livre e Esclarecido](#) (TCLE) a ser proposto e discutido com os participantes tendo em vista a disposição do grupo em tornar pública a experiência de realização da Oficina.

Uma pasta com o material de apoio seria disponibilizada para cada participante, com os seguintes itens: cópias das [apresentações em Power point dos subprojetos](#); a [planilha de identificação de problemas](#); o TCLE; [crachá de identificação](#); [programação da Oficina](#); [formulário de avaliação da Oficina](#); folhas A4 brancas e coloridas; caneta esferográfica, caneta hidrocor e lápis. Além desses materiais, a pasta da equipe de organização da Oficina continha também: a [programação detalhada](#); a planilha de identificação de problemas com o resultado das discussões do grupo e evidências da literatura sobre os temas de cada subprojeto; [roteiro de observação e relatoria](#) e um [roteiro para condução da discussão pelo moderador](#).

2.8 Atribuições dos membros da equipe durante a Oficina e logística

Em termos de estrutura física para a realização da Oficina, definimos pela necessidade de uma sala ampla, que comportasse todos os participantes, e que seria utilizada para a realização da abertura, identificação dos participantes, levantamento de expectativas, apresentação dos resultados dos subprojetos, discussão em plenária, síntese das discussões realizadas, avaliação e encerramento. Além disso, seriam necessárias outras três salas com capacidade para, aproximadamente, 20 pessoas para o trabalho em grupos. As salas deveriam estar equipadas com projetores multimídia, computadores e mobiliário suficiente. Buscamos também oferecer um ambiente físico com conforto térmico, com a previsão do uso de ventiladores em todos os espaços. Uma área de convivência também seria reservada para a realização do intervalo e lanche.

Os participantes seriam recepcionados por um dos organizadores que entregaria o material de apoio, juntamente com uma frase motivacional. Nesse momento, os participantes seriam também convidados a assinarem a lista de presença e o TCLE, depois de esclarecidos sobre a possibilidade de elaboração de produtos científicos e técnicos para a divulgação da experiência e os resultados da Oficina. Essa recepção seria montada numa área de convivência onde também seria organizada a exposição dos pôsteres dos subprojetos já apresentados em eventos científicos. Outros equipamentos disponibilizados para o registro da memória da Oficina foram quatro gravadores (disponíveis em cada uma das quatro salas), supervisionados pelas observadoras em cada sala de discussão e máquina fotográfica manuseada por um estudante de graduação.

O grupo PPSUS se distribuiria entre as salas sempre observando a presença de, pelo menos, um docente, os estudantes de pós-graduação responsáveis pela apresentação dos subprojetos e os estudantes responsáveis pela observação e gravação das discussões.

2.9 Metodologia de avaliação

A avaliação deveria ser conduzida de forma natural e descontraída envolvendo todos os participantes da Oficina. Ela é um processo de fundamental importância para a aprendizagem participativa e a construção do conhecimento coletivo (HONSBERGER; GEORGE, 2002). Neste sentido, optamos por realizar o processo avaliativo utilizando duas estratégias. A primeira, durante o desenvolvimento da Oficina, no início dos trabalhos, por meio de varal de expectativas e no encerramento, por meio do preenchimento de uma ficha de avaliação pelos participantes. A segunda estratégia seria a utilização de um roteiro de observação e relatoria pelas estudantes de graduação previamente orientadas para esta atividade.

A ficha de avaliação foi previamente organizada em três seções: identificação, desenvolvimento/condução da Oficina e alcance dos objetivos. Na identificação, após o convite para preencher a “Ficha de Avaliação”, e com o objetivo de traçar o perfil dos participantes, os presentes informariam a sua categoria profissional, função e local de trabalho. A segunda seção tinha como objetivo avaliar o desenvolvimento da Oficina nos seguintes aspectos: atendimento das expectativas; metodologia de desenvolvimento; material de apoio; ambiente/espaço físico e coordenação/condução. Foi utilizada a Escala de *Likert* com cinco opções de resposta: excelente, bom, regular, ruim e péssimo. A carga horária da Oficina poderia ser avaliada como suficiente ou insuficiente. A terceira seção do instrumento buscava avaliar, na percepção dos participantes, o cumprimento dos objetivos da Oficina. Outras impressões sobre a Oficina poderiam ser registradas por meio de uma questão aberta.

2.10 Resultados esperados

Esperava-se que a Oficina propiciasse a integração ensino-serviço, a troca de experiências, a identificação de outras pautas de integração, a elaboração de sugestões para a solução de problemas e a identificação de outros objetos de pesquisa. Além disso, foi previsto um produto técnico como parte da produção dos cinco estudantes vinculados ao Programa de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FO/UFMG. Nossa primeira escolha foi a elaboração de um *e-book*. Neste sentido, foi organizado o registro da produção em ato da Oficina. Optamos por gravação em áudio das falas dos participantes e registro fotográfico das atividades. Durante a Oficina, a coordenadora ofereceria explicações sobre os objetivos dos registros aos participantes – produção de um *e-book* com o relato da experiência.



A OFICINA EM ATO

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.” (ROSA, 1994, p.85)

A chegada e acolhida dos participantes aconteceu em um clima positivo (FIGURA 7). Os participantes da oficina foram acolhidos pelos estudantes de graduação e pós-graduação (equipe organizadora) com uma frase motivacional. Também receberam o crachá de identificação e a pasta contendo o material da oficina (FIGURA 7). A coordenadora da Oficina acolheu os participantes, agradeceu a presença de todos e falou sobre os objetivos da atividade. As expectativas dos participantes foram registradas em papel A4 e penduradas em um varal. Todos se mostraram motivados e entusiasmados durante a exposição dos objetivos da Oficina e construção do varal de expectativas sobre a atividade (FIGURA 8).



Figura 7. Fotos da acolhida aos participantes da Oficina e exposição dos posters e dos materiais distribuídos aos participantes.

Fonte: Acervo pessoal.



Figura 8: Fotos da abertura da Oficina e do varal de expectativas.
Fonte: Acervo pessoal.

Para muitos, a oficina seria um espaço para construção, aprendizado, integração e reflexão. Outras expectativas também foram citadas, com menor frequência: crescimento, conhecimento, construção em rede, diversidade, transformação, mudanças e parceria (FIGURA 9).



Figura 9: Nuvem de palavras construída empregando os registros dos participantes sobre as expectativas em relação à Oficina.

Fonte: Registros das expectativas pelos participantes da Oficina.

Tendo em vista o objetivo da Oficina, os resultados de quatro subprojetos da Pesquisa “Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde” foram compartilhados pelos estudantes de graduação e pós-graduação (FIGURA 10).

UFMG Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442

FAPEMIG PPSUS Programa Pesquisa para o SUS

Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG

Anna Rachel dos Santos Soares



UFMG Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442

FAPEMIG PPSUS Programa Pesquisa para o SUS

Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde bucal

Leonardo de Paula Amorim



UFMG Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442

FAPEMIG PPSUS Programa Pesquisa para o SUS

PERCEPÇÃO DE GESTANTES E MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO SOBRE AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Álex Moreira Herval



UFMG Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442

FAPEMIG PPSUS Programa Pesquisa para o SUS

A ATENÇÃO Em SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA REDE SUS

Viviane Mourão Sousa Diniz



Figura 10: Imagens iniciais com os títulos dos subprojetos e fotos das apresentações.
Fonte: Acervo pessoal.

Para discutir os resultados das pesquisas, identificar as situações problema, suas causas e propor estratégias de enfrentamento foram organizados dois grupos de trabalho:

Grupo 1: Pesquisas “Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde bucal” e “Percepção de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal”.

Grupo 2: Pesquisas “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte, MG” e “A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS”.

A adesão dos participantes aos grupos foi pela afinidade e interesse pelos temas (FIGURA 11). A equipe de organizadores, estudantes de pós-graduação e estudantes de graduação se dividiu entre os dois grupos.

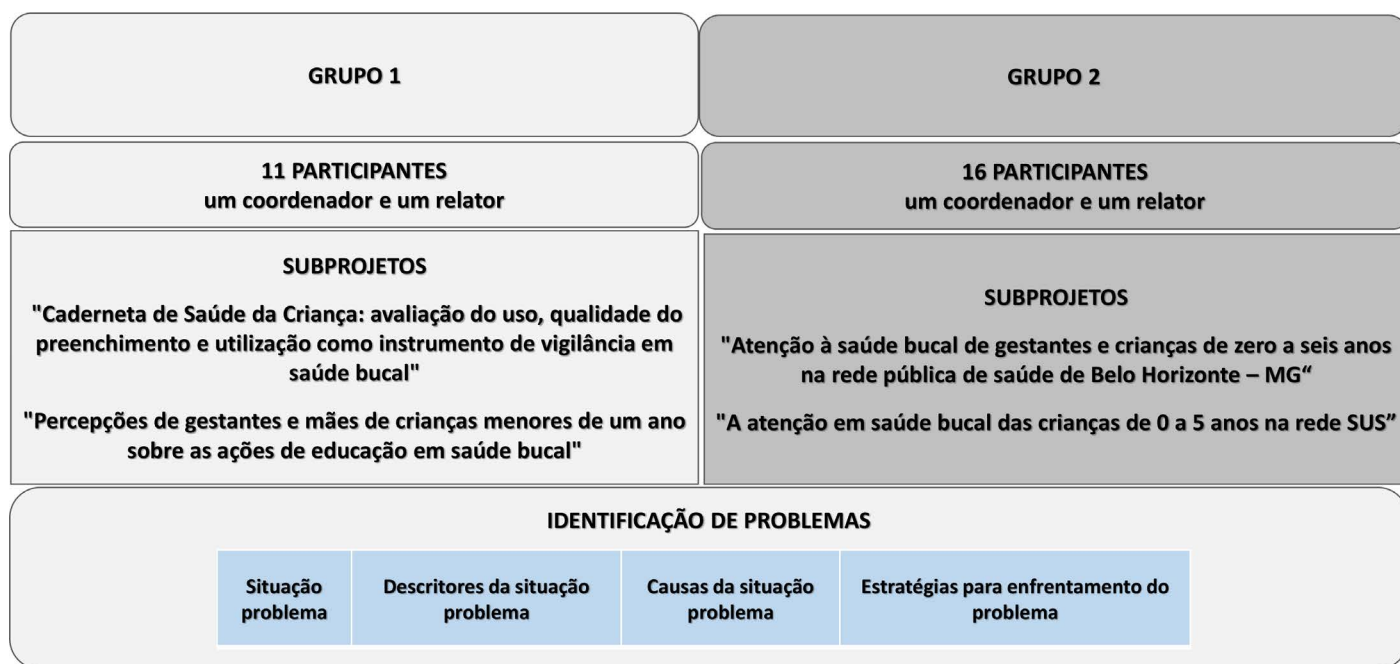


Figura 11: Distribuição dos participantes da Oficina entre os dois grupos de trabalho e planilha de identificação de problemas.
Fonte: Elaborada pelos autores.

Em cada grupo, um membro da equipe organizadora pactuou com os participantes sobre a dinâmica de trabalho e apresentou os materiais que orientariam a discussão. Foi escolhido um coordenador, um relator e sugerido que cada grupo escolhesse um nome para si. O relator deveria apresentar os resultados do trabalho na reunião plenária. A planilha de identificação de problemas para a discussão continha quatro questões a serem respondidas para cada uma das duas pesquisas: Quais os problemas que o grupo identifica?; Como o grupo descreve os problemas identificados?; Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo

grupo?; Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe? (FIGURA 11).

Em resposta a uma sugestão da equipe que organizou a Oficina, o grupo se autodenominou “Desafios para o cuidado para além da técnica” (FIGURA 12). Este grupo 1 elencou como problemas observados pelas pesquisas: “O não preenchimento da parte de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança; Não existe a rotina de uso da Caderneta pela Equipe de Saúde Bucal; Pouca integração da Equipe de Saúde Bucal com a equipe de saúde no acompanhamento da criança; Formação tecnicista e biológica dos profissionais, com pouca atenção às questões culturais e subjetivas dos pacientes; Pouca adesão das gestantes aos grupos oferecidos pelas unidades básicas de saúde”. As causas dos problemas e ações para enfrentamento foram sintetizadas pelo grupo no Quadro 2.

1. Carneiro GTN (Graduação FO/UFMG)
2. Parizzi MB (Coordenadora Municipal de Atenção à Saúde da Criança, Belo Horizonte)
3. Oliveira FPLS (Doutorado FO/UFMG)
4. Machado KM (Graduação UBS/PBH)
5. Senna MIB (Profa. FO/UFMG)
6. Chiari AP (Gerente UBS/PBH)
7. Amorim LP (Mestrado FO/UFMG)
8. Gomes VE (Profa. FO/UFMG)
9. Herval AM (Mestrado FO/UFMG)
10. Maia MJ (Referência Técnica Distrito Sanitário Nordeste/PBH)
11. Veloso LB (Referência Técnica Distrito Sanitário Noroeste/PBH)

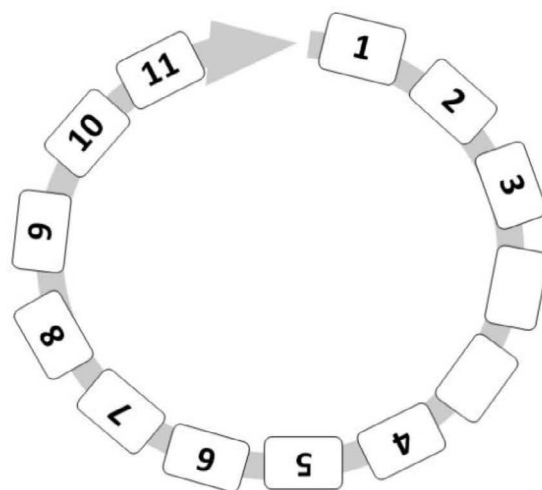


Figura 12: Participantes do grupo 1.
Fonte: Acervo pessoal.

Grupo 1 – “Desafios do cuidado para além da técnica”			
Quais os problemas que o grupo identifica	Como o grupo descreve os problemas identificados	Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo grupo	Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe
Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde bucal.			
<ul style="list-style-type: none"> - O não preenchimento da parte de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança (CSC). - Não existe rotina de uso da CSC pela Equipe de Saúde Bucal. - Pouca integração da ESB² com a equipe de saúde no acompanhamento da criança. 		<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento. - Sobrecarga de trabalho. - Dificuldade gerada pelo duplo preenchimento pelos profissionais (Prontuário + Caderneta). - Desconhecimento por parte dos profissionais da importância do preenchimento dos campos da CSC. - Implantação verticalizada da CSC, sem discussão com as equipes (pouca divulgação). 	<ul style="list-style-type: none"> - Residência multiprofissional. - Repasse para a família da importância do preenchimento da CSC (atividades do 5º Dia Saúde Integral). - Inclusão das consultas odontológicas no calendário da Puericultura. - Adequação do instrumento às necessidades dos profissionais com vistas a facilitar a informação à família. - Apresentar a CSC já nos grupos com as gestantes. - Trabalhar a apropriação da ESB sobre a CSC.
Percepções de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal			
<ul style="list-style-type: none"> - Formação tecnicista e biológica dos profissionais, com pouca atenção às questões culturais e subjetivas dos pacientes. - Pouca adesão das gestantes aos grupos oferecidos pelas unidades básicas de saúde. 		<ul style="list-style-type: none"> - A equipe de saúde não tem conseguido despertar interesse pela participação em atividades coletivas. - Impedimentos e dificuldades da vida prática das mulheres (gestantes e mães). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensar estratégias e metodologias para atrair as participantes para os grupos. A CSC poderia ser um atrativo. - Utilização de outras tecnologias e/ou outros profissionais para adesão as abordagens educativas. - Incorporação das práticas populares e das referências locais nas atividades coletivas. - Educação por pares. - Fortalecer o conhecimento do território. - Aproveitamento das Técnicas de Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Quadro 2: Registro da discussão do Grupo 1 sobre os temas: “Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde bucal” e “Percepções de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal”. Belo Horizonte, 2015. Fonte: Elaborado pelos autores.

¹CSC: Caderneta de Saúde da Criança; ²ESB: Equipe de Saúde Bucal

O Grupo 2 (FIGURA 13) não se identificou, pois segundo seus participantes o tempo se mostrou insuficiente para essa etapa do trabalho.

1. Ferreira RC (Profa. FO/UFMG)
2. Zarzar PMPA (Profa. FO/UFMG)
3. Ferreira EF (Profa. FO/UFMG)
4. Amaral JHL (Prof. FO/UFMG)
5. Diniz VM (Mestrado FO/UFMG)
6. Saldanha BCS (Gerente UBS/PBH)
7. Barbosa NRA (Referência Técnica Distrito Sanitário Barreiro/PBH)
8. Pereira GP (Referência Técnica Distrito Sanitário Venda Nova/PBH)
9. Soares AR (Graduação FO/UFMG)
10. Rodrigues L (Graduação FO/UFMG)
11. Marques N (Graduação FO/UFMG)
12. Pinto RS (SES/MG)
13. Souza CB (Gerente UBS MG-20/PBH)
14. Pitchon A (Coordenação Municipal de Saúde Bucal/PBH)
15. Vasconcelos M (Profa. FO/UFMG)
16. Barony M (Mestrado FO/UFMG)

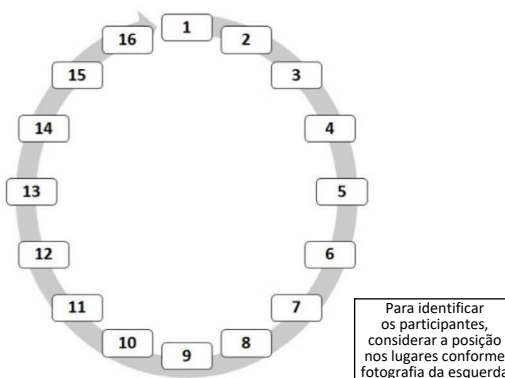


Figura 13: Participantes do grupo 2. Fonte: Acervo pessoal.

Os problemas registrados pelo Grupo 2 durante a discussão foram: “Prontuário não encontrado na Unidade Básica de Saúde; Baixo acesso à Primeira Consulta; Baixa adesão da população com maior vulnerabilidade (maior vulnerabilidade à saúde – menor adesão ao tratamento); Quem mais precisa pouco utiliza; Perfil profissional inadequado; Desarticulação entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e outras equipes; Apropriação do papel do profissional; Desvalorização do trabalho; Desmotivação dos profissionais; Pouca percepção do papel profissional”. As causas dos problemas e ações para enfrentamento discutidas foram sintetizadas pelo grupo no Quadro 3.

GRUPO 2			
Quais os problemas que o grupo identifica	Como o grupo descreve os problemas identificados	Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo grupo	Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe
Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG			
<ul style="list-style-type: none"> - Prontuário não encontrado na UBS¹. - Baixo acesso à Primeira Consulta. - Baixa adesão da população com maior vulnerabilidade (maior vulnerabilidade à saúde – menor adesão ao tratamento). - Quem mais precisa pouco utiliza. - Perfil profissional inadequado. - Desarticulação entre ESB⁸ e outras equipes. - Apropriação do papel do profissional. - Desvalorização do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Público do Bolsa Família pouco acessa o kit de escovação. - A questão social interfere no acesso ao serviço, apesar da UBS¹ atuar numa área de abrangência que propicia o acesso geográfico. - Quanto maior a vulnerabilidade social maior a dificuldade de acesso, adesão, comprometimento da mãe. - O mito da dentição decidua ser ou não importante. - As crianças não vão à escola sozinhas, a escola não leva à UBS¹. - Falta de articulação da equipe volante do PSE² com a ESF³ e ESB⁸ da UBS¹. Não responsabilização da Equipe. - Trabalho muito rotineiro, que envolve relações de pertencimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Famílias desestruturadas/excluídas. - Privações que transcendem a necessidade do autocuidado. - Valores culturais diferentes. - Dificuldades atuais (droga/violência). - Fatores socioeconômicos, culturais, dificuldade de repassar a informação. - Dificuldade dos pais em assinar o termo de consentimento para tratamento de seus filhos. - As mães justificam que não tem tempo, esquecimento da consulta, - Questões como crianças que vem de famílias desestruturadas. - Dificuldade em enxergar o indivíduo como ele é, onde ele está. - Houve ampliação do acesso, porém sem equidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unificar prontuário local e utilizar o prontuário eletrônico. - Criar parcerias multiprofissionais. - Estudo piloto numa Regional para diagnóstico profissional e intersetorial. - Discussão do papel profissional. - Realizar trabalho conjunto UFMG/PUC num projeto global para as crianças. - Incentivar utilização do ART⁴ nas escolas e UMEI⁵. - Integrar ações do PSE² com as equipes. - Fortalecer as ações do NIR⁶ e GT intersectorial⁷. - Realizar intervenções familiares com grupos multiprofissionais. - Trabalhar com a puericultura.
A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS			
<ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação dos profissionais. - Pouca percepção do papel profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - O profissional não reconhece o próprio trabalho, pouca reflexão sobre o serviço, falta de capacitação. - O dentista se isola da equipe, não procura fazer ações de promoção de saúde fora da ESB⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formação do profissional de saúde nas Faculdades. - Demanda odontológica acumulada nas UBS¹. A complexidade dos casos é muito grande. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar estratégias para diagnosticar as necessidades e demandas dos profissionais.

Quadro 3: Registro da discussão do Grupo 2 sobre os temas dos subprojetos: “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG” e “A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS”. Belo Horizonte, 2015.

¹UBS: Unidade Básica de Saúde; ²PSE: Programa Saúde na Escola; ³ESF: Equipe de Saúde da Família; ⁴ART: Tratamento Restaurador Atraumático; ⁵UMEI: Unidade Municipal de Educação Infantil; ⁶NIR: Núcleos Intersetoriais Regionais; ⁷GT intersectorial: Grupo de Trabalho intersectorial; ⁸ESB: Equipe de Saúde Bucal.

Na reunião plenária houve espaço para novas discussões e acréscimos aos registros apresentados inicialmente. Os participantes acrescentaram aos relatos a necessidade do conhecimento do território pelos profissionais e do trabalho com as famílias. Além disso, reforçaram que os resultados das pesquisas devem ser divulgados e trabalhados com todos os gerentes, referências técnicas, cirurgiões-dentistas e outros profissionais que lidam com atenção à criança.

A avaliação da Oficina foi realizada por meio de uma ficha preenchida de forma anônima e pelo registro de uma palavra que expressasse o sentimento em relação à atividade. Desse conjunto de sentimentos, originou-se uma nuvem de palavras (FIGURA 14).

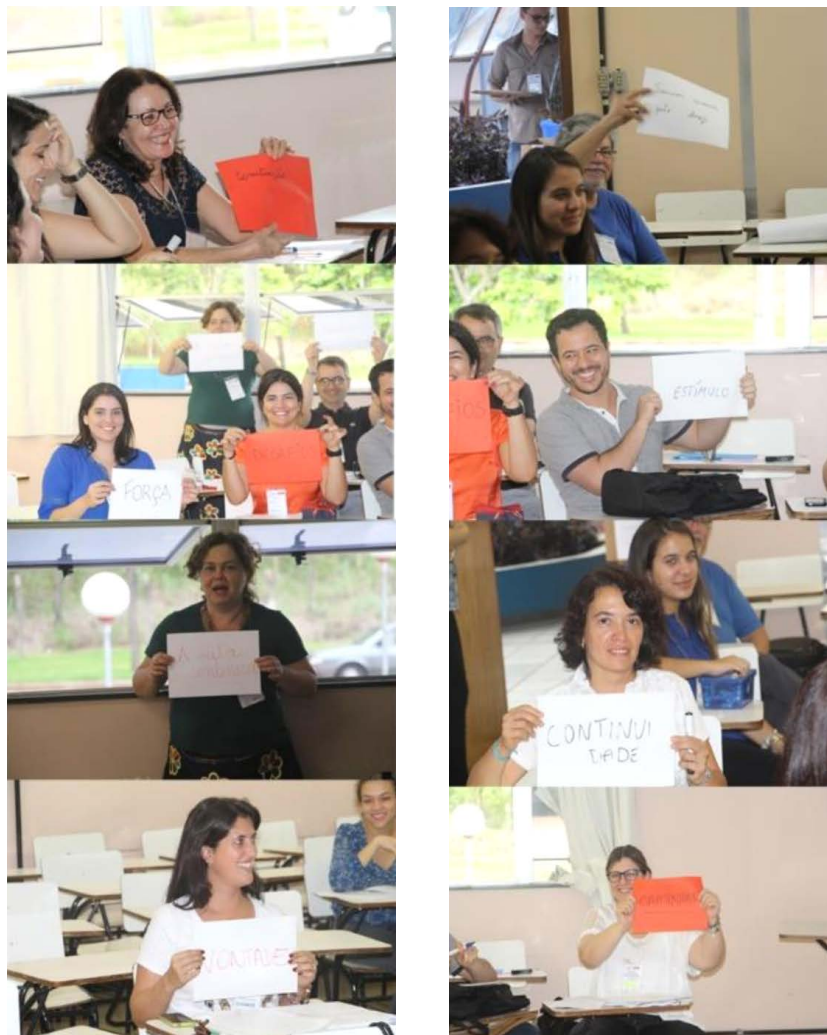


Figura 14: Nuvem de palavras com os registros dos participantes sobre seus sentimentos ao final da Oficina.
Fonte: Acervo pessoal.

Considerando o varal de expectativas no início da Oficina, a coordenadora da atividade formulou uma frase síntese que poderia exprimir o sentimento dos presentes: “Com a construção em rede de parcerias podemos ter a possibilidade de fazer uma reflexão para promover o crescimento, conhecimento, aprendizado, mudanças e transformação para a integralidade, respeitando a diversidade e a integração”. Espontaneamente os presentes apoiaram essa construção e em ciranda cantaram “Pra não dizer que não falei das flores”, de Geraldo Vandré (FIGURA 15).

*Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Caminhando e cantando e seguindo a canção*

*Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer*

*Pelos campos há fome em grandes plantações
Pelas ruas marchando indécisos cordões
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão
E acreditam nas flores vencendo o canhão*

*Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.*

*Há soldados armados, amados ou não
Quase todos perdidos de armas na mão
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição
De morrer pela pátria e viver sem razão*

*Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.*

*Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Somos todos soldados, armados ou não
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Os amores na mente, as flores no chão
A certeza na frente, a história na mão
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição*


*Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.*

Geraldo Vandré



Figura 15: Ciranda ao término da Oficina.

Fonte: Acervo pessoal.



**PRODUZINDO CONHECIMENTO PARA O
CUIDADO DE GESTANTES E CRIANÇAS
DE ZERO A CINCO ANOS**

“O mundo não foi feito em alfabeto. Senão que primeiro em água e luz. Depois árvore.”
(BARROS, 2013d, p.296)

Os registros das discussões dos grupos nas planilhas de identificação de problemas (QUADROS 2 e 3), foram sistematizados e acrescidos da análise das transcrições dos áudios das discussões, do registro por escrito dos coordenadores dos grupos e dos roteiros de observação, obtendo-se novas planilhas (QUADROS 4 e 5). Buscou-se identificar falas ilustrativas durante as discussões. Nos Quadros 4 e 5, os campos das planilhas de identificação de problemas (Quais os problemas que o grupo identifica; Como o grupo descreve os problemas identificados; Quais as possíveis causas para os problemas identificados; Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe) foram substituídos por outros consoantes com as etapas do PES (Situação problema; Descritores da situação problema; Causas da situação problema; Estratégias para enfrentamento do problema). Ressalta-se que os quadros 4 e 5 foram elaborados após a Oficina, pela equipe de organizadores e estudantes.

Grupo 1 - Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde bucal.			
Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
<p>O não preenchimento da parte de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança.</p>	<p>"A gente tem 1,4%, 0,8%, o menor índice aqui é de registro de erupção dentária e odontograma."</p>	<p>Desconhecimento. <i>"Pra odonto eu acredito que é um desconhecimento total". "Há um desconhecimento tanto dos profissionais quanto dos próprios usuários, né?! Porque eles também desconhecem." "Eu acho que no caso da saúde bucal sim, eu desconheço um movimento pra que a equipe de saúde bucal conheça a caderneta".</i></p> <p>Sobrecarga de trabalho. <i>"Outra, os nossos processos de trabalho tem uma sobrecarga muito grande, né?!" "Eu acho que a equipe de saúde da família, equipe de saúde bucal eles ficam muito agarrados num modelo que ainda não atende as demandas. Então é muita sobrecarga, a população atendida, é, ainda é muito superior, muito grande e as equipes não dão conta."</i></p> <p>Dificuldade gerada pelo duplo preenchimento pelos profissionais (prontuário e Caderneta). <i>"Então assim, é, ela acaba que exige do profissional, também, dois preenchimentos, que às vezes ele preenche lá o seu prontuário e vai preencher a caderneta?!"</i></p>	<p>Residência multiprofissional em saúde da família. <i>"Então, eu acho que é muito interessante nesse sentido a gente ver o trabalho e as vezes na... dentro dos processos de formação das equipes introduzir a caderneta. Hoje a gente tem uma, a residência multiprofissional na secretaria que tem Odontólogos dentro dessa residência. Eu acho que na residência eles já tem um pouco mais, eles se aproximam mais da estratégia de saúde da família, eu acho que a gente consegue dar uma outra formação, formar focada para o profissional que a gente precisa."</i></p> <p>Repasse para a família da importância do preenchimento da Caderneta (atividades do 5º Dia Saúde Integral). <i>"Talvez uma estratégia de enfrentamento seria fazer com que essa Caderneta, com que a família desse mais importância pra Caderneta, que a mãe, né?! Que fosse repassada pra família, pra mãe a importância do uso dessa caderneta."</i></p> <p><i>"Eu acho que na primeira semana também, né?! Quando faz a visita no quinto dia, falar que tá dentro, que é preciso apresentar..."</i></p> <p><i>"Talvez seja um bom, uma boa estratégia e ai entra com os ACS, né?!"</i></p>

Quadro 4. Sistematização das discussões do Grupo 1 sobre os temas dos subprojetos "Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de vigilância em saúde buca" e "Percepções de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal". Belo Horizonte, 2015.

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
		<p>Desconhecimento por parte dos profissionais da importância do preenchimento dos campos da Caderneta. <i>"E com relação ao centro de saúde ela não, essa Caderneta pelo menos na área de odontologia ela não tem divulgação pra poder mostrar a importância dela, pra até como, pra servir de orientação dos profissionais."</i></p> <p>Implantação verticalizada da Caderneta, sem discussão com as equipes (pouca divulgação). <i>"Mas só que foi aquele feito lá de cima pra baixo, não teve a participação grande na confecção e quais os itens que nós vamos acompanhar. Eu, por exemplo, não sei, eu desconheço isso, tá?"</i></p> <p><i>"Não passou em nenhum momento essa conversa. Nunca, e eu falo nunca porque eu tô lá na prefeitura tem quase vinte anos, nesses vinte anos não foi discutido na área nossa de odontologia como a gente poderia usar."</i></p> <p><i>"Nenhum informe, alguma reunião nossa, "a gente, incentiva a equipes! Tem uma parte que é de saúde bucal..."</i></p> <p><i>"Mas eles não são orientados com relação ao uso não."</i></p>	<p>Inclusão das consultas odontológicas no calendário da puericultura. <i>"Mas eu acho que ainda tem que entrar, e na agenda nova vai entrar, a gente vai divulgar a partir de 2016, a consulta da criança no primeiro ano de vida pela equipe de saúde bucal, porque ela ainda não tá, assim, protegida, assim, como uma consulta mensal... Todas as crianças possam ir ali na saúde bucal... ai eu acho que seria uma grande oportunidade de apresentar a caderneta, né?!"</i></p> <p>Adequação do instrumento às necessidades dos profissionais com vistas a facilitar a informação à família. <i>"E a gente viu com aquela pesquisa do Leonardo que o campo de saúde bucal da caderneta ele é inadequado pras questões mais importantes, né?!"</i></p> <p><i>"Pois é! Talvez não seja um, uma forma muito clara, muito fácil de preencher, né?! O profissional se sente desestimulado, ele vai lá e vai fazer, "nossa isso aqui vai ficar muito embolado, isso aqui poderia ser de outra forma", né?!"</i></p> <p>Apresentar a Caderneta já nos grupos com as gestantes. <i>"(...) que seria legal trabalhar o grupo de puericultura, puericultura não, o grupo de gestante já trabalhar com a Caderneta, já apresentar pros pais o que é que a mãe vai receber tá?! Depois o que o bebê nascer, pra eles conhecerem pra que, a função daquela Caderneta. Porque, assim, ai já vai começar a entender que ali tem várias informações que a mãe deve apanhar, eu acho que é isso que não tem, sabe?! "</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
			<p><i>"Eu fico pensando se assim, a partir da, do grupo lá da, é, o grupo de gestante, a equipe da saúde da família junto com o ginecologista, junto com o pediatra, junto com a saúde bucal explicar e mostrar olha com isso aqui você vai acompanhar todo o desenvolvimento da sua criança até tantos anos" e aí a importância."</i></p> <p>Trabalhar a apropriação da ESB sobre a Caderneta. <i>"Talvez uma outra estratégia seria perguntar pra os próprios profissionais quais são as dificuldades que eles enfrentam com esse, com o preenchimento, as vezes existe uma forma mais fácil de apresentar, né?! De apresentar isso pra que o profissional possa marcar as vezes, ao invés de preencher, marcar, algum coisa que seja mais rápido pra ele fazer e que estimule que ele marque. Não sei, né?! Saber do próprio profissional."</i></p>
Não existe a rotina de uso da Caderneta pela Equipe de Saúde Bucal.	<p>Baixo uso da Caderneta de Saúde da Criança percebido nos serviços. <i>"Eu nunca vi uma equipe pedir a apresentação de Caderneta da criança para atendimento."</i></p> <p><i>"Eu tô até me colocando aqui uma carapuça muito grande, eu nunca coloquei pras equipes trabalharem com a Caderneta..."</i></p>	(*)	(*)
Pouca integração da Equipe de Saúde Bucal¹ com a equipe de saúde no acompanhamento da criança.	<p>Baixa integração da Equipe de Saúde Bucal nas reuniões de equipe. <i>"A gente tem que trabalhar muito no sentido de integração da estratégia de saúde da família, da equipe de saúde bucal ela se sinta pertencente também a essa estratégia, mas não há muita interlocução, assim, ainda, de encontros entre as duas equipes, equipes de saúde da família e equipe de saúde bucal, pra conversar disso, né?!"</i></p>	(*)	(*)

(*) O grupo não preencheu estes campos da planilha.

continua

continuação

Grupo 1 - Percepções de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal			
Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
<p>Formação tecnicista e biológica dos profissionais, com pouca atenção às questões culturais e subjetivas dos pacientes.</p>	<p>Questões culturais e subjetivas da comunidade e o processo de trabalho. <i>"É como se as questões subjetivas, culturais, assim, fossem dispensadas na atenção, então a gente vê isso muito na, quase que em todas as categorias da profissão, da, da saúde né?! Da, da, dos profissionais da saúde."</i></p> <p><i>"(...) os atendimentos as vezes compartilhados, eles não têm esse espaço para a construção do outro, pra um conhecimento que vem do outro. Porque assim, o que o odontólogo vê como problema? o que o, as vezes a nutricionista vê? Né?! Mas sem dar o espaço pra o que que a mãe tem a dizer sobre isso, o que o usuário, a criança tem a dizer sobre a sua história. Então falta! Os atendimentos ainda são muito multi, né?! Mas eles não são transdisciplinar no sentido de fazer emergir esse usuário, né?! com as suas questões, com os seu problemas contraditórios, né?! (...)."</i></p> <p><i>"(...) como as nossas estratégias também, a gente tem um olhar da saúde, muito do olhar da saúde e a gente não prepara, não transita pelas outras áreas, né?! Pela área da educação por exemplo."</i></p> <p><i>"Existe uma distância mesmo entre equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família (...) uma distância difícil. E a agenda não tem permitido fazer isso, o conhecimento do território hoje deixa muito a desejar (...)."</i></p>	<p>A equipe de saúde não tem conseguido despertar interesse pela participação em atividades coletivas. <i>"Então eu acho que são duas coisas, eu acho que o nosso profissional ele ainda não é formado com um olhar mais ampliado, assim, ele é formado mais no modelo biotecnológico, né?! O olhar dele é muito, assim, pra saúde bucal, a saúde da boca, né?! E o olhar muito pouco é... ainda muito restrito."</i></p> <p><i>"A gente é treinado pra o meu saber e o que eu saber eu tenho que enfiar dentro da cabeça do outro, esquece que ele tem o seu saber, que o usuário tem outras demandas, mas ai você quer falar de coisas que ele não ta demandando naquele momento, ele ta com outras questões, pode ter outras até."</i></p>	<p>Fortalecer o conhecimento do território. <i>"Porque ter um profissional preparado na estratégia de saúde da família que ta, que deve ser voltado pro sujeito do seu território, da sua comunidade, da sua família isso ainda é muito, a gente não tem isso ainda, né?! Então é na residência (Multiprofissional) que eu acho que é, eu acho que a equipe de saúde bucal ela precisa aproximar mais da, da estratégia de saúde da família, eu acho que está faltando esses encontros, eles não têm espaço de discussão protegidos junto com as equipes de saúde da família (...)?!"</i></p> <p><i>"(...) a gente precisa achar um caminho pra trabalhar pra conseguir permitir que caiba na agenda essa ressignificação do trabalho. (...) conseguir construir a ação de forma ideal, de fazer o diagnóstico territorial (...)."</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
<p>Pouca adesão das gestantes aos grupos oferecidos pelas unidades básicas de saúde.</p>	<p>Oferta dos grupos educativos para gestantes. <i>"Então, das orientações todas (mães ou gestantes) relatam a participação em, em atividades coletivas (...) uma (mãe) principalmente eu me recordo muito fortemente como foi esse grupo que ela participou nos hospitais."</i></p> <p><i>"(...) não existe, assim, a recordação disso acontecer coletivamente nas unidades de saúde. Na unidade de saúde quando ela (mãe ou gestante) recorda é no contato profissional, e ela."</i></p> <p><i>"E quando as equipes oferecem grupo a gestante, a adesão, a frequência das gestantes é muito pequena. A reclamação da saúde bucal é essa. Que é uma população muito difícil de conseguir ser trabalhada, porque promove grupos vão duas."</i></p> <p><i>"Que é isso, que é a dificuldade de adesão, a grande desmotivação de um profissional em fazer um grupo."</i></p>	<p>Impedimentos e dificuldades da vida prática das mulheres (gestantes e mães). <i>"A gente fala muito isso pra que, porque assim, não sabe da dificuldade, todo mundo trabalha fora hoje e tal, hoje em dia sai de dia pra ir na consulta, ai faltar mais um outro dia pra grupo."</i></p> <p><i>"(...) fazer aquela gestante se deslocar pra ir em grupo, ela tá cansada, ela tá pesada, ela tem que pegar o ônibus, ela tem dificuldade, né?! Assim, a acessibilidade dela até aquele lugar, as vezes não é convidativo."</i></p> <p><i>"Existem diferenças de interesses dessas mulheres durante a gestação. Às vezes elas estão mais, a preocupação não é com a criança durante a gestação, é com o parto, o momento do parto, é com a preparação para o parto, existem expectativas diferentes também ao longo da gestação. Tem momento que ela realmente tá preocupada com o filho lá na frente e tem outros que não, ela tá preocupada com o parto."</i></p> <p><i>"Agora, a hora que ela, que o bebê já nasceu aí já tem mais um impedimento, como que você vai pro grupo levando um bebê junto, entendeu? Você tem lá com quem deixar esse bebê? Então, são coisas que na prática acontecem."</i></p> <p><i>"A gente foi olhar adesão e a gente viu aquele resultado, de que a adesão era vinculada a experiência, uma das possibilidades é que ela é vinculada a experiência. Se já tenho alguma experiência 'Não, obrigada! Não é pra mim!'"</i></p>	<p>Pensar estratégias e metodologias para atrair as participantes para os grupos. A Caderneta da criança poderia ser um atrativo. <i>"(...) a gente vê uma dificuldade muito grande da equipe de saúde bucal de desenvolver materiais pra discutir em qualquer momento educativo (...) fico pensando (...) na própria Caderneta como esse material (...) Porque ela tem uma riqueza de informações (...)."</i></p> <p><i>"E porque aí você também trabalha a questão da apropriação da equipe, né?! sobre a Caderneta (...)."</i></p> <p><i>"(...) elas têm dúvidas as vezes depois que o bebê nasce, em algum momento e que ninguém falou pra ela sobre aquilo lá que ela tá com dúvida naquela hora ali, e ela não sabe o que fazer."</i></p> <p>Utilização de outras tecnologias e/ou outros profissionais para abordagens educativas. <i>"(...) a gente poderia trabalhar de algumas formas, capacitando algumas pessoas da própria comunidade, trabalhar com ACS, pessoas que vão, porque, realmente tem muito impedimento pra ela, né?! Ficar indo até o centro de saúde pra participar dessas atividades, criar alguns outros mecanismos também de, usando outras tecnologias, tipo rede social, alguma forma, assim, de chegar até elas."</i></p> <p><i>(...) mas eu acho que vai além, eu acho que a gente precisa beber de outras ciências pra gente, sociologia, filosofia, pra gente adentrar mais e conseguir entender o universo(...)."</i></p>

continua



continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
			<p>Incorporação das práticas populares e das referências locais nas atividades coletivas. “(...) vamos pra comunidade!”.</p> <p><i>“É interessante pensar (...) que elas estão se reportando aos avós, aquela, aquela pessoa, aquela vizinha mais idosa que mora lá do lado dela que pode orientar em alguma coisa, sabe? Porque as vezes você consegue, você consegue, é, atingir mais pessoas indiretamente, tá?! Eu não, a mãe não foi ali, mas a avó foi ali no grupo, então, assim, até fazer um convite (...) se a mãe não puder vim a avó, uma tia (...)”</i></p> <p>Educação por pares. <i>“(...)a gente tinha muito mais sucesso pras mães aprenderem a usar os espaçadores quando a gente colocou pessoas da comunidade, mães que também tinham problema e estavam na comunidade pra elas mesmas ensinarem os seus pares ali, né?! Os vizinhos, então pode ser uma saída (...)”</i> (se referindo a experiência de um Programa).</p> <p>Aproveitamento das Técnicas de Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde. <i>“Atualmente a gente tá orientando muito, normalmente a TSB, a técnica de saúde bucal, pra trabalhar em roda, fazer... a gente fala roda de conversa na sala de espera. Então por exemplo, no dia de, que tem, que vai determinado número maior de gestante, aí aborda alguma coisa, e sempre partir, pelo menos as orientações que a gente passa é essa, sempre partir do conhecimento que a pessoa tem, pra depois você melhorar aquele conhecimento e não você tentar ensinar técnicas, dar a sua, né?!.”</i></p>

continua



continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
			<p><i>"Aí que entra a importância da TSB, né?! Porque realmente o dentista fica muito na parte mais técnica, mas as TSB, e nós tínhamos uma quantidade de TSB muito boa na rede, elas têm uma vivência disso e uma facilidade pra trabalhar no coletivo."</i></p> <p><i>"Eu acho que no trabalho a TSB ajuda muito(...) aí ela consegue interagir mais com as ACS, pra levar esse conhecimento pra fora, sabe?! Eu acho que a TSB é um elo muito bom, o aproveitamento da TSB nesta, nesta educação da população."</i></p> <p><i>"O ACS ele tem uma moral, assim, com as pessoas (...) você percebe a confiança que a família tem, considera como se fosse um membro da família. Então a informação que vem deles também é muito importante, né?! Porque não capacitá-los pra também, pelo menos pra passar a informação, ou nem que seja pra passar uma informação de, da importância de receber essas informações através do técnico (TSB), por exemplo."</i></p>

Após a análise do material da discussão (áudio, transcrições e observações), verificamos uma riqueza maior de elementos discutidos pelo grupo que não foram incluídos durante a elaboração da planilha de identificação de problemas. Cabe ressaltar que o Grupo 1 não registrou descritores para a identificação de problemas, embora no momento da análise conseguíssemos identificá-los nas falas dos participantes (QUADRO 4).

O primeiro tema discutido pelo Grupo 1 foi a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Como um instrumento de vigilância em saúde bucal, a CSC aborda aspectos informativos relacionados à dentição decídua, desenvolvimento dos dentes, cárie dentária e orientações para higiene da boca/dentes (BRASIL, 2005). No grupo foi dado destaque ao inexpressivo preenchimento dos campos de saúde bucal, pois a pesquisa mostrava que houve preenchimento do odontograma em 0,8% e do campo de erupção dentária em 1,4% das CSC avaliadas (AMORIM, 2015). Em relação aos campos de saúde bucal, foi citado que na prática diária não é exigida a CSC nas consultas odontológicas das crianças. Cabe ressaltar que na literatura revisada somente um estudo considerou os itens de saúde bucal na avaliação do preenchimento da CSC da área de abrangência de duas UBS e foi encontrada ausência de preenchimento em 100% das CSC (FARIA; NOGUEIRA, 2013). O registro das vacinas foi citado como um campo muito preenchido com 94,0% das CSC com esse registro (AMORIM, 2015). Outros estudos apontaram alta frequência de preenchimento do campo das vacinas, variando de 91,8% a 100% (GOULART *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2009; FARIA; NOGUEIRA, 2013; COSTA *et al.*, 2014; PALOMBO *et al.*, 2014). O grupo considerou que uma das justificativas é que o não preenchimento das vacinas implica em “penalidades” como, por exemplo, a impossibilidade da matrícula escolar. Assim, esses resultados sugerem que o uso desse instrumento não avançou para além do Cartão de Vacina. Nesse momento, a coordenadora da área de Atenção à Saúde da Criança no município de Belo Horizonte esclareceu sobre as implicações da CSC, seu objetivo, custos envolvidos, a necessidade de uma abordagem intersetorial da CSC e motivos para o baixo preenchimento como, por exemplo, a duplicidade de registro de informações e a precariedade do sistema de informação em Belo Horizonte. Já com relação à saúde bucal, a coordenadora do trabalho de grupo destacou a fraca articulação da Odontologia na abordagem multiprofissional e que a formação do cirurgião-dentista e a própria dinâmica do serviço público de saúde estão relacionados com esse distanciamento da saúde bucal. Como caminhos para melhorar essa integração destacou a incorporação da CSC na formação e no trabalho do cirurgião-dentista com as crianças e a importância da residência multiprofissional em saúde da família.

Além disso, a coordenadora relacionou o trabalho sobre a percepção das mães/gestantes com a abordagem dos profissionais de saúde, ao valorizar os saberes populares e ressaltar que os profissionais devem considerar e compreender os conhecimentos e as demandas dos usuários. Houve uma pequena discussão sobre de quem é a responsabilidade do uso insatisfatório da CSC: do profissional, da academia, do serviço? Nesse momento, a referência técnica de Odontologia do Distrito Sanitário Noroeste, ressaltou que a implantação da CSC aconteceu de maneira vertical, sem a participação dos profissionais envolvidos na assistência. Destacou também que, em Belo Horizonte, não houve nenhuma orientação para que os cirurgiões-dentistas utilizassem a CSC. Uma revisão da literatura apresentou, em cinco categorias, os fatores que dificultam a utilização adequada da CSC: 1) ausência de capacitação para o uso correto da CSC; 2) tempo insuficiente dos

profissionais de saúde para cumprir com as atividades geradas pela demanda do serviço e ainda haver disponibilidade para o diálogo com a família sobre as anotações realizadas nas CSC; 3) indisponibilidade da CSC no serviço de saúde; 4) não utilização da CSC por todos os membros da equipe de saúde e 5) desvalorização e o desconhecimento das mães/familiares (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012). Amorim (2015) considerou que o desconhecimento sobre o instrumento, a falta de informação e a desvalorização da importância de se trabalhar com o monitoramento do desenvolvimento infantil por parte do cirurgião-dentista podem ser algumas das causas para os resultados encontrados no preenchimento dos campos de saúde bucal da CSC.

Em seguida, o grupo discutiu as causas e estratégias de enfrentamento e a situação problema foi definida como “o não preenchimento da parte de saúde bucal da CSC”. Com o desenrolar da discussão, a situação problema foi renomeada para “baixo preenchimento da CSC”. A consulta odontológica no primeiro ano de vida foi sugerida como uma estratégia de enfrentamento, sendo considerada uma “medida de proteção”, no momento em que for inserida no calendário infantil. Essa ideia foi bem aceita pelos participantes e estimulou novas sugestões como a escuta dos profissionais sobre as dificuldades de preenchimento da CSC, a adequação na formatação da CSC, a introdução da CSC já nos grupos operativos de gestantes, a abordagem da CSC nas ações do 5º dia de saúde integral da criança e estímulo ao maior envolvimento da família com a CSC. Amorim (2015), encontrou maior qualidade de preenchimento nas CSC que possuíam anotações das mães ou pais e essa associação evidencia a importância da participação da família no cuidado da criança (CLENDON; DIGNAM, 2010). Estudo qualitativo evidenciou que muitos profissionais da saúde relataram vivenciar situações onde as mães exigem que os dados sejam anotados na CSC, acompanham as anotações realizadas pelos profissionais e conversam com os profissionais assuntos relacionados aos temas da CSC (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014). Amorim (2015) encontrou que as variáveis associadas à qualidade do preenchimento da CSC remeteram ao papel da mãe no cuidado da criança e evidencia a importância do seu envolvimento na busca do uso efetivo e aperfeiçoamento de um instrumento essencial de vigilância à saúde integral da criança. Neste sentido, recomenda que gestores do serviço e profissionais de saúde que são responsáveis pela atenção à saúde da criança devem considerar esses achados e estimular o envolvimento das mães com o instrumento. Divulgação efetiva da relevância das informações relacionadas à CSC e viabilizando a participação materna podem configurar como estratégia de ampliação do seu uso. Além disso, a CSC permite o diálogo entre os profissionais de saúde e a família (AMORIM, 2015).

No tema Percepções de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal, um problema colocado foi a “Formação tecnicista e biológica dos profissionais, com pouca atenção às questões culturais e subjetivas dos pacientes”. Identificamos como descritores as questões culturais e subjetivas da comunidade e o processo de trabalho. O grupo definiu a falta de interesse da equipe de saúde na participação em atividades coletivas como causa e colocou como estratégia de enfrentamento “Fortalecer o conhecimento do território”.

Quando analisamos todos os elementos referentes às falas dos participantes, verificamos que a forma-

ção tecnicista dos profissionais impacta diretamente no processo de trabalho. Esses achados corroboram a literatura, uma vez que tem sido mostrado que as práticas profissionais são marcadas pelo modelo biomédico, que é incapaz de responder as demandas de saúde e compreende de forma limitada os cuidados em saúde, focando-os exclusivamente nos serviços de saúde e na ação técnica dos profissionais (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Para transformar esse cenário, são necessárias mudanças relacionadas ao próprio modo como os profissionais de saúde atuam frente às condições de saúde, às pessoas, à família e à comunidade (MENDES, 2010). Neste sentido, o processo de trabalho perpassa como uma questão fundamental por toda a discussão, entretanto não é considerado pelo grupo como causa e nem é colocado como estratégia de enfrentamento. O grupo coloca a importância dos profissionais se apropriarem mais do território, remetem à Estratégia Saúde da Família e apontam a Residência Multiprofissional como estratégia de enfrentamento. Aponta ainda que é preciso encontrar um caminho para que a agenda permita a ressignificação do trabalho, mas não avança para a importância da educação permanente. Neste contexto, como caminho para a superação dos problemas ligados à formação dos recursos humanos, a educação permanente poderia ser considerada como uma estratégia, uma vez que possibilita a aprendizagem no cotidiano do trabalho por meio da problematização (MOURA *et al.*, 2013; BRASIL, 2009).

Outra situação problema apontada pelo grupo foi “Pouca adesão das gestantes aos grupos oferecidos pelas unidades básicas de saúde”. Identificamos como descritores a oferta dos grupos educativos para gestantes. Embora o grupo não tenha colocado descritores, o grupo discutiu sobre a oferta nos hospitais (unidades de referência para o parto) e a desmotivação dos profissionais com a baixa adesão quando os grupos são ofertados nas UBS. A frequência da oferta dos grupos nas UBS não foi abordada pelo grupo. Ao analisar dados secundários sobre educação em saúde, acessados do sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2014, verificamos que foram realizados apenas oito grupos de gestantes com a participação das equipes de saúde bucal (ESB) no ano de 2013 em Belo Horizonte, caracterizando uma frequência muito baixa (HERVAL *et al.*, 2016). Santos Neto *et al.* (2012) também observaram baixa frequência de atividades educativas e preventivas para gestantes em seu estudo e, afirmaram que essa situação pode impactar negativamente na assistência odontológica pré-natal.

A dificuldade dos profissionais de saúde na execução das atividades educativas para o grupo materno, as poucas iniciativas e tentativas frustradas pela baixa participação das mães nas atividades também foram relatadas por Costa *et al.* (2009). Entretanto, dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, a atenção básica desponta como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido a sua proximidade com a população (VASCONCELOS, 1989; 1999).

Como causa dessa situação problema, o grupo colocou os impedimentos e dificuldades da vida prática das mulheres (gestantes e mães). Questões relevantes configuraram a causa, tais como: a dificuldade de dispensa do trabalho, a acessibilidade, os diferentes interesses das gestantes durante o período de gestação, não ter com quem deixar o bebê para participar do grupo e a experiência materna. O grupo considerou como

estratégias de enfrentamento o desenvolvimento de metodologias para atrair as participantes para os grupos; a utilização de outras tecnologias e/ou a participação de outros profissionais para abordagens educativas; a incorporação das práticas populares e das referências locais nas atividades coletivas; a educação por pares e ações com a participação dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Quanto as metodologias dos grupos (atividades educativas), a literatura converge para a necessidade de reformulação das ações educativas de caráter informativo pautado em palestras, número reduzido de encontros e temas pré-definidos, pois esse modelo gera pouca possibilidade de reflexão, empoderamento, autonomia e participação das gestantes (PIO; OLIVEIRA, 2014). Iserhard *et al.* (2009) demonstraram a importância dos aspectos culturais sobre as práticas maternas de cuidado. Coelho *et al.* (2005), ao avaliarem atividades educativas com gestantes e nutrizes de assentamentos, perceberam que alguns aspectos teóricos e metodológicos da intervenção precisavam ser reformulados a fim de incorporar expectativas culturais e práticas daquela comunidade. Estudo realizado em UBS de Belo Horizonte (MG) indicou que as práticas educativas realizadas atendem de forma parcial e incipiente aos princípios da promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, da participação social e do emprego de abordagens dialógicas de ensino (CARNEIRO *et al.*, 2012).

A CSC foi colocada como um atrativo para incentivar a participação das mães, podendo ser utilizada como material pedagógico nas atividades educativas, facilitando a apropriação do uso do instrumento pela própria equipe. Incentivar a apropriação das equipes para o uso e preenchimento adequado da CSC é importante porque a organização e o planejamento da atenção à criança podem ser apoiados por esse instrumento que é considerado simples, único e progressivamente completo para acompanhamento integral da saúde. O uso apropriado dessa Caderneta como instrumento de vigilância em saúde bucal pode contribuir para o aumento da oferta e cobertura de serviços odontológicos para crianças menores de um ano (STOCCO; BALDANI, 2011).

A utilização de outras tecnologias e/ou outros profissionais para abordagens educativas e a participação dos TSB e dos ACS foram citadas como duas estratégias de enfrentamento em separado, entretanto podem ser consideradas complementares em relação ao envolvimento de outros profissionais, além do cirurgião-dentista, na realização das ações de educação em saúde. Uma questão relevante que emerge aqui é a fragilidade da integração das ESB com as equipes de saúde da família (ESF). De acordo com Moura *et al.* (2013), os cuidados primários à saúde da criança, neles incluída a saúde bucal, têm como metas principais a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Para tanto, necessitam da participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração dos profissionais que compõem as ESF. Nesse mesmo sentido, o Ministério da Saúde recomenda que a atenção precoce à criança deve ser realizada no contexto do trabalho multiprofissional, evitando a criação de programas específicos de saúde bucal para este grupo etário, desenvolvidos de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem (BRASIL, 2006). A puericultura é um momento oportuno para o desenvolvimento de atividades preventivas com impacto favorável sobre a

qualidade de vida da criança (VASCONCELOS *et al.*, 2012). O estudo de Carneiro *et al.* (2012) revelou que em Belo Horizonte, das 33 práticas educativas observadas, 28 (84,8%) foram coordenadas por profissionais de saúde graduados e as demais por ACS e auxiliares de enfermagem, enfatizando a participação ainda tímida desses profissionais nas ações educativas.

Com relação às tecnologias, o grupo colocou o uso das redes sociais para a disseminação das informações e facilitar a comunicação e troca de experiências entre as mães/gestantes e a equipe. Outro instrumento que poderia ser incorporado às práticas educativas, recém atualizado pelo Ministério da Saúde, é a Caderneta da Gestante que apresenta informações relevantes sobre cidadania, período gestacional, parto, hábitos saudáveis, vacinas e diversos campos a serem preenchidos pela equipe ao longo da gestação e após o nascimento do bebê, inclusive de saúde bucal (BRASIL, 2016).

A incorporação das práticas populares e das referências locais nas atividades coletivas e a educação por pares também podem ser consideradas estratégias de enfrentamento complementares. As redes informais, sejam elas familiar ou social, interferem nos cuidados em saúde, sendo fundamental reconhecê-las e incorporá-las na atenção em saúde, o que tem sido negligenciado pelas equipes de saúde. A rede informal de cuidado é representada, principalmente, pela família e pode determinar a adesão aos serviços de saúde (GUTIERREZ; MINAYO 2010). Marteleto e Silva (2004), compreendem que as redes se solidificam pelo nível de confiança interpessoal e estão relacionadas ao capital social cognitivo, o qual é capaz de influenciar a ação do grupo e de propagar informações de fontes locais ou gerais, pessoais ou impessoais. Uma estratégia de incorporar as redes informais é a educação por pares (ou *peer-led education*) conduzida por pessoas da própria comunidade, como mães (ou avós) com boas práticas de cuidado em saúde. Esse modelo de educação parte do princípio que pessoas semelhantes ou próximas têm maior poder de influência que pessoas com expertise, podendo contribuir com a promoção de comportamentos saudáveis (MELLANBY; REES; TRIPP, 2000).

Grupo 2 - Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte, MG e A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS			
Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
Prontuários não encontrados na UBS.	970 perdas - prontuários que não foram encontrados no momento da coleta de dados ou as crianças da lista de crianças com necessidade eram de áreas adscritas diferentes.	<p>Prontuário odontológico separado do prontuário médico. <i>"(...) a gente sabe que em BH várias unidades tinham prontuário odontológico separado do prontuário médico, né? Então, que é uma coisa que não é ideal. O prontuário é único, individual, da pessoa. Porque antes era familiar, mas hoje é individual (...) Tem essa dificuldade que o prontuário é separado e eu vejo isso como uma desorganização do serviço, uma fragmentação do cuidado."</i></p> <p>Desorganização dos serviços. <i>"(...) é uma situação que reflete a organização da atenção (...) talvez deva ser investigado o motivo destes prontuários não serem encontrados e dessas crianças serem atendidas em áreas diferentes."</i></p> <p>Definição de território (área de abrangência). <i>"A UMEI se concentra em um lugar que é relacionado à várias áreas de abrangência. Então, muitas vezes você faz levantamento de necessidades daquelas crianças, mas na hora de fazer o tratamento você tem que remeter elas para o local de residência da família (...) isso é muito comum de acontecer."</i></p>	<p>Prontuário eletrônico da Odontologia. <i>"E hoje a odontologia iniciou o prontuário eletrônico e isso agora vai facilitar, entendeu?"</i></p>
Baixo acesso das crianças à primeira consulta.	<p>Quanto maior a vulnerabilidade social maior a dificuldade de acesso, adesão. <i>"A evasão está acontecendo em pessoas de muito elevado risco (risco socioeconômico)."</i></p> <p><i>"São as pessoas que tem a menor percentual de adesão aos serviços de saúde, maior percentual de falta está nessa população."</i></p>	<p>O mito da dentição decídua ser ou não importante. <i>"Outra coisa (...) é que aquela história do mito da dentição decídua ser ou não ser importante, "vai cair mesmo". Então, assim, como Odontopediatra, eu observo muito isso. Então, tudo que essas mães, essa família percebem a importância dessa dentição."</i></p>	<p>Organização da agenda de acordo com a prioridade. Não foram identificadas falas dos participantes para ilustrar essa estratégia para enfrentamento do problema.</p>

continua

Quadro 5. Sistematização das discussões do Grupo 2 sobre os temas dos subprojetos "Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG" e "A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS".

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
<p>Baixa adesão ao tratamento, principalmente daquelas crianças com maior vulnerabilidade</p>	<p>A questão social interfere no acesso ao serviço, apesar da UBS atuar numa área de abrangência que propicia o acesso geográfico. Houve ampliação do acesso, porém sem equidade. <i>“A gente teve uma mudança no modelo de atenção com a implantação do Estratégia de Saúde da Família, em 2012, aqui em Belo Horizonte, e até hoje a gente não conseguiu reverter essa lógica. A gente conseguiu trabalhar com vigilância, a gente ampliou absurdamente o acesso, a oferta de serviços, mas não foi com base na equidade. a gente tem que ampliar esse acesso com equidade. Quem são essas pessoas que estão chegando? Estamos ampliando acesso para quem? Para aquele código 0, que não tem necessidade, para o código 1 ou é código 2, 3, 4 e 5?”</i> Público do bolsa família pouco acessa o kit de escovação. <i>“(…)a gente faz distribuição de kits de escovação. Os kits que ficam na unidade, que as famílias não vão buscar, de quem são? Das famílias do Bolsa Família.”</i></p>	<p>As mães justificam que não tem tempo, esquecimento da consulta. <i>“Talvez o horário da unidade, porque essas crianças não vão sozinhas, elas dependem da mãe para poder levar.”</i></p> <p>Fatores socioeconômicos. <i>“Isso será que não tem a ver com a questão financeira? Não é um problema socioeconômico? Não é um problema que as pessoas estão encontrando para irem levar essas crianças aos serviços.”</i></p> <p><i>“Um problema socioeconômico, das pessoas estarem enfrentando problemas para ir, para pagar uma passagem.”</i></p> <p><i>“São pessoas em alta vulneração, né, que tem uma condição de vida de tanta restrição, dela ir ao serviço, é complicado. (...). Então, existe sim uma dificuldade no acompanhamento na finalização dos tratamentos nessas pessoas.”</i></p>	
<p>Quem mais precisa, pouco utiliza</p>	<p>Quanto maior a vulnerabilidade social menor a adesão e o comprometimento da mãe. <i>“Então a gente tem já esse conhecimento, é até o meu jargão que as pessoas que mais precisam são as que menos acessam os serviços, não é só na saúde bucal, são em todas as áreas.”</i> <i>“(…) quem tem maior necessidade está usando mais, mas por que quem tem maior risco está usando menos, sendo que quem tem maior risco tem maior necessidade”.</i></p>	<p>Fatores socioeconômicos/Privações que transcendem a necessidade do autocuidado/ Famílias desestruturadas (crianças que vem de famílias desestruturadas). <i>“Eu acho que as privações que essas famílias passam, ela é tanta que transcendem a questão do autocuidado, porque a questão da sobrevivência bate na porta dessas pessoas e é muito maior.”</i></p>	<p>Incentivar utilização do ART nas escolas e UMEI. <i>“Ir junto com a universidade fazer o ART dentro da escola (...) Hoje os profissionais já têm uma enorme resistência de ir né, de ir aonde o povo precisa. Então, onde o povo está precisando eu tenho que ir lá, então se o pai não leva, eu tenho que ir”.</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
	<p><i>“As famílias que mais precisam não são as atendidas na unidade. E mesmo buscando, fazendo busca ativa a gente não consegue atendê-las.”</i></p> <p><i>“Quanto pior o código de necessidade, mais baixa é nossa resolutividade, porque menor é a adesão das pessoas que mais precisam, né...”</i></p> <p><i>“É preocupante as pessoas que mais precisam são as que menos procuram.”</i></p> <p><i>“Tem uma coisa muito ligada, arraigada, que é o que os nossos códigos 3, que são geralmente de famílias que mais precisam, são geralmente de famílias desestruturadas, não são um problema só da odontologia, são um problema do centro de saúde como um todo e principalmente com a questão da atenção social.”</i></p>	<p>Fatores culturais (Valores culturais diferentes); Dificuldade dos pais em assinar o termo de consentimento para tratamento de seus filhos.</p> <p><i>“Um fator cultural, dá para ir a pé ao Centro de Saúde. Os valores são completamente diferentes (...) nós fomos para a escola para tratar as crianças, e na escola tem o mesmo problema que a gente tem. Elas identificam que são essas crianças que tem maior vulnerabilidade são as mesmas crianças que não vão bem na escola. Então, por mais que você ligue, você liga, liga, liga para a família pedindo para comparecer na unidade, faz busca ativa com agente comunitário de saúde, mas elas não dão importância de ir lá e acompanhar. Então, temos uma vulnerabilidade ligada a vários fatores.”</i></p> <p><i>“Essas pessoas, com vários fatores sociais e culturais, são as pessoas que acabam buscando os serviços quando estão agudizadas, né. Então, se eu tenho uma dor, problema naquele momento, eu vou ali, trato aquele problema, e depois eu sumo. Eu só volto naquele momento que eu preciso porque eu não aguento dormir, porque eu não aguento trabalhar, então eles procuram.”</i></p> <p><i>“E hoje temos ido para a escola para fazer ART, nas crianças, do Bolsa família, e a gente vê o seguinte, até as crianças que ficam em tempo integral dentro da escola, a dificuldade hoje que temos até da mãe assinar o termo de consentimento. Então, estamos partindo para outra fase que é comprometer, achar essa mãe, para ela assinar o termo e para a gente tratar a criança.”</i></p>	<p>Integrar ações do PSE com as equipes/Fortalecer ações do NIR e GT intersetorial.</p> <p><i>“Agente está fortalecendo o PSE (Programa Saúde na Escola) para tentar então, já que os pais acabam então por não fazer, a gente começa a trabalhar na cultura das crianças, para que elas já cresçam com essa noção de autocuidado, da importância do tratamento, da escovação.”</i></p> <p><i>(...), eu acho que o caminho mesmo é a intersetorialidade, é o trabalho multiprofissional para dentro da saúde A gente tem uma experiência muito bacana com as UMEIs, hoje todas as UMEIs de Belo Horizonte fazem escovação diária, todos os turnos, se a criança fica o dia inteiro, ela faz pelo menos 2 escovações diárias, então e esse foi um trabalho que a gente foi fazendo para dentro da educação. Então hoje a escovação é curricular, nós fazemos capacitações com as professoras, com as auxiliares, para que elas possam conduzir a escovação para dentro das UMEIs e das EMEIs, né? Então eu acho que a gente vai ter um impacto, daqui a pouco a partir dessa atividade preventiva em massa que a gente está fazendo. Mas a gente só conseguiu isso quando a gente começou a envolver e responsabilizar também a educação, a gente tem um núcleo intersetorial que a gente tem quinzenalmente, em que nós temos a saúde e educação, assistência social, nutrição, em que a gente discute desde a merenda até casos complexos de atenção à saúde, por exemplo, a prescrição da ritalina... Então a gente faz essa discussão no intuito de aproximar as áreas e o problema é tão complexo que a saúde sozinha não está servindo para nada. É o núcleo intersetorial, o GT do PSE, é o núcleo intersetorial que tem assento em todas essas secretarias.”</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
		<p><i>“Porque eles não têm a cultura de trabalhar a educação em saúde, de trabalhar a questão do autocuidado. Tentei identificar se era a questão da distância, mas não, são pessoas que moram quase do lado da unidade e realmente não aderem, não fazem, não tem a intenção, talvez nem seja a palavra intenção, eles não têm essa cultura de se sentar, ouvir, a gente tenta fazer grupos operativos, e eles acabam não indo, então eu vejo que a gente tem que trabalhar cada vez mais com eles.”</i></p> <p>Dificuldades atuais (droga/violência). <i>“E as dificuldades que a gente enfrenta está muito ligada a droga, com relação mãe-filha.”</i></p> <p>Dificuldade de enxergar o indivíduo como ele é, onde ele está. <i>“Nós não estamos conseguindo trabalhar alteridade com essas famílias. Alteridade é ver a pessoa no lugar que ela está, não é o ver como eu me vejo não, porque é diferente. A nossa lógica é diferente, estou vendo nossa lógica de falar aqui, é toda uma lógica de nós para nós. As pessoas não vão, as pessoas desistem, as pessoas (...) tem que primeiro ser feito o diagnóstico, mas até este diagnóstico tem que ser multiprofissional, porque nós não vamos captar esses pacientes para a Odontologia, nós vamos tratar esse paciente para a vida, tudo para eles é ruim, tudo é ruim, para que ele, na minha lógica, vai? Ele não vai não.”</i></p>	<p>Criar parcerias multiprofissionais/Realizar intervenções familiares com grupos multiprofissionais. <i>“Eu acho que a captação dessas crianças, talvez até mesmo um projeto de pesquisa na rede, envolvesse um trabalho multiprofissional. Juntar a odontologia com a assistência social, com a enfermagem, e fazer um projeto maior voltado para a educação dessas famílias que possuem os códigos 3, que são quem mais precisam. Eu trabalhava no centro de saúde junto com a residente da assistência social, e geralmente os meus pacientes problemas que eram código 3 também eram alvo de intervenção dela. Então acho que falta casar esse atendimento multiprofissional nesse tipo específico de paciente, um projeto multiprofissional, porque eu acho que só a odontologia não vai dar conta de resolver isso.”</i></p> <p><i>“A gente tem que ir além de convocar nas escolas / UMEI, é fazer um trabalho de base de chegar no Conselho Local de Saúde, de chegar na Associação dos moradores se tiver, nos Grupos de mães nas escolas se tiver, chegar nas diretoras, chegar nessas famílias vias ACS porque essa história de sempre que os que mais precisam nunca vão. Já foi falada a questão cultural, a questão cultural você não muda de uma hora para outra, então como é que é, né? Então, a gente tem que pensar em outras estratégias além dessas de ART nas escolas. Tem hora que até ART dá problema.”</i></p> <p>Estudo piloto numa regional para diagnóstico profissional e intersetorial /Discussão do papel profissional. <i>“Talvez o que a universidade, o que o serviço pudesse trabalhar em conjunto no sentido de fazer o enfrentamento desses problemas. Talvez pegar os municípios como um todo, a cidade como um todo, seria muito difícil, ou talvez partir primeiro na questão do diagnóstico, pensar em priorizar algum grupo ou setor do nosso município, para que a gente tivesse presente,</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
		<p>Perfil profissional inadequado. <i>“Hoje as diretrizes curriculares dos cursos de odontologia são voltadas para a formação do profissional do SUS e a gente vê que esse profissional não chega formado para essa realidade, né? Chega querendo reproduzir uma lógica privada, né, e a todo momento a gente está ali lutando para esses profissionais, para o trabalho multiprofissional, para sentar e conversar com a Equipe de Saúde da Família, discutir os casos complexos, né? Então, assim, eu queria colocar também essa questão da formação, para a gente poder trabalhar mais próximo com a academia influenciando na formação do profissional.”</i></p> <p>Desarticulação entre ESB e outras equipes; falta de articulação da equipe volante do PSE com a ESF e ESB da UBS. Não responsabilização da equipe. <i>Porque as equipes volantes foi uma forma de dar um suporte para a equipe da unidade, né? Dele ser um braço da equipe dentro da escola. Mas a equipe não identifica essa equipe volante como um braço seu. Então foi muito interessante porque o PMAQ saiu com isso muito evidente. A equipe foi perguntada se ela faz atividades dentro da escola. “Não”. Mas peraí, vocês não têm equipes volantes que vai lá, que teria que fazer essa interlocução.... Então é uma coisa que a gestão colocou. Para facilitar justamente mediante essas demandas tão grandes que a equipe tem, a equipe não consegue se articular com a equipe volante que é um auxiliar para ela. ”</i></p>	<p><i>para fazer algum trabalho de investigação ou discussão com as equipes multiprofissionais, no sentido de talvez encontrar uma solução, ou um primeiro encaminhamento. Talvez um projeto de parceria com o foco da dificuldade de quem mais precisa e que menos procura, quem mais necessita, e a questão do perfil profissional. E também a demanda que esse pessoal tem, como é que esses profissionais e como é que a gente vai enfrentar, essa é a questão dessa demanda acumulada enorme que nós temos. Qual é a prioridade que nós temos que dar para essas pessoas, que são mais fragilizadas socialmente, eu penso também que chamar/buscar não deu, acho que quanto mais faz isso as pessoas se sentem mais frustradas, e eu penso a gente cai com a acomodação, porque não tem jeito, não adianta. Acho que temos que superar isso, e a gente só supera isso com um projeto que tem foco, que isso seja uma prioridade talvez da instituição formadora e da instituição prestadora de serviços e que a gente trabalhe nisso de alguma forma. Acho que é um caminho interessante.”</i></p> <p>Realizar trabalho conjunto UFMG/PUC num projeto global para as crianças. <i>“Com o pessoal da PUC, também essa questão dos estágios a gente discutiu, a gente falou vamos tentar todos, as duas universidades que têm campos de estágios em um projeto comum. Porque essa coisa fragmentada, cada campo de estágio atuando em uma linha por causa, por exemplo, “no centro de saúde tal eu vou trabalhar com diabetes, no centro de saúde Y eu vou trabalhar com gestante”, a gente não cria um impacto populacional importante. Todo mundo trabalhando, trabalhando muito, contribuindo muito, mas cada um em uma direção.”</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
			<p>Compreender os motivos das pessoas não irem ao serviço de saúde.</p> <p><i>"(...) as questões que interferem na pessoa ir ao serviço, a dificuldade de chegar, enfim, o que envolve essa dificuldade. A gente não trabalhou nessa parte do projeto para entender os motivos, por que que não, o que está acontecendo, como o serviço está tratando e como as pessoas estão lidando com isso? Que são perguntas que ficam mesmo para a gente explorar melhor."</i></p>
<p>Pouca percepção do papel profissional (Perfil profissional inadequado)</p>	<p>Quase 80% dos profissionais não acham ter a função de atender crianças na UBS.</p> <p><i>"Que você coloca né, se gosta de atender criança, mas quase 80% acha que não é função atender criança".</i></p> <p><i>"Mesmo estando inseridos na equipe de saúde da família, os profissionais têm em mente que o atendimento às crianças é uma opção de escolha, independente da demanda, do problema epidemiológico da população (...) esse profissional se acha no direito de falar não né, não quero."</i></p>	<p>Formação dos profissionais de saúde nas faculdades.</p> <p>Não foram identificadas falas dos participantes para ilustrar essa causa da situação problema.</p>	<p>Integração ensino-serviço na formação profissional.</p> <p><i>"Então, assim, eu queria colocar também essa questão da formação, para a gente poder trabalhar mais próximo com a academia influenciando na formação do profissional."</i></p>
<p>Desarticulação entre ESB e outras equipes</p>	<p>Dentistas de Belo Horizonte percebem a desarticulação das Equipe de Saúde Bucal com outras ações para o cuidado da criança.</p> <p><i>"É uma coisa totalmente desarticulada."</i></p> <p><i>"Nessa questão da Equipe de Saúde Bucal, ela não trabalha com puericultura, com relação à criança, ela não participa de ações de planejamento em conjunto, e isso fica claro nas percepções do próprio dentista."</i></p>	<p>Organização e gestão de pessoas.</p> <p><i>"Acho que é uma questão de organização, essa questão da fragmentação mesmo."</i></p>	<p>Garantir a participação da ESB nas reuniões de equipe.</p> <p><i>"A gente tem que incentivar e garantir um horário para que eles estejam presentes nas reuniões de equipe. E ter hora protegida para isso na agenda, né? Tem o horário protegido para ele fechar a agenda e participar. Muitas vezes quem participa? Ele manda o auxiliar ou a TSB. Como que ele vai discutir os casos? Não, ele está me representando. Mas como que você vai discutir caso, estratégia, se o dentista não está."</i></p> <p>Trabalhar com a Puericultura.</p> <p><i>"Se o dentista está na puericultura ele está trabalhando em cima da promoção, porque ele vai estar trabalhando desde a gestante. Eu acredito muito mais nesse trabalho do que você"</i></p>

continua

continuação

Situação problema	Descritores da situação problema	Causas da situação problema	Estratégias para enfrentamento do problema
			<p><i>fechar uma restauração hoje e aparecer uma cárie amanhã, porque ele continua com os mesmos problemas associados. Agora, se você trabalha com a gestante, eu acredito que a gente teria muito mais chances de sucesso. Obviamente os que têm necessidade têm que ser tratados. Mas acho que as duas coisas trabalhando / caminhando de forma paralela.”</i></p>
<p>Desmotivação dos profissionais/ Sobrecarga de trabalho</p>	<p>Dentistas de Belo Horizonte consideram o trabalho exaustivo e rotineiro, se sentem desmotivados e sobrecarregados e na maioria das vezes, embora reconheçam a importância do trabalho em equipe multiprofissional e junto à comunidade, trabalham apenas com a equipe de saúde bucal.</p> <p><i>“O trabalho é muito rotineiro, entendeu? (...). Então você vai ficando sem ânimo, né? Então da mesma maneira que a gente tem que pensar na questão da equipe, eu acho que tem que pensar na questão do dentista, porque sabe o pertencimento da comunidade? Ele tem que ter isso. A gente trabalha muito, ela trabalha muito, todos trabalham muito. Porque a gente tomou conta, porque a gente quer que as coisas deem certo e tenha ânimo, etc. Mas se você entrar na rotina, sabe?”</i></p> <p><i>“Os dentistas também têm uma exaustão. Todo dia igual (...), aí a paciente falta, aí manda bilhete, manda a ACS, e o paciente falta. E ele ficou com uma agenda muitas vezes em um momento até ocioso, e ele precisando fazer muitas coisas, mas ele não consegue sair dali. Então, nitidamente, ele não faz atividade intersetorial, ele não faz atividade de promoção junto aos outros profissionais, faz atividades de prevenção estritamente dentro da própria equipe com os membros da própria equipe, ele não extrapola a equipe de saúde bucal, ele tem dificuldade de fazer trabalho com a comunidade, apesar de achar que é importante, ele tem dificuldade, ele tem dificuldade de planejar com a equipe, ele não planeja, não executa e depois ele não avalia com a equipe da unidade básica. Ele não chama o NASF para discutir com ele alguma atividade que tenha dificuldade. Então o dentista ele fica realmente isolado.”</i></p>	<p>Desvalorização do próprio trabalho.</p> <p><i>“Os profissionais não reconhecem o próprio trabalho, não percebem e dão valor a importância, e não percebem o trabalho em si. O quanto eles podem ensinar se eles fizerem reflexão sobre aquilo que estão fazendo. À medida que as pessoas começam a perceber isso, e isso só acontece se as pessoas são motivadas, as pessoas começam a valorizar aquilo que elas fazem, começam a tirar do que elas estão fazendo aprendizado, ou capacitação, que vai acontecer pela reflexão, ou pensar em alguma coisa para além do que fazem. Porque vão aprender a ver além do limite daquilo.”</i></p> <p>Falta de reflexão sobre a prática.</p> <p><i>“Eles estão tão envolvidos assim, até chegar não, não posso responder, porque tem indicador, como se fosse assim, tem um incêndio que eles estão tentando apagar, o indicador de diabético, o indicador disso, daquilo, informatização, e as pessoas não param nem para avaliar o que fazem e o que não fazem. Assim, eu fico muito feliz com uma dentista, que quando eu fui fazer o questionário ela disse “nossa, eu fiquei a semana inteira pensando nesse questionário. Avaliando, refletindo, o que eu faço, o que não faço, o que deveria fazer, que tem coisas que ela fazia que ela não tinha noção que seria bom, que deveria fazer e coisas que ela não faz, coisas simples, que ela poderia estar fazendo”, eu fiquei muito feliz sabe, pelo menos alguém, o questionário ter servido para mudar a prática de trabalho de alguém.”</i></p>	<p>Pactuação com os profissionais.</p> <p><i>“Eu penso que talvez tenha que escutar mais os dentistas, sabe? Então esse projeto tinha que começar um pouco mais com o “Eu penso”, conversar um pouco mais com ele sobre o perfil, sobre o que eles fazem, o que fazem, o que não fazem, como eles entendem a prática deles, quem são eles, qual o papel do cirurgião dentista nessa história toda, ne? Porque, se a coordenação fala uma coisa e ele faz outra, alguma coisa está acontecendo... Ou ele não está entendendo, ou ele não se julga responsável por aquilo, ou ele acha que não é função dele, que ele já faz demais, que ele tem que cuidar é de quem está com dor, etc. Então tem que haver conversa e pactuação com essas pessoas e acompanhamento.”</i></p>

No Grupo 2, houve uma intensa participação e contribuições dos gestores, dos professores e dos estudantes para a discussão dos resultados da pesquisa. A discussão não foi por subprojetos, os participantes apontaram os problemas identificados por eles durante as apresentações dos resultados das duas pesquisas, conforme sintetizado no Quadro 2. Ao analisar as transcrições da discussão do Grupo 2, percebeu-se que a planilha de identificação de problemas elaborada pelo grupo não representou todo o conteúdo. Assim, na fase de análise desse material, foram extraídas novas informações não inicialmente registradas na planilha e alguns itens registrados pelo grupo na coluna de problemas foram deslocados para descritores ou causas, de acordo com o que os participantes discutiram, originando o Quadro 4. Nesse quadro, a síntese elaborada pelo Grupo 2 está ilustrada com falas identificadas nas transcrições.

Os problemas apontados pelo grupo e que consumiram grande parte do tempo da discussão foram “baixo acesso das crianças à primeira consulta odontológica” e “baixa adesão ao tratamento, principalmente daquelas crianças com maior vulnerabilidade”. Esse problema foi identificado considerando os resultados de que das crianças com necessidade de tratamento odontológico, mais da metade (55,7%) não usaram o serviço de saúde bucal em 2014. Embora a frequência de uso de serviços de saúde bucal tenha sido maior nas crianças com 4 a 8 dentes e com 9 ou mais dentes cariados, ela foi menor naquelas com muito elevado risco socioeconômico. Esses problemas também se referiram ao resultado de maior frequência de evasão dos serviços de saúde bucal entre as crianças com muito elevado risco socioeconômico (CARDOSO, 2015), conforme evidenciado na fala de um participante do grupo: “A evasão está acontecendo em pessoas de muito elevado risco socioeconômico.”

O não uso de serviços de saúde bucal entre crianças tem sido consistentemente observado em estudos nacionais; a frequência foi de 79,3% e 86,7% entre crianças de até 5 anos, em Pelotas (GOETTEMS *et al.*, 2012) e Canela (KRAMER *et al.*, 2008), respectivamente. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, revelaram que, nas crianças de até 4 anos, 77,9% nunca tinham ido ao dentista e, entre aquelas que já tinham ido, 79,8% realizaram consulta no último ano antes da pesquisa (BRASIL, 2008). Na pesquisa “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte, MG”, houve menor prevalência de não uso (55,7%) comparada aos estudos acima. A diferença pode ser explicada pelo fato da amostra dessa pesquisa se tratar de crianças com necessidade de tratamento e os estudos citados, foram de base populacional. No Maranhão, entre as crianças cujos responsáveis relataram a necessidade de tratamento odontológico, 50% utilizaram os serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2014). O grupo reconheceu a existência de barreiras no acesso das crianças aos serviços de saúde bucal por características relacionadas à criança, sua família e seu contexto de vida ou ao serviço.

Deve-se priorizar o uso de serviços de saúde bucal por crianças. Há evidências de que crianças que utilizam mais precocemente os serviços de saúde bucal apresentam menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência durante a infância, reduzindo assim, os custos em saúde, principalmente em crianças de alto risco (LEE *et al.*, 2006). O baixo acesso das crianças ao serviço

de saúde bucal, segundo o grupo, pode ser devido ao “mito da dentição decídua”, consistente com a baixa percepção de necessidade em saúde bucal pelos responsáveis da criança (RODRIGUES *et al.*, 2014); e pela impossibilidade/indisponibilidade de a mãe conduzir a criança aos serviços, que vai ao encontro da evidência de que o agendamento fora do horário de trabalho dos pais reduziu o número de faltas às consultas odontológicas (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Segundo o grupo, embora tenha ocorrido ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal para as crianças, ainda permanecem iniquidades, pois não tem atingido as crianças com piores classificações socioeconômicas, apontando que “houve ampliação do acesso, porém sem equidade”. Durante o trabalho do Grupo 2 a fala de um gestor de saúde bucal ilustrou esse problema:

A gente teve uma mudança no modelo de atenção com a implantação do Estratégia de Saúde da Família, em 2012, aqui em Belo Horizonte, e até hoje a gente não conseguiu reverter essa lógica. A gente consegue trabalhar com vigilância, a gente ampliou absurdamente o acesso, a oferta de serviços, mas não foi com base na equidade. A gente tem que ampliar esse acesso com equidade. Quem são essas pessoas que estão chegando? Estamos ampliando acesso para quem? Para aquele código 0, que não tem necessidade, para o código 1 ou é código 2, 3, 4 e 5?

Esse problema foi denominado de “Quem mais precisa, pouco utiliza”, sendo consenso entre os gestores presentes no grupo que essa situação é vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde bucal. Nessa mesma direção, a Coordenadora de Saúde Bucal de Belo Horizonte acrescentou: “então a gente tem já esse conhecimento, é até o meu jargão, que as pessoas que mais precisam são as que menos acessam os serviços, não é só na saúde bucal, são em todas as áreas.”

As ESB em Belo Horizonte realizam o levantamento de necessidades em saúde bucal nos escolares, quantificando os dentes que apresentam cavidades pelo Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO: códigos 00 e 0 – dentes sem cavidade e/ou com restaurações satisfatórias, não apresentando necessidade de tratamento odontológico; códigos 1, 2 e 3 – apresentam necessidade de tratamento odontológico (restauração/extração) em até 3; entre 4 a 8; e 9 ou mais dentes, respectivamente). Essa informação tem sido utilizada para a priorização do atendimento de crianças que apresentam códigos maiores, o que pode explicar o maior uso dos serviços entre as crianças com maior número de dentes com necessidade, além de expressar a busca pela equidade na organização da oferta.

Embora possa expressar a busca por equidade, a condição social parece interferir no uso de serviços pelas crianças, já que aquelas classificadas como de muito elevado risco socioeconômico, independente da necessidade de tratamento odontológico, utilizaram menos e, quando usaram, tiveram maior frequência de evasão. No resultado das pesquisas, foi observado que houve maior percentual de evasão de crianças com nove ou mais dentes com necessidade de tratamento odontológico. Embora não tenham sido avaliadas as ações das ESB frente a esta situação, percebe-se que há oferta de serviço e é registrada a falta da criança, ou

seja, acontece o absenteísmo, mesmo na presença de muita necessidade de tratamento. A rede de atenção possui como protocolo a busca ativa dessas crianças, mas ainda há persistência da situação, deixando questionamentos do que deve ser feito para trazê-las ao serviço.

Várias razões foram apontadas pelo grupo para o menor uso de serviços de saúde bucal e maior evasão entre as crianças com maior risco socioeconômico: falta de recursos financeiros para chegar ao serviço, falta de tempo ou esquecimento da consulta por parte da mãe ou responsável, não valorização da saúde, não reconhecimento da importância das ações de educação em saúde e do autocuidado por esses usuários, não autorização dos pais para tratamento das crianças nas escolas, contexto complexo de vida (pobreza, droga e violência). Essa situação foi ilustrada pela fala de um gestor sobre a distribuição dos *kits* de escovação para as crianças do Bolsa Família “(...) a gente faz distribuição de *kits* de escovação. Os *kits* que ficam na unidade, que as famílias não vão buscar, de quem são? Das famílias do Bolsa Família”.

O Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), adotado pelo município e usado na pesquisa “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte - MG”, sintetiza variáveis socioeconômicas e do ambiente, como, por exemplo, abastecimento de água, esgotamento sanitário, analfabetismo e renda *per capita*. Em consonância com a discussão do grupo, segundo a literatura, o maior risco socioeconômico pode representar um contexto de vida desfavorável ao uso de serviços, representado por baixa percepção da necessidade de tratamento, baixo empoderamento e disponibilidade de informação, pequenas possibilidades de escolhas saudáveis e absenteísmo nos serviços (ARDENGHI; PIOVESAN; ANTUNES, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2015).

Ao discutir as causas acima, referentes à família e ao seu contexto de vida, surgiram estratégias de enfrentamento, por meio de abordagens individuais, visando à atenção à doença e a criança. Foi citada como estratégia “incentivar a utilização de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) nas escolas e Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI)”, que busca ampliação do acesso pela garantia do atendimento de crianças pela oferta deste tipo de tratamento nas escolas. Esse procedimento eliminaria barreiras relacionadas à família, como marcação da consulta da criança no horário de trabalho dos responsáveis, além de geográficas e econômicas, como deslocamento dificultado até a UBS.

Os limites do ART para tratamento de casos mais graves foram levantados, sendo citado um estudo (OLIVEIRA, 2015), que evidenciou que apenas, aproximadamente, 20% das crianças teriam suas necessidades resolvidas por meio desse tipo de tratamento. A fala abaixo ilustra esta discussão.

Tem um trabalho aqui que a gente fez, ela fez uma avaliação na escola e depois a gente ia fazer o ART na escola. E daí a gente viu que só se solucionaria o problema de 20 e poucos por cento da amostra, porque os outros meninos, como a cárie está concentrada, cerca de 70, 80% do tratamento teria que ser feito na unidade.

Vários estudos mostraram que o ART é uma técnica viável para controle de cárie em escolares e a taxa de sobrevivência das restaurações de ART nos dentes decíduos é satisfatória considerando um período de 2 a 6 anos de acompanhamento (VAN 'T HOF *et al.*, 2006; LO *et al.*, 2007; PRAKKIA *et al.*, 2008; MATA *et al.*, 2014).

Uma gestora de uma UBS relatou a experiência que tem sido desenvolvida com a participação de estagiários da Faculdade de Odontologia da UFMG, que tem possibilitado a ampliação do acesso para a resolutividade da atenção aos casos graves nas escolas, reduzindo o número de crianças que necessitariam ser atendidas no consultório odontológico. Acrescenta comentário sobre a potencialidade do trabalho multiprofissional.

Eu acho que essa parceria com a universidade é o mais importante (...) às vezes eu não tenho ASB, eu acho que tem que ser esse trabalho mesmo, tem que ser multiprofissional e assim, colocar todo mundo voltado naquele lugar. Outro dia eu falei assim, “gente, eu queria que o pessoal do teatro estivesse aqui, o pessoal das artes estivesse aqui para fazer um trabalho com os meninos e eles entenderem os cuidados com os dentes, com a escovação”. Entendeu? Então tinham que ser várias ações, de vários profissionais, a Odontologia, a Nutrição, todo mundo junto, para a gente fazer um trabalho dinâmico (...) eu acho que o impacto seria muito maior se tivesse um maior número de intervenções e parcerias entre os serviços e a universidade, voltado para esses lugares que foram identificados como alta vulnerabilidade e que realmente precisam mais. Que aí a gente estaria fazendo equidade, né, e conseguiríamos um resultado melhor.

Nessa citação, apareceu também a necessidade de intervenções multiprofissionais, apresentadas como estratégias para enfrentar a baixa adesão das crianças de alto risco socioeconômico ao tratamento odontológico, já que favorecem o vínculo, longitudinalidade e o cuidado integral da criança. O grupo discutiu sobre a importância do envolvimento dos profissionais das equipes para uma intervenção de educação familiar, pois as crianças em alto risco para saúde bucal, também necessitam de cuidados da assistência social, da enfermagem e de outros trabalhadores da área da saúde. Uma gestora municipal propôs a atuação conjunta dos estagiários, também de outras instituições de ensino, voltada para a saúde da criança.

Porém, o grupo também levantou a importância das ações serem orientadas para o território e a realidade das famílias. Um projeto comum pode não responder às necessidades específicas de cada local. Para uma ação efetiva no território, além da demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, como previsto na Estratégia Saúde da Família, devem ser considerados o reconhecimento do ambiente, da população, da dinâmica social existente nessas áreas e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes. Essa configuração territorial tem determinados atributos naturais ou elaborados que dão feição ao ambiente e, que por sua vez, influenciam no processo saúde-doença da população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

As ações intersetoriais foram sugeridas pelo grupo como estratégia de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de serviços de saúde bucal pelas pessoas classificadas como de alto risco socioeconômico. O Programa Saúde na Escola (PSE) instituído em 2007 no Brasil e, em 2008, em Belo Horizonte, foi citado como uma iniciativa que pode aumentar o acesso da criança aos serviços odontológicos, já que se constitui

em estratégia intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica. As Equipes de Saúde na Escola, também conhecidas como “equipes volantes”, foram instituídas, em 2011, em Belo Horizonte. Cada equipe é composta por um profissional enfermeiro e um auxiliar/técnico de enfermagem e atua num número variável de escolas de acordo com a quantidade de alunos matriculados. Realizam as avaliações anuais dos estudantes e das atividades de promoção da saúde em associação com os monitores do PSE das escolas. O pequeno envolvimento dos trabalhadores das escolas e das UBS nas ações do PSE foi percebido como um problema para alguns gestores e também foi observado dissenso entre os gestores do PSE sobre o modelo de atenção à saúde dos escolares adotado em Belo Horizonte, baseado em avaliações clínicas realizadas nas escolas pelas equipes volantes de saúde (CHIARI, 2015).

A desarticulação entre a ESB e outras equipes foi também um problema observado nos resultados da pesquisa sobre a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto a atenção em saúde bucal das crianças, como ilustrado na fala abaixo. Esse problema foi identificado nas respostas dos cirurgiões-dentistas que responderam “nunca” ou “raramente” para as seguintes questões: “A sua Equipe de Saúde Bucal participa das atividades de puericultura em conjunto com a Equipe de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família? A sua Equipe de Saúde Bucal participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos? A sua Equipe de Saúde Bucal participa da execução e avaliação de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?”

Então, nitidamente, ele [cirurgião-dentista] não faz atividade intersetorial, ele não faz atividade de promoção junto aos outros profissionais, faz atividades de prevenção estritamente dentro da própria equipe com os membros da própria equipe, ele não extrapola a equipe de saúde bucal, ele tem dificuldade de fazer trabalho com a comunidade, apesar de achar que é importante, ele tem dificuldade, ele tem dificuldade de planejar com a equipe, ele não planeja, não executa e depois ele não avalia com a equipe da unidade básica. Ele não chama o NASF para discutir com ele alguma atividade que tenha dificuldade. Então o dentista ele fica realmente isolado.

Essa situação, muitas vezes, está relacionada ao processo de trabalho das equipes, à necessidade de responder às demandas da gestão e ao número elevado de atividades e ações assistenciais sob a responsabilidade de cada profissional da equipe, o que acaba por produzir um trabalho individualizado e fragmentado (SILVA; TRAD, 2005). Ora como problema, ora como causa, o trabalho em equipe multiprofissional se mostrou como um desafio na efetivação do cuidado integral às crianças na atenção básica em Belo Horizonte. A abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes podendo-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007). A denominação “equipe” no processo de produção em saúde sempre fará referência a uma situação de trabalho, na realização de tarefas, que se refere à obtenção de bens

ou produtos para a atenção às necessidades humanas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). A relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros (MISHIMA *et al.*, 2000), constituindo-se como uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. Se não houver interação entre os profissionais das ESF, corre-se o risco de repetir a prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

O perfil profissional inadequado foi apontado como uma causa para a baixa adesão das crianças ao tratamento odontológico e foi um problema identificado na pesquisa “Percepção de gestante e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal”. Nesta última, quase 80% dos profissionais relataram não ter a função de atender crianças na UBS. Os serviços de saúde organizados na lógica dos atributos da Atenção Primária à Saúde favorecem o acompanhamento da saúde da criança com qualidade. Em geral, os problemas mais frequentes na infância são de resolutividade mais simples, não necessitando intervenções com uso de alta tecnologia (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004). Entretanto, muitos profissionais relatam que não apresentam habilidades para o manejo da criança, consideram estressante esse tipo de atendimento e acreditam que dentes decíduos cariados sem sintomatologia podem ficar sem tratamento (PINE *et al.*, 2004).

Segundo o grupo, o perfil inadequado compromete a habilidade profissional de planejar junto da ESF, de levar em consideração o perfil epidemiológico da população para o planejamento das ações e de atuar em ações intersetoriais e de forma multiprofissional, tendo influência na adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Durante a discussão, foi comentado sobre a importância de se “trabalhar alteridade com essas famílias”. Uma pesquisadora comentou sobre o que está sendo colocado como estratégia tem sido pensado e elaborado na “lógica de nós para nós”. É necessário compreender melhor os motivos do não uso de serviços odontológicos na percepção das próprias pessoas. Sugeriu também que essa análise aconteça numa perspectiva multiprofissional, porque nós não vamos captar esses pacientes para a Odontologia, nós vamos tratar esse paciente para a vida. No mesmo sentido, outro participante pontuou sobre a importância de se ouvir os cirurgiões-dentistas, buscar entendê-los e o que se passa no seu processo de trabalho e na sua atuação:

Eu penso que talvez tenha que escutar mais os dentistas, sabe? Então esse projeto tinha que começar um pouco mais com o “Eu penso”, conversar um pouco mais com ele sobre o perfil, sobre o que eles fazem, o que não fazem, como eles entendem a prática deles, quem são eles, qual o papel do cirurgião-dentista nessa história toda, ne? Porque, se a coordenação fala uma coisa e ele faz outra, alguma coisa está acontecendo... ou ele não está entendendo, ou ele não se julga responsável por aquilo, ou ele acha que não é função dele, que ele já faz demais, que ele tem que cuidar é de quem está com dor, etc. Então tem que haver conversa e pactuação com essas pessoas e acompanhamento.

Duas questões principais orientaram a discussão do Grupo 2: o baixo acesso das crianças à primeira consulta odontológica e a baixa adesão ao tratamento, principalmente das crianças com maior vulnerabilidade social. O grupo discutiu que os problemas de acesso das crianças aos cuidados de saúde bucal se relacionam principalmente ao contexto familiar e social e aos serviços de saúde. Há problemas relacionados às condições financeira da família, disponibilidade de tempo dos responsáveis, pouca valorização da saúde bucal e autocuidado e condições sociais complexas além da pobreza, como ambientes fortemente marcados pela utilização de drogas ilícitas e violência. No âmbito dos serviços foi mencionada a desarticulação entre a ESB e a ESF. Quanto aos cirurgiões-dentistas há relatos de pouca clareza desses profissionais em relação ao modelo assistencial e referências a um perfil profissional inadequado uma vez que uma parte significativa desses profissionais não percebe como sua atribuição atender a essa população.

Como estratégia para enfrentar esses desafios foi apontado que é necessário compreender melhor os motivos do não uso dos serviços, saindo de uma análise da ótica dos serviços para uma análise pela percepção dos usuários. Essa análise será mais adequada se fosse feita orientada por uma abordagem multiprofissional e que superasse o campo específico da saúde bucal transbordando para uma análise que considerasse o cuidado para uma melhor qualidade de vida. Foi lembrada a necessidade de um maior diálogo com os cirurgiões-dentistas no sentido de implicá-los mais fortemente com esses problemas, também para melhor compreendê-los em relação às suas necessidades e processos de trabalho. Outras alternativas foram levantadas no campo das ações intersetoriais, trabalho articulado entre as instituições de ensino e serviços de saúde e a utilização de técnicas mais resolutivas como o ART.



AVALIAÇÃO, REFLEXÃO, AÇÃO

“Tem mais presença em mim o que me falta.” (BARROS, 2013e, p.319)

A avaliação compreendida como uma das etapas da Oficina permitiu que os participantes registrassem e compartilhassem suas opiniões sobre o desenvolvimento das atividades. Para tanto, foram utilizados os seguintes métodos avaliativos para captar essa diversidade de olhares: Varal de expectativas realizado na abertura e no final da Oficina, Ficha de Avaliação preenchida pelos participantes e a Avaliação pelo grupo de organizadores. Consideramos que essas atividades avaliativas convergiram para uma percepção positiva da Oficina, principalmente, no Varal de expectativas e na Ficha de Avaliação preenchida pelos participantes.

5.1 Varal de expectativas

O Varal de expectativas como uma atividade de abertura e fechamento da Oficina exigiu dos participantes momentos de comunicação e reflexão. A escolha dessa dinâmica de grupo como método, tanto de avaliação como de acolhimento, ampliou a compreensão acerca dos objetivos da Oficina. A sua análise por meio da construção da Nuvem de palavras inicial e final expressou graficamente em imagens as opiniões dos participantes. Como *feedback* visual da atividade realizada, ao explicitar o pensamento dos participantes em relação à Oficina, ficou evidenciada a importância desse método em um processo avaliativo.

As palavras e ou frases nas Nuvens de palavras expressam em maior número a expectativa pela produção de conhecimento e aprendizado. Com um menor número a possibilidade de um trabalho integrado, com reflexão e cautela. A Nuvem de palavras final mostra o desejo da continuidade da articulação ensino / serviço.

5.2 Ficha de avaliação

Dos 27 participantes da Oficina, 19 responderam a ficha de avaliação (70,4%), sendo que professores, estudantes de graduação e pós-graduação (70,5%), gestores e trabalhadores do SUS (70,0%) (FIGURA 16).

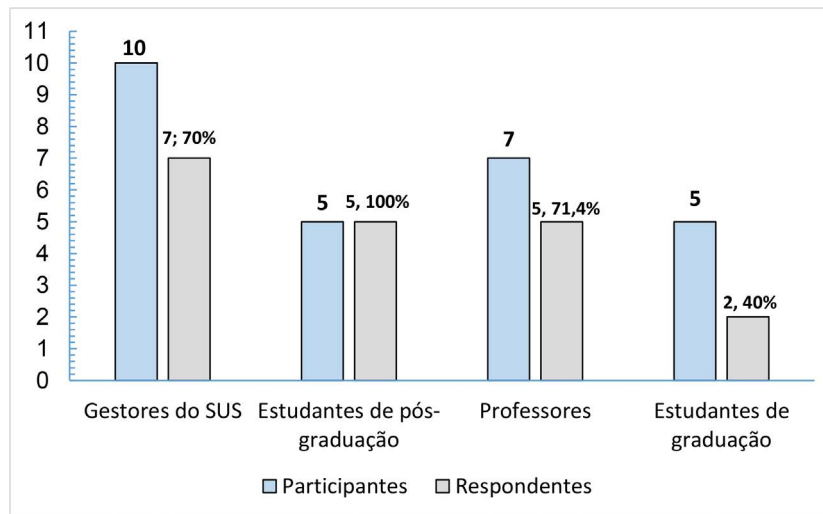


Figura 16: Número de participantes e percentual de respostas à Ficha de Avaliação da Oficina por Categoria Profissional, Belo Horizonte/MG, 2015.

Fonte: Dados coletados das Fichas de Avaliação da Oficina.

De modo geral, a avaliação foi positiva em todos os critérios avaliados. Todos os participantes consideraram a metodologia de desenvolvimento da Oficina, o material de apoio, a coordenação/condução, ambiente /espaço físico e o atendimento das expectativas como Excelente ou Bom, como pode ser observado na Figura 17. Um dos respondentes não avaliou o critério coordenação/condução.

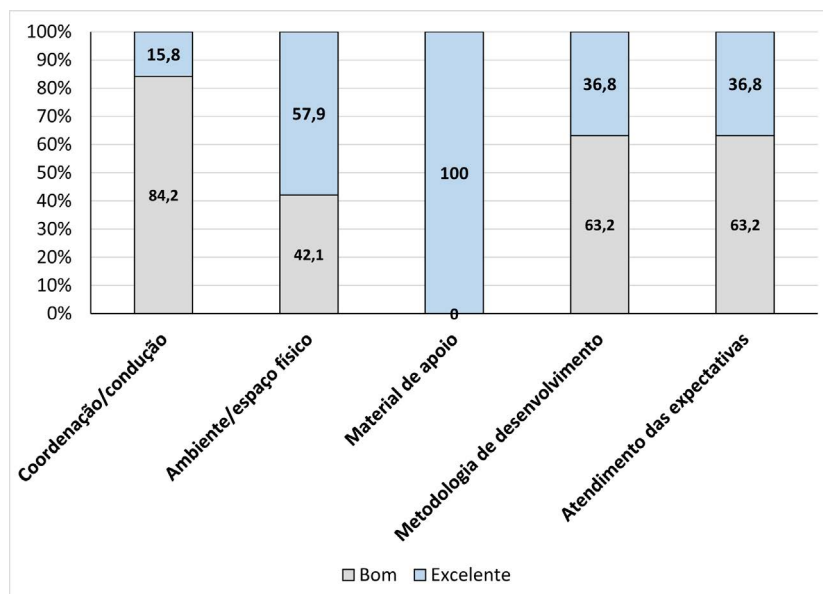


Figura 17: Frequência de resposta de acordo com os critérios de Avaliação (BELO HORIZONTE, 2015)

Fonte: Dados coletados das fichas de avaliação da Oficina.

Na Figura 16, destaca-se o critério “material de apoio”, avaliado por 100% dos respondentes, como excelente. Essa avaliação reflete a importância da etapa de planejamento e o cuidado em organizar e disponibilizar um material de apoio impresso e que pudesse atender aos objetivos da Oficina.

Entre os participantes, 89,5% consideraram a carga horária adequada, para os demais o tempo foi insuficiente para identificar e discutir as estratégias de enfrentamento dos problemas resultando em uma discussão superficial em alguns aspectos.

Os objetivos da Oficina foram atingidos de acordo com 89,5%. As justificativas apresentadas fizeram referência ao envolvimento dos participantes, à identificação dos problemas, suas causas e à proposição de estratégias de enfrentamento. Além disso, foi relatada pelos representantes da SMSA/PBH a importância da oportunidade de reflexão sobre o processo de trabalho no atendimento à criança de 0 a 5 anos, a abordagem abrangente sobre os problemas e a necessária continuidade da discussão. A maioria dos participantes considerou importantes os resultados das pesquisas. A apresentação dos resultados subsidiou a participação nos grupos, a reflexão e oportunizou a discussão. Somente dois participantes (10,5%) consideraram que os objetivos foram parcialmente alcançados em função da carga horária insuficiente.

Para os participantes da Oficina, os aspectos mais importantes foram a oportunidade de discussão, a proposição de estratégias de enfrentamento dos problemas, e a construção de parcerias e de políticas públicas. De acordo com os participantes, a Oficina contribuiu para a compreensão da realidade dos contextos onde trabalham, possibilitando a reflexão sobre o cotidiano do serviço. A Oficina foi potente para mostrar os problemas enfrentados pelos serviços de saúde e identificar possíveis estratégias de enfrentamento. Os participantes reconheceram a importância de se estabelecer e fortalecer as parcerias entre instituições públicas de ensino e de atenção à saúde com a finalidade de discutir e construir em parceria soluções para situações problema que prejudicam a população.

5.3 Avaliação pelo grupo de organizadores

Logo após o encerramento das atividades o grupo de professores e estudantes de graduação e pós-graduação realizaram uma avaliação sobre o desenvolvimento da Oficina. Os estudantes de pós-graduação, que atuam no serviço, consideraram a Oficina “boa” e o envolvimento de gestores e referências técnicas da SMSA foi importante para reduzir a distância das informações entre a academia e o serviço. A Oficina também representou um movimento de “aproximação da universidade” com a devolutiva dos resultados das pesquisas, e o desafio futuro será manter essa aproximação, com a construção de agendas que possam instrumentalizar os profissionais que exercem suas atividades “na ponta”. Na percepção mais geral dos estudantes de pós-graduação, a Oficina foi positiva por envolver “o pessoal do serviço” que se surpreenderam com os dados apresentados das pesquisas. Os estudantes sugerem que nas próximas oficinas, dentro desta temática, sejam

convidados outros profissionais envolvidos com a atenção à criança.

Para os professores e estudantes de graduação a Oficina cumpriu seus objetivos, apresentou um material de apoio de “boa qualidade”, a “abordagem de apresentação” dos resultados foi adequada além de propiciar a discussão e problematização dos dados apontados nas pesquisas a partir de uma “base científica”. Na avaliação do grupo a continuidade dessa forma de trabalhar com os serviços está posta e será de grande relevância. Professores e estudantes consideraram que a preparação para atuar nos pequenos grupos deve ser mais bem trabalhada para garantir o método e a riqueza das discussões. A planilha de identificação de problemas utilizada para a discussão foi considerada um bom instrumento, mas poderia ter sido mais explorada pelos grupos, o que não ocorreu em função do tempo e da quantidade de itens. A carga horária da Oficina foi insuficiente para “cumprir a metodologia proposta” e “explorar” a “Ferramenta - Planilha” produzida pelo grupo de organizadores. O número de participantes da SMSA foi inferior ao previsto, o que trouxe disparidade na divisão e composição dos dois grupos de trabalho.

A avaliação mostrou que a Oficina do PPSUS organizada com o objetivo de promover a devolutiva dos resultados das pesquisas dos alunos do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública, para o serviço, foi pioneira na FOUFMG e, considerada uma primeira experiência positiva envolvendo a participação efetiva dos representantes da SMSA.



PARA INÍCIO DE CONVERSA

“As flores dessas árvores depois nascerão mais perfumadas.” (BARROS, 2013f, p.352)

Prezada e prezado leitor(a), Walter Benjamin nos diz: “quem escuta uma história está em companhia do narrador”. É assim que nos sentimos em relação a você se compartilhou toda ou parte da experiência do nosso coletivo. Nosso em parte, tendo em vista nosso encontro orientado pelo acaso uma vez que temos um quase nada de governabilidade em relação ao que nos acontece. Sob outro aspecto, essa experiência nasce do desejo de imprimir sentido ao que fazemos. O que nos moveu, entre organizadores da Oficina e todas e todos que dela participaram, foi, em alguma medida, a necessidade de buscar alternativas para situações que interferem negativamente no cuidado à saúde da população. Esperamos que você tenha se encantado com essa narrativa e sendo próximo ou distante compartilhe conosco iniciativas ou relatos de sua experiência no sentido de uma efetiva interlocução serviço-ensino-comunidade.

A Oficina foi um recurso pedagógico para a compreensão da atenção à saúde bucal das gestantes e das crianças de 0 a 5 anos no SUS/BH. Possibilitou a aproximação entre os serviços de saúde e a academia contribuindo para que estudantes, professores, trabalhadores e gestores da saúde se debruçassem sobre temas de interesse da população. A Oficina proporcionou, de forma compartilhada, a identificação de problemas e a proposição de estratégias para o seu enfrentamento. Oportunidades de reflexão e discussão de situações-problema comuns à universidade e ao serviço de saúde são uma estratégia potente de integração e formação para alunos de graduação, pós-graduação, professores, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Consideramos que a Oficina foi exitosa porque reafirmou os princípios de integração ensino-serviço sob a ótica da pesquisa. A discussão ocorreu de forma organizada possibilitando a diversidade de experiências e vivências, o aprendizado coletivo e compartilhado. Identificamos que algumas escolhas na organização da Oficina favoreceram o êxito da iniciativa, entre elas o material de apoio e a discussão prévia na equipe dos conteúdos que seriam trabalhados na atividade.

Essa experiência apontou um conjunto de perspectivas no sentido da integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. No campo da formação profissional para o SUS foi possível identificar a necessidade de uma maior imersão nos cenários de prática com interlocução sobre a organização e gestão dos serviços. A contribuição dos serviços de saúde para a formação profissional pode ser mais significativa exigindo uma maior interlocução entre as instituições e criatividade na proposição das práticas. Na área da pesquisa, ficou claro que projetos de avaliação de programas estabelecidos e gerenciados de forma compartilhada, pela universidade e pelos serviços de saúde, são potentes para apontar situações críticas que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde. A criação do Mestrado Profissional da FO/UFMG promove a capacitação de profissionais dos serviços e a produção de conhecimento com impactos positivos nos serviços e no desenvolvimento de linhas de pesquisa que respondam à missão das instituições de ensino de natureza pública. Como perspectiva de curto prazo é possível indicar a constituição de uma agenda comum na área



da produção de conhecimento que atenda às especificidades e campos comuns dos serviços de saúde e da universidade. Uma questão a ser enfrentada de forma corajosa é a participação da sociedade nessa agenda como ator diretamente interessado e beneficiário das ações e políticas nos setores da educação e da saúde.



REFERÊNCIAS

ABREU, T.G.T.; VIANA, L.S.; CUNHA, C.L.F. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 80-3, 2012.

AFONSO, L. **Oficinas em Dinâmicas de Grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 9, p. 150-53, ago. 2001.

ALVES, C.R.L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 3, p. 583-95, mar. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000300013.

AMORIM, L.P. **Preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados: estudo transversal em um município de grande porte populacional MG**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

AMORIM, L.P. *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Cien Saude Colet**, 2016 (No prelo).

ANDRADE, G.N.; REZENDE, T.M.R.L.; MADEIRA, A.M.F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 857-64, out. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500012.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 455-64, mar./abr. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200022.

ARDENGHI, T.M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. S3, p. 129-37, dez. 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004352.

BARROS, M. Menino do mato, primeira parte, poema IV. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013a.

_____. Matéria de poesia, II. Com os loucos de água e estandarte, 2. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013b.

_____. Poemas rupestres, 1ª parte, poema 9. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013c.

_____. O Livro das ignoranças, 3ª parte, poema XI. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013d.

_____. Livro sobre nada, 3ª parte. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013e.

_____. Livro ensaios fotográficos, 1ª parte, gorjeios. In: _____ **Poesia Completa**. São Paulo: Editora LeYa, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2.ed. Brasília: 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. Acesso em 17 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3.ed. Brasília: 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania**. 9.ed. Brasília: 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_9ed.pdf. Acesso em 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf. Acesso em 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2.ed. Brasília: 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf. Acesso em 17 jul. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Programa Pesquisa para o SUS**: gestão compartilhada em saúde - Diretrizes Técnicas. Brasília: 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_pesquisa_sus_diretrizes_tecnicas.pdf. Acesso em 17 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em 20 jul. 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/100/aval_planeja.pdf?...1. Acesso em: 21 jul.2016.

CANAU, V.M. et al. **Oficinas pedagógicas de direitos humanos**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

CARDOSO, A.V.L. **Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte - MG**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CARNEIRO, A.C.L.L. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, fev. 2012. DOI: 10.1590/S1020-49892012000200004.

CHIARI, A.P.G. **A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enf**, v. 53, n.espe, p. 143-47, dez. 2000. DOI: 10.1590/S0034-71672000000700024.

CLENDON, J.; DIGNAM, D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. **J Adv Nurs**, v. 66, n. 5, p. 968-77, maio 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05285.

COELHO, F.M.G. *et al.* Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG). **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 3, p. 739-47, jul./set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300030.

COSTA, G.D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 14, s. 1, p. 1347-57, set./out. 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800007.

COSTA, J.S.D. *et al.* Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater Infant**, v. 14, n. 3, p. 219-27, set. 2014. DOI: 10.1590/S1519-38292014000300003.

DE TONI, J. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** [2004] Disponível em http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_4152/M68BW9GXUV.pdf.

DINIZ, V.M.S. **Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS**: validação de conteúdo e reprodutibilidade. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FARIA, M.; NOGUEIRA, T.A. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde em um município de Minas Gerais. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 11, n. 38, p. 8-15, 2013. DOI: 10.13037/rbcs.vol11n38.1944.

GOETTEMS, M.L. *et al.* Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, n. 5, p. 451-8, out. 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00694.

GOMES, A.M.M. *et al.* Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 2, p. 629-40, fev. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.23252012.

GONÇALVES, C.A. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 2, p. 449-60, fev. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.00702014.

GOULART, L.M.H.F. *et al.* Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev Paul Pediatr**, v. 26, n. 2, p. 106-12, jun. 2008. DOI: 10.1590/S0103-05822008000200002.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saude Colet**, v. 15, s. 1, p. 1497-1508, jun. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700062.

HARZHEIM, E.; STEIN, A.T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Bol Saúde**, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan./jun. 2004.

HERVAL, A.M. Percepção de gestantes e mães de crianças menores de um ano sobre as ações de educação em saúde bucal. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

HERVAL, A.M. *et al.* **Percepção de mães sobre as orientações em saúde bucal: grupos educativos e o papel dos profissionais da saúde.** [2016] Disponível em: https://saudecoletiva1.websiteseuro.com/anais/index_int.php?id_trabalho=3177&ano=&ev=#menuanais. Acesso em 20 jul. 2016.

HONSBERGER, J.; GEORGE, L. **Facilitando Oficinas:** da teoria à prática. São Paulo: 2002. Disponível em: http://www.iteco.be/sites/www.iteco.be/IMG/pdf/Facilitando_oficinas.pdf. Acesso em 24 jul. 2016.

ISERHARD, A.R.M. *et al.* Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 116-22, jan./mar. 2009. DOI: 10.1590/S1414-81452009000100016.

KRAMER, P.F. *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 1, p. 150-6, jan. 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100015.

LEE, J.Y. *et al.* Examining the cost-effectiveness of early dental visits. **Pediatr Dent**, v. 28, n. 2, p. 102-5, mar./abr. 2006.

LO, E.C.M. *et al.* Six-year follow up of atraumatic restorative treatment restorations placed in Chinese school children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 5, p. 387-92, out. 2007. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2006.00342.x.

MARTELETO, R.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci Inf**, v. 33, n. 3, p. 41-9, set./dez. 2004. DOI: 10.1590/S0100-19652004000300006.

MATA, C. *et al.* Cost-effectiveness of ART restorations in elderly adults: a randomized clinical trial. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 42, n. 1, p. 79-87, fev. 2014. DOI: 10.1111/cdoe.12066.

MELLANBY, A.R.; REES, J.B.; TRIPP, J.H. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. **Health Educ Res**, v. 15, n. 5, p. 533-45, out. 2000. DOI: 10.1093/her/15.5.533.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005.

MISHIMA, S.M. *et al.* O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saude em Debate**, v. 24, n. 54, p. 66-74, 2000.

MOURA, M.S. *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 2, p. 471-80, fev. 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000200018.

OLIVEIRA, C.A.S. **Cárie dentária em escolares:** impacto na qualidade de vida e uso do tratamento restaurador

atraumático como solução parcial da demanda. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizont, 2015.

PALOMBO, C.N.T. *et al.* Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48 (esp.), p. 60-7, ago. 2014. DOI: 0.1590/S0080-623420140000600009.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. The territory in Family health program. **Hygeia**. 2006; 2(2):47-55, 2006.

PINE, C.M. *et al.* Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. **Community Dent Health**, v. 21, s. 1, p. 112-20, mar. 2004.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saude Soc**, v. 23, n. 1, p. 313-24, jan./mar. 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000100025.

PRAKKIA, A. *et al.* Six-year Evaluation of the Atraumatic Restorative Treatment Approach in Permanent-tooth Class III Restorations. **J Adhes Dent**, v. 10, n. 3, p. 233-7, jun. 2008.

RODRIGUES, L.A.M. *et al.* Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 10, p. 4247-56, out. 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141910.13382013.

ROSA, J.G. **Grande Sertão: Veredas**. 1994. Disponível em: <http://stoa.usp.br/carloshgn/files/-1/20292/GrandeSertoVeredasGuimaresRosa.pdf>. Acesso em 25 jul. 2016.

SANTOS NETO, E.T. *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Cienc Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 3057-68, nov. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100022.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set./fev. 2005. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100003.

STOCCO, G.; BALDANI, M.H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Cienc Saude Colet**, v. 16, n. 4, p. 2311-21, abr. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000400031.

VAN 'T HOF, M.A. *et al.* The Atraumatic Restorative Treatment (ART) approach for managing dental caries: a meta-analysis. **Int Dent J**, v. 56, n. 6, p. 345-51, dez. 2006. DOI: 10.1111/j.1875-595X.2006.tb00339.x.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, V.M. *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012. DOI: 10.1590/S1414-81452012000200017.



FAO
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

UFMG



PAIXÃO

NÚCLEO DE ESTUDOS
EM SAÚDE COLETIVA

FAPEMIG

Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de Minas Gerais